

11. Sex og risikoadfærd

Forfatter: Ronny Tikkanen

Seksuel risikoadfærd – hvad viser forskningen? Inden for hiv-præventionen har diskursen – teoriuddannelse og diskussion – bevæget sig fra risikogrupper til risikoadfærd. Hvad er disse adfærd så? Hvilke faktorer er vigtige at tage med i betragtning, når man forsøger at forstå seksuel risikoadfærd?

Findes der teoretiske modeller, der kan forklare seksuel risikoadfærd?

I teksten bruger jeg begreber som risiko, seksuel risikoadfærd eller hiv-risikoadfærd til at beskrive ubeskyttet samleje. Jeg vil allerede nu gøre opmærksom på, at dette risikobegreb er problematisk, da der kræves mere viden om de specifikke individer og de specifikke seksuelle situationer for at kunne kategorisere en seksuel handling som risikofyldt eller ej. Det er mere korrekt at benævne handlingerne som f.eks. ubeskyttet samleje eller ubeskyttet sex, da denne benævnelse ikke indeholder en stillingtagen angående de potentielle risici, som individet udsætter sig for. Fordi de fleste af de studier, som jeg henviser til, lige netop bruger begreberne risiko eller usikker sex, har jeg i min gennemgang valgt at beholde de benævnelser, som forskerne selv bruger. Jeg vil i slutningen problematisere risikobegrebet og diskutere et andet begreb, der efter min opfattelse bedre beskriver en måde at forholde sig til risici for at blive smittet med hiv eller andre seksuelt overførte sygdomme.

Forklaringsmodeller

På trods af at der er gennemført meget adfærdsvidenskabelig forskning, så er der ikke fremkommet nogen klar model, der på en god måde kan forklare seksuel risikoadfærd. Det betyder dog ikke, at der mangler forsøg på i en sammenhængende model at forklare, hvorfor visse individer udsætter sig for seksuelle risici og andre ikke. Når man studerer amerikansk litteratur fremtræder visse forklaringsmodeller som mere dominante i forhold til lige netop at forklare seksuel risikoadfærd. Desuden anvendes disse modeller ofte til at udforme hiv-præventive indsatser. Jeg har valgt at præsentere to af disse modeller, The Health Belief Model samt Social Cognitive Theory. Der findes andre teoretiske modeller, som f.eks. Theory of Reasoned Action og Theory of Planned Behavior, der på samme måde som Health Belief Model forsøger at forklare seksuel handling. The Health Belief Model skal i denne tekst repræsentere den type af forklaringsmodeller, da de i det store og hele er opbygget på samme måde med kausale forbindelseskæder. Social Cognitive Theory adskiller sig fra de andre teoretiske modeller på den måde, at den ikke forsøger at forklare risikoadfærd men i stedet forsøger at vise, på hvilken måde man succesfuldt kan arbejde præventivt. Vi vil også redegøre for den kritik, der er blevet rettet mod disse forklaringsmodeller. En væsentlig del af forskningen om hiv-risikoadfærd er udført blandt mænd, der har sex med mænd (forkortes i det hiv-præventive arbejde ofte til MSM). På trods af, at denne forskning først og fremmest er rettet mod mænd, der har sex med mænd, så har den en gyldighed i forhold til forståelsen af seksuel risikoadfærd generelt.

The Health Belief Model

Amerikanske psykologer udviklede i 1950'erne en teoretisk model til at forstå og forklare, hvorfor individer ikke tog præventive budskaber til sig angående dårligt helbred, eller hvorfor man ikke søgte hjælp på trods af, at man viste sygdomstegn. Modellen kaldes The Health Belief Model og er blevet anvendt i mange undersøgelser til at forklare forskellige slags risikoadfærd. Modellen er også

blevet anvendt på hiv-risikoadfærd samt til at udforme hiv-præventive indsatser. The Health Belief Model (HBM) består af to faktorer, der bruges til at forklare risikoadfærd. Den første faktor er oplevet sårbarhed og den anden er oplevede forventninger. Den oplevede sårbarhed er afhængig af, hvordan individet bedømmer risikoen for at rammes af sygdommen, samt hvor alvorlig sygdommen opfattes at være. Den oplevede sårbarhed kan derfor være forskellig fra individ til individ. Hvis man befinder sig i en sammenhæng, hvor man oplever, at sygdommen ikke kan ramme en selv, eller hvis man er socialt og geografisk distanceret fra sygdommen, kan man opleve sig selv som mindre sårbar i forhold til sygdommen. Unge heteroseksuelle mennesker kan f.eks. føle sig som mindre sårbare overfor hiv, da det er relativt få heteroseksuelle unge i Danmark, der rammes af hiv. En homoseksuel, midaldrende mand, der har venner, som er ramt af hiv, kan derimod føle sig selv mere udsat for at få sygdommen. På den måde kan det faktum, at personer, som ligner en selv, er ramt af sygdommen, påvirke, hvor sårbar man føler sig. Udover nærhed til sygdommen så påvirkes sårbarheden af, hvor alvorligt man oplever sygdommen at være. Er sygdommen livstruende, noget, man kan leve med, eller nem at kurere? Når det gælder seksuelt overførte sygdomme, kan nogle kureres med antibiotika, mens andre er sværere at behandle eller lige frem umulige at kurere. Dette burde påvirke, hvor alvorligt man opfatter lige netop denne sygdom. Når det gælder hiv, kan faktorer som kombinationsbehandlinger og faldende dødstal påvirke, hvor alvorligt man opfatter hiv at være. Desuden går der lang tid fra, at man smittes til man opviser symptomer, hvilket også kan påvirke indstillingen.

Den anden faktor i modellen, de oplevede forventninger, handler om de sundhedsfremmende handlinger, som individerne kan tage for at mindske risiciene for at rammes af sygdommen. De oplevede forventninger af de sundhedsfremmende handlinger påvirkes dels af individernes tro på, at man kan udføre handlingerne, dels på en afvejning af fordele og ulemper af denne adfærd. Individets tro på selv at kunne klare at beskytte sig mod seksuelt overførte sygdomme ved at bruge kondom afhænger til dels af de erfaringer, som man har fra tidligere situationer. Har man formået at bruge kondom, når man egentlig ville det? De fordele og ulemper, der er forbundet med at udføre de sundhedsfremmede handlinger kan påvirkes af fysiske, psykiske, psykologiske og økonomiske faktorer. Ifølge denne teoretiske model bør fordelene overgå ulemperne for at individet skal udføre de sundhedsfremmende handlinger. Med hensyn til seksuelt overførte sygdomme findes der fordele og ulemper i forhold til f.eks. at bruge kondom ved samleje. Fordelen er selvfølgelig, at det beskytter mod disse sygdomme. De negative konsekvenser kan være, at man oplever mindre fysisk følsomhed, og at det beskyttede samleje medfører en mindre følelse af intimitet.

Social Cognitive Theory

Som tidligere nævnt bruges Social Cognitive Theory mere til at skabe sundhedsfremmende interventioner end til at forklare risikoadfærd. Modellen består af fire komponenter: information, risikoreducerende viden, selvformåen og social støtte. Den første komponent, information, handler om at den information, der gives om risikofyldt adfærd, og hvordan man undgår risici, skal være let at forstå. Informationen skal også være tilpasset den målgruppe, man forsøger at nå. Det betyder, at man indimellem skal ”skræddersy” informationen. Det kan derfor være nødvendigt, at informationen om hiv og sikker sex ser forskellig ud, alt efter om man f.eks. henvender sig til unge teenagepiger eller til midaldrende, homoseksuelle mænd. Den anden komponent, risikoreducerende viden, handler om, at individerne opnår viden om og forståelse for, hvilke situationer der kan medføre, at man udsætter sig for risici. Det handler f.eks. om, at man indser, at når man er kraftigt beruset, så er risikoen større for, at man ikke bruger kondom. Risikoreducerende viden omfatter også, at man lærer, hvordan man minimerer risici, når man er i visse situationer. Det kan f.eks. handle om, at man lærer at kræve og bruge kondom eller sige nej til sex. Den tredje komponent,

selvformåen, handler om individets opfattelse af sin egen evne til med succes at kunne gennemføre sundhedsfremmende foranstaltninger. Selvformåen er koblet til den risikoreducerende viden på den måde, at man internaliserer en opfattelse af sig selv som kompetent til at udføre de risikoreducerende handlinger – og at man er tilfreds med udfaldet af handlingerne. Når det gælder præventivt arbejde, handler det ifølge denne model om at styrke og støtte de handlinger, der medfører mindre risiko. Hvis individet støttes i sine positive handlinger, styrkes individets opfattelse af sig selv og sin selvformåen. Den sidste komponent, social støtte, handler netop om, at det er vigtigt, at individet får støtte fra sine omgivelser til at fortsætte med de sundhedsfremmende foranstaltninger.

Kritik af forklaringsmodellerne

Kritik af HBM og andre behavioristiske forklaringsmodeller er fremført af flere forskere, der forsker i adfærdsvidenskabelige aspekter af hiv. Man mener bl.a. at disse teoretiske modeller i for høj grad fokuserer på, at individerne rationelt beslutter sig for, hvordan de skal handle ud fra forskellige faktorer, og at man dermed ser bort fra den sociale og kulturelle kontekst, som individerne lever i. At individer tager rationelle beslutninger ud fra information og forestillinger, ser bort fra den kompleksitet, som seksuel interaktion faktisk indebærer. Ved at reducere menneskelig adfærd til målelige delkomponenter risikerer man at patologisere adfærd, der ud fra modellen skulle være irrationelle. Ubeskyttet samleje er en sådan adfærd, der på den måde nemt kan patologiseres.

Inden for den adfærdsvidenskabelige forskning i hiv bruges begrebet relapse (tilbagefald) indimellem til at beskrive, når individer dyrker ubeskyttet samleje. Dette er en terminologi, som vi kender fra diskussioner om misbrug og kriminalitet. Indbygget i begrebet tilbagefald findes der en forestilling om, hvad der er det normale og rationelle. Når det gælder misbrug og kriminalitet er det stoffrihed eller et hæderligt liv. Hvad er så det rationelle og normale, når det handler om seksuel interaktion? Et samleje med kondom? Hvis man bruger begrebet tilbagefald til at beskrive ubeskyttet samleje, så burde det følgelig betyde, at det normale og rationelle altid er at bruge kondom, når man har samleje. Hvis man gennemgår de undersøgelser, der er lavet om forekomsten af ubeskyttet samleje, forstår man, at et så udbredt fænomen som ubeskyttet samleje ikke så nemt kan afskrives som et tilbagefald til irrationel adfærd. Tværtimod er der grund til at antage, at der er en rationalitet i forhold til hvem og i hvilke situationer, man dyrker ubeskyttet samleje. Peter Davies, der er en britisk forsker inden for hiv-prævention, sammenfatter det som: ”Usikker sex er ikke irrationelt, det er bare en anden slags rationalitet.” Hvis vi i stedet opfatter individer som aktive agenter, der handler ud fra en individuel rationalitet, opstår der andre muligheder for at forklare seksuel risikoadfærd. Dette bliver dog mere komplekst og sværere at sammenfatte i klare teoretiske modeller, der kan forklare al seksuel risikoadfærd.

Vi skal her forsøge at belyse forskellige faktorer, der kan bidrage til at forstå seksuel risikoadfærd ud fra gennemførte undersøgelser. Vi har valgt at inddele disse faktorer i tre kategorier: individuelle faktorer, interpersonelle faktorer samt situationelle faktorer. Alle kategoriseringer har sine brister, så også denne. Naturligvis findes der undersøgelser, som fremhæver faktorer, der falder i mere end en af kategorierne, lige så vel som man kan diskutere, hvorvidt en faktor er af individuel, interpersonel eller situationel karakter.

Individuelle risikofaktorer

Hvilken betydning har individuelle faktorer som f.eks. alder og viden for seksuel risikoadfærd? Hvis vi ser på MSM, så har de fleste internationale undersøgelser vist, at den største individuelle risikofaktor er alderen. Unge mænd har i større udstrækning end ældre mænd haft ubeskyttet samleje. Undersøgelser gennemført i starten af hiv-epidemien viste, at ældre mænd, som var

seksuelt aktive inden hiv-epidemien, drastisk ændrede adfærd, så de undgik ubeskyttet samleje. Også i skandinaviske undersøgelser finder vi, at andelen af mænd, der har haft ubeskyttet sex, er større blandt yngre mænd end ældre.

Amerikanske forskere fandt gennem undersøgelser relativt tidligt i hiv-epidemien, at yngre mænd vurderede det som "sikkert" ud fra et hiv-synspunkt at have ubeskyttet samleje med en person, som også var ung, da hiv/aids i deres bevidsthed blev forbundet med "de ældre". Jeg fandt frem til et lignende resultat i den undersøgelse, som jeg gennemførte i 1998. En forklaring kan være, at færre yngre har personlige erfaringer med hiv/aids.

Sandsynligheden for at man har en bekendt eller en partner, der er ramt af hiv og blev syg eller døde af aids, er mindre sammenlignet med de ældre mænd.

I det præventive arbejde er behovet for viden blevet understreget. Bag dette findes der en antagelse om, at hvis man har tilstrækkelig og god viden om seksuelt overførte sygdomme, så beskytter man sig også, når man har sex. Det virker dog ikke til at være helt så enkelt. Der er selvfølgelig behov for viden om smitteveje, og hvordan man beskytter sig for med succes at undgå hiv og andre seksuelt overførte sygdomme. På trods af god viden beskytter mennesker sig dog ikke i alle situationer. Det betyder dog ikke, at man ikke har gjort brug af den viden, man har. Men man har omsat sin viden på en anden måde, end man måske kunne have forventet sig. I stedet bruger man sin viden om, hvordan kønssygdomme overføres, eller hvordan man kan beskytte sig, til at beregne risikoen for at blive smittet eller blive uønsket gravid. F.eks. kan viden om, hvordan hiv overføres gøre, at man vurderer risikoen for hiv-smitte som mindre, når man penetrerer, end hvis man bliver penetreret. Eller man holder op med at bruge kondom, men undgår ejakulation ved ubeskyttet anal samleje. Dette kan naturligvis affærdiges som en uvidenhed hos disse mennesker, men sandsynligvis handler det om, at de bruger deres viden til at vurdere risikoen for at blive smittet.

Interpersonelle faktorer

Det kræves mindst to personer, for at hiv eller andre seksuelt overførte sygdomme skal overføres seksuelt. Man kan derfor gå ud fra, at de interpersonelle faktorer har en betydelig indvirkning på den individuelle adfærd. Den vigtigste interpersonelle faktor, der fremhæves i de fleste undersøgelser af mænd, der har sex med mænd, er den relationstype, som mændene har til sexpartneren. Flere undersøgelser har vist, at ubeskyttet samleje er mere forekommende inden for faste forhold sammenlignet med tilfældige forhold. Det bekræftes også i undersøgelser af heteroseksuelle forhold. Jo længere man har holdt sammen, jo lavere er frekvensen af kondombrug og jo højere er frekvensen af p-pillebrug. Det vil sige, at man fortsætter med at beskytte sig mod uønsket graviditet men ophører med at beskytte sig mod kønssygdomme.

Begrebet "negotiated safety" (forhandlet sikkerhed) blev introduceret i 90'erne af australske forskere inden for hiv-prævention. Det henviser til, at parterne i et fast forhold praktiserer ubeskyttet samleje, efter at de har forsikret sig om hinandens hiv-negative status samt er blevet enige om at undgå usikker sex uden for forholdet. Forskerne mener, at denne strategi kan være holdbar over en længere periode, da den er udviklet af individerne selv ud fra deres egen beslutning om at praktisere ubeskyttet sex i forholdet. Der findes dog faktorer, som påvirker den forhandlede sikkerhed i et forhold, som f.eks. kommunikationsmønstret mellem parterne, magtforholdet i forholdet samt den emotionelle betydning af ubeskyttet samleje. En åben verbal kommunikation er f.eks. en forudsætning for forhandlet sikkerhed. Udover kommunikationen spiller magtforholdet i forholdet en stor rolle for, hvorvidt strategien kan praktiseres med succes eller ej. Udover økonomiske ressourcer kan magt i et forhold handle om attraktivitet, aldersforskel, relationserfaring og forelskelse. Den ene parts frygt for at blive afvist kan f.eks. medføre, at denne ikke insisterer på

at få at vide, hvad den anden eventuelt gør uden for forholdet. Den emotionelle betydning, som individer inden for parforholdet tilskriver ubeskyttet samleje, påvirker også praktiseringen. Forskning i MSM har vist at en symbolsk følelse af intimitet og tillid er knyttet til ubeskyttet samleje, og at brug af kondom kan have en betydning af emotionel distance. Der er grund til at tro, at ubeskyttet samleje og kondombrug har en lignende betydning for heteroseksuelle. På samme måde synes forelskelse ifølge visse undersøgelser at øge risikoen for ubeskyttet samleje i forhold til tilfældige seksuelle kontakter.

Disse interpersonelle faktorer har selvfølgelig betydning i andre møder end dem, der forekommer i et fast forhold, ikke mindst hvilket magtforhold (åbenlys magt så vel som mindre åbenlys magt), der råder mellem parterne, noget der måske bliver ekstra tydeligt i ungdomsårene.

Situationelle faktorer

Der findes en række faktorer, der kan kategoriseres som situationelle som f.eks. alkohol, stoffer, rejser samt den faktiske situation, hvor man har sex. Den faktor, der er blevet mest belyst i hiv-præventionen er alkohol og stoffer. Hvilken betydning har alkohol og narkotika så for den seksuelle risikoadfærd? Mange forskere har vist en forbindelse mellem alkohol- og stofpåvirkning og en øget seksuel risikoadfærd. Andre forskere hævder, at der ikke findes en direkte kausal forbindelse mellem alkohol eller stoffer og risikoadfærd. Derimod er der mellemliggende faktorer, som har en betydning for forholdet mellem alkohol- og stofbrug og seksuel risikoadfærd. På samme tid som alkohol påvirker dømmekraften, så er der positive effekter af moderate mængder alkohol. Alkohol bruges til at forstærke den seksuelle lyst og den seksuelle oplevelse. Alkohol bruges desuden også til at overkomme seksuelle og sociale hæmninger. Forskerne mener dog, at alkoholpåvirkning indimellem også bruges som en måde at forklare usikker sex på bagefter. Mats Hilde, der er forsker ved Lunds Universitet, mener, at for at forstå den rolle, som alkohol og stoffer spiller i den seksuelle risikoadfærd, så skal man skelne mellem de fysiologiske effekter og de oplevede effekter af rusmidlerne.

Det er de oplevede effekter, der er interessante for at forstå, hvordan stoffer påvirker seksuel adfærd. Nogle oplever en øget seksuel lyst, mens andre oplever det helt modsatte. Hilde mener, at oplevelsen af rusen skal forstås på baggrund af brugerens motiv til at drikke eller tage stoffer samt de forventninger, der er til resultatet af denne brug. Desuden skal man se på den faktiske situation, hvor rusmidlet tages i samt den ruskultur, som brugeren befinder sig i. Hilde mener, at den kompleksitet, som omgærder alkohol og stoffers konsekvenser på menneskelig handlen, gør, at der ikke findes noget entydigt svar på, hvordan alkohol eller stofbrug påvirker den seksuelle risikoadfærd, men at det handler om et sammensat og varieret samspil mellem farmakologiske, psykologiske og kulturelle faktorer.

I den spørgeundersøgelse, som jeg gennemførte i 1998, blev der stillet spørgsmål om alkohol og andre stoffers påvirkning på seksualiteten. I undersøgelsen havde cirka syv ud af ti mænd haft sex under alkoholpåvirkning i løbet af det sidste år (en lille andel af mændene, fem procent, havde haft sex under påvirkning af andre stoffer end alkohol). Af de mænd, der havde haft sex, mens de var alkoholpåvirkede, anførte en fjerdedel, at det havde påvirket deres seksuelle adfærd. De fleste anså således, at alkoholen ikke havde nogen indvirkning på de seksuelle handlinger. Mændene skulle i et åbent spørgsmål beskrive, hvordan alkoholen påvirkede de seksuelle handlinger, og der kunne udskilles to grupper. En gruppe mænd beskrev, at alkoholpåvirkningen resulterede i ubeskyttet anal samleje. Størstedelen af disse mænd angav, at risikoadfærden formodentlig ikke ville være sket, hvis de havde været ædru. De andre beskrivelser handlede om, at de sociale og seksuelle hæmninger ophører ved alkoholpåvirkning. Alkoholrusen gør, at man overhovedet tør knytte

seksuelle kontakter og udføre visse seksuelle handlinger, som f.eks. analt samleje, gruppesex eller ubeskyttet oralsex med tilfældige partnere. Der er visse aldersforskelle mellem beskrivelserne af alkoholens påvirkning. De yngre mænd beskriver i betydelig større udstrækning i positive vendinger, hvordan alkoholen letter på hæmningerne og gør det muligt for mændene at prøve sig frem seksuelt.

Kognitive aspekter har også vist sig at påvirke, hvorvidt man praktiserer ubeskyttet samleje, og at disse aspekter er forbundet til den specifikke situation, som et seksuelt møde er. Undersøgelser viser, at dem, der har ubeskyttet sex, foretager vurderinger ud fra partnerens udseende, hvorvidt personen vurderes som risikofyldt eller ej, og at sådanne kalkuler baseres på partnerens alder, udseende, adfærd og/eller kendte seksuelle baggrundshistorie. De risikovurderinger, man foretager ud fra partnerens udseende osv., adskiller sig i den faktiske seksuelle situation fra den ikke-seksuelle situation. Den australske forsker Ron Gold har konstateret en forskel på, hvordan individer kognitivt forholder sig til risici for hiv-smitte i den faktiske seksuelle situation (kaldet "the heat of the moment" af forskeren) sammenlignet med, når de ikke befinder sig i en seksuel situation (kaldet "in the cold light of day" af forskeren). Beslutningen om at afstå fra ejakulation ved ubeskyttet samleje er et resultat af en sådan risikovurdering, som kan tages i den faktiske seksuelle situation. Ron Gold mener, at individerne vurderer denne risiko anderledes (mere risikofyldt), når de ikke befinder sig i en faktisk seksuel situation. For at forstå, hvordan vi forholder os til risici, er der således også behov for at betragte den faktiske seksuelle situation.

Risikoadfærd eller risikohåndtering?

Kan alle ubeskyttede samlejer kategoriseres som en risiko? Den amerikanske forsker Michael Wright mener, at vi alle er i stand til at tage seksuelle risici alt efter hvilken situation, vi befinder os i. Dette kan synes indlysende, men sandheden er, at vore forestillinger om personer, der udsætter sig for seksuelle risici, trods dette nemt kan falde ind i kategoritænkning, som f.eks. at vi er fornuftige nok til at beskytte os modsat dem, der udsætter sig for risici. Det er min overbevisning, at det præventive arbejde taber ved at tænke i risikogrupper. Det svenske hiv-præventive arbejde forsøger også at undgå at bruge risikogrupper i sit ræsonnement men at tale om risikoadfærd i stedet for. Men så er spørgsmålet om, hvad risiko er, og hvem der definerer, hvorvidt en seksuel handling skal kategoriseres som risiko eller ej, dog tilbage. Jeg har i min gennemgang talt om risiko på trods af, at der i mange tilfælde mangler tilstrækkelig med information for at kunne kategorisere, hvorvidt en seksuel interaktion/handling er risikofyldt eller ej. Det de fleste forskere inden for området har gjort, er at sætte lighedstegn mellem ubeskyttet samleje og risikoadfærd.

Jeg er i mine interviews med svenske homo- og biseksuelle mænd sjældent stødt på mænd, som bevidst har haft ubeskyttet samleje med mænd, hvis hiv-status, de har været totalt uvidende om. Det betyder ikke, at mændene eksplicit har talt med partneren om hiv-testresultatet eller endda berørt spørgsmålet om hiv, men at mændene selv har foretaget en vurdering af partnerens hiv-status. Mange af mændene, som jeg har interviewet, fortæller, at de undgår mænd, som de opfatter som "risikofyldte", dvs. at de ikke kan foretage en vurdering af personens hiv-status. Det fører så til, at man i de fleste tilfælde ikke har sex, eller at man praktiserer sikker sex. Der eksisterer således en slags rationalitet hos mændene angående, hvorvidt man praktiserer sikker sex eller ej. Denne rationalitet bygger på mændenes egne vurderinger og forestillinger. Hvis man som udenforstående forsker gennemgår disse handlinger, kan de dog fremstå som irrationelle.

I stedet for at bruge begrebet risikoadfærd kan man bruge begrebet risikohåndtering til at forklare, hvordan individer forholder sig til risici for at blive smittet af en seksuelt overført sygdom. Der er

individuelle måder at forholde sig til de risici, som en seksuel interaktion kan indebære. Disse individuelle holdninger kan spænde fra at foretage vurderinger ud fra ydre egenskaber af sandsynligheden for, at partneren skulle have en seksuelt overført sygdom eller til sammen at blive testet for hiv til at praktisere sikker sex. Begrebet risikohåndtering er ikke lige så stigmatiserende som risikoadfærd og ændrer også det enkelte individs position fra objekt til handlende subjekt. Det bliver meget lettere i det præventive arbejde at tale om, hvordan individer på forskellig vis håndterer risiko, i stedet for at de udsætter sig for risiko. Desuden viser begrebet også hen på den kompleksitet, som risikovurderinger ved seksuel interaktion indebærer. Udover at tage hensyn til individets opfattelse om, hvad der er risikofyldt eller ej, skal man også tage hensyn til den faktiske seksuelle situation samt samspillet mellem de personer, der har sex. I det moderne samfund skal vi dagligt håndtere risici både i form af sundhedsrisici, sociale og økonomiske risici. For at kunne leve i det moderne samfund kræves det, at man finder en måde at forholde sig til risici snarere end helt at undgå risici. Præventionsarbejdet ville sandsynligvis tjene på at tilegne sig denne måde at se på, hvordan individer forholder sig til risici.

Det er svært at skabe teoretiske modeller, der overordnet kan forklare, hvordan individer håndterer seksuelle risici. Den kompleksitet, som seksuel interaktion og menneskelig handlen medfører, kræver ganske enkelt en andet teoretisk angrebsmåde. Vi kan netop finde svarene i det komplekse. For at forstå, hvordan individer håndterer risici som f.eks. hiv, skal en række faktorer betragtes, som f.eks. individets egen erfaring af og forestillinger om hiv, samspillet mellem personerne, der har sex, konteksten og situationen i hvilken den seksuelle interaktion sker. Den relativt lave forekomst af hiv i Sverige samt de fremskridt, der er sket i forhold til behandlingen af hiv-infektionen, kan antages at påvirke, hvor alvorligt og hvor tæt på en selv sygdommen opfattes at være. Vi skal være forsigtige, når vi tolker resultaterne fra kvantitative undersøgelser af seksuel risikoadfærd. Disse resultater kan naturligvis bruges og har en værdi, når man på et individuelt plan forsøger at forstå, hvordan individer håndterer risici. Den første og største fejl, man kan gøre, er allerede fra begyndelsen at dømme dem, der har haft ubeskyttet samleje som risikotagere ud fra den forestilling, at det er det beskyttede samleje, der er normen og det sunde. Derfor er forklaringsmodeller som The Health Belief Model ikke tilstrækkelige, da der underforstået findes en forestilling om, at alle altid bør bruge kondom, når de har samleje. Modellerne ser bort fra meget af den kompleksitet, som det medfører at være menneske.