



Folkhälsomyndigheten

Motiverande samtal med unga om sexuell hälsa

En kartläggande litteraturöversikt inom området hivprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)



Motiverande samtal med unga om sexuell hälsa

En kartläggande litteraturöversikt inom området hivprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)

Denna titel kan 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, 2018.

Artikelnummer: 18102

Förord

Denna rapport är en kartläggande litteraturöversikt om motiverande samtal (MI) inom hivprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) bland unga och unga vuxna. Rapporten är baserad på en granskning och bedömning av vetenskaplig litteratur som genomfördes under 2016. Utgångspunkten är Folkhälsomyndighetens arbete med den nationella strategin mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (proposition 2005/06:60).

Rapporten riktar sig främst till yrkesverksamma och beslutsfattare inom landsting, kommuner, det civila samhällets organisationer samt relevanta myndigheter och yrkesföreningar. Den vänder sig specifikt till alla som kommer i kontakt med riskutsatta och risktagande unga och unga vuxna inom exempelvis socialtjänst, statlig samhällsvård, barn- och ungdomspsykiatri, elevhälsa samt hälso- och sjukvård. Förhoppningen är att rapporten kan bidra med kunskap för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Litteraturgranskning genomfördes av forskare Julia Bahnér vid Göteborgs universitet. Rapporten har utarbetats av Julia Bahnér i samverkan med utredare Anna-ChuChu Schindele vid Folkhälsomyndigheten. Rapporten har vetenskapligt granskats av Karin Stenqvist, docent och medicinsk rådgivare vid Närhälsan Kunskapscentrum för sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen samt av utredare Regina Winzer och Charlotte Deogan vid Folkhälsomyndigheten. Arbetet har genomförts, under ledning av enhetschefen Louise Mannheimer.

Folkhälsomyndigheten, oktober 2018

Louise Mannheimer
Enhetschef

Innehåll

Ordlista	7
Sammanfattning.....	9
Bakgrund.....	10
Syfte	22
Metod.....	23
Resultat.....	26
Diskussion	37
Referenser	46
Bilaga 1. Söksträngar	52
Bilaga 2. Konsultationsprocess.....	55
Bilaga 3. Inkluderade originalartiklar	56
Bilaga 4. Inkluderade artiklar	65
Bilaga 5. Exkluderade artiklar	70

Ordlista

Bisexuell: En person som attraheras känslomässigt och/eller sexuellt av personer av motsatt och samma kön. Definitionen bygger på antagandet att det finns två kön.

Diskriminering: Negativ särbehandling eller bristande tillgänglighet utifrån någon av diskrimineringsgrunderna i diskrimineringslagen.

Effekt: I denna studie: mätbar grad av beteendeförändring.

EBP: Evidensbaserad praktik handlar om att medvetet och systematiskt sträva efter att bygga vård och omsorg enligt bästa tillgängliga kunskap.

HBQ-personer: Ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter.

Heterosexuell: En person som attraheras känslomässigt och/eller sexuellt av personer av motsatt kön. Definitionen bygger på antagandet att det finns två kön.

Hiv: Humant immunbristvirus.

Homosexuell: Person som attraheras känslomässigt och/eller sexuellt av personer av samma kön. Definitionen bygger på antagandet att det finns två kön.

Incidens: Antalet nya fall av en sjukdom under en viss tidsperiod, oftast ett år.

MET: Motivational Enhancement Therapy (MET), är en intervention bestående av fyra sessioner.

MI: Motiverande samtal. En personcentrerad form av vägledning samtal med målet att framkalla och stärka motivation till beteendeförändring. Förkortningen MI baseras på det engelska begreppet Motivational Interviewing.

MINT: Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) är ett nätverk för MI-utövare.

MITI-kodning: Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) code är ett verktyg för att utvärdera MI-samtal, särskilt i relation till rådgivarens trohet till MI. Kodningen sker anonymt genom att inspelade och aidentifierade samtal skickas till en kodningscentral där samtalen transkriberas och bedöms.

PICO-fråga: Strukturerad forskningsfråga som delas upp i enligt: Population, Intervention, Control, Outcome.

Preventivmedel: Hjälpmedel eller läkemedel som skyddar mot graviditet.

Preventivmetod: Hjälpmedel som skyddar mot sexuellt överförda infektioner och/eller graviditet.

Queer: En teori som analyserar kön och sexualitet. Queerteori ställer sig utanför tvåkönsnormen och antagandet om heteronormativitet.

RCT: Studier vilka genomförts som randomiserade kliniska prövningar.

SRHR: Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

STI: Sexuellt överförda infektioner.

TMBC: Transtheoretical model of behavior change (TMBC) en intervention grundad på social kognitiv teori och utförd med MI-tekniker.

Transperson: Ett paraplybegrepp för personer vars könsidentitet och/eller könsuttryck inte stämmer överens med normen för det juridiska kön som de tilldelades vid födseln.

Sammanfattning

Bakgrund: Rapporten är en del av Folkhälsomyndighetens uppföljning av arbetet kring hivprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) bland unga och unga vuxna. Arbetet utgår från propositionen *Nationell strategi mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar* (2005/06:60).¹ Syftet är att redovisa kunskapsläget och redogöra för om tidigare studier kan påvisa effekt i frågan om motiverande samtal (MI) leder till förändrat beteende och därmed ökad sexuell hälsa för unga upp till 29 år.

Metod: Studien är en kartläggande litteraturöversikt (*scoping review*) som sammanställer forskningslitteraturen kring MI och sexuell hälsa bland unga. Fokus ligger på bredd snarare än fördjupning, vilket innebär att kunskapsläget kartläggs i syfte att se vad det finns för studier inom området.

Resultat: Totalt inkluderades 37 artiklar i den kartläggande litteraturöversikten, varav 34 är unika studier. 28 interventioner utfördes i USA, två i Storbritannien, samt en vardera i Thailand, Sverige, Australien och Sydafrika. De flesta studier, 26 stycken, är RCT-studier och ett betydande antal, 11 stycken, är pilotstudier för att testa en ny intervention. Alla inkluderar en MI-komponent men variationen är mycket stor, alltifrån tio minuters samtal till återkommande en timmes-sessioner över flera månaders tid. En del anger specifika teorier som bas där interventionen är strukturerad, exempelvis genom att följa en manual, medan andra talar om MI i mer generell bemärkelse.

Resultaten visar att de kartlagda interventionerna inte kunde påvisa några generella långsiktiga effekter av MI och ökad sexuell hälsa bland unga. Rapporten uppmärksammar kliniska och metodologiska skillnader som inte belysts tidigare.

Slutsats: Den kartläggande litteraturöversikten visar att interventionerna inte kan påvisa någon generell effekt när det gäller att förebygga hiv, STI och oönskade graviditeter bland unga. Eftersom det finns en stor variation i de inkluderade studiernas kvalitet, samt hur MI tillämpats i de olika interventionerna, är kunskapsläget fortfarande oklart.

Då kunskapsläget är oklart är det viktigt att verksamheter som använder sig av MI, i syfte att förebygga sexuellt risktagande bland unga, systematiskt följer upp och utvärderar sin verksamhet.

¹ Från 1 december 2017 finns en ny nationell strategi som kan laddas ner från regeringens hemsida: <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2017/12/nationell-strategi-mot-hiv-aids-och-andra-smittsamma-sjukdomar/>

Bakgrund

Denna rapport är en del av Folkhälsomyndighetens uppföljning av arbetet kring hivprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) bland unga och unga vuxna. Arbetet utgår från regeringens proposition Nationell strategi mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (2005/06:60²) (1). Arbetet genomfördes inom ramen för Nationell handlingsplan för klamydiaprevention av landsting, storstadskommuner, myndigheter och det civila samhällets organisationer under åren 2009-2014 (2).

Målet med handlingsplanen att öka användandet av kunskapsbaserade metoder och som exempel förordades motiverande samtal (MI) (2). Metoden har under en längre tid använts inom andra livsstils- och beteendoområden såsom alkohol-, tobaks- och drogprevention. Metoden ansågs god eftersom MI-utövare kan använda en extern granskare av sina samtal och då uppnå ett mått på hur väl de följer metoden. Föreliggande rapport syftar till att undersöka om MI är en effektiv metod när det gäller att förebygga ungas sexuella risktagande med fokus på hiv, sexuellt överförda infektioner (STI) och oönskade graviditeter.

Hivprevention, sexuell hälsa och SRHR

I Sverige utgör området hivprevention det hälsofrämjande och förebyggande arbetet kring hiv och sexuellt överförda infektioner (1, 3). Hivstrategin utgår från FN:s generalförsamlings speciella sessioner om hiv/aids, och de efterföljande dokument och strategier som tagits fram av UNAIDS (4, 5). Målet är att minska överföringen av hiv samt att diskriminering och stigma mot personer som lever med hiv ska upphöra. I Sverige pekar hivstrategin på att hivprevention riktat till unga bör ske tillsammans med det förebyggande arbetet med sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är ett område som omfattar bland annat hivprevention, sexuell hälsa, reproduktiv hälsa och icke-diskriminering.

Den svenska folkhälsopolitiken har en bred definition av sexuell och reproduktiv hälsa och (6) SRHR beskrivs som människors sexualitet, samlevnad, relationer samt livskvalitet, över hela livscykeln (7). Det handlar om alla människors rätt att bestämma över sin egen kropp och sexualitet, om tillgång till kunskap och rådgivning om sexualitet och reproduktion, att förebygga hiv samt att stärka SRHR samt erbjuda säkra aborter. Dessa aspekter är särskilt relevanta för denna studie. Förutom detta omfattar SRHR även tillgång till adekvat vård under graviditet och förlossning, frihet från sexuellt och annat könsrelaterat våld, rätten att inte diskrimineras på grund av kön eller sexuell läggning samt att själv ha rätt att bestämma över sin kropp och sin fertilitet.

² Från december 2017 finns en ny hivstrategi: www.regeringen.se/informationsmaterial/2017/12/nationell-strategi-mot-hiv-aids-och-andra-smittsamma-sjukdomar

Ungas sexuella hälsa

Enligt Folkhälsomyndighetens statistik från 2016 syns en signifikant ökande trend av klamydiainfektion bland både kvinnor och män under de senaste femton åren, men sedan 2008 syns en stabilisering av incidensen till en nivå runt 36 000 fall per år (8).³ 81 procent av alla rapporterade klamydiafall återfanns bland unga och unga vuxna i åldrarna 15–29 år. Inom denna grupp finns i sin tur en mer riskutsatt och risktagande grupp som står för en större del av klamydiafallen. Riktade preventiva insatser till särskilt risktagande och riskutsatta ungdomar och unga vuxna behöver därför stärkas, speciellt med avseende på ökad kondomanvändning och minskat återfall i klamydiainfektion.

Tidigare forskning visar också att mer riktade ansträngningar behövs för att öka kännedomen om vart man kan vända sig för hjälp bland unga på landsbygden, utrikesfödda, personer som inte vill definiera sig sexuellt samt bland personer som uppger att religion påverkar deras vardag i stor omfattning (9). För transpersoner kan diskriminering och dåligt bemötande i både informella och formella relationer, exempelvis vid hjälpsökning, vara ett hinder i att uppnå en god sexuell hälsa och leda till sexuellt risktagande (10).

Flera av remissinstanserna till utredningen om den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar betonade nödvändigheten av att stärka ungdomsmottagningarnas resurser och formella uppdrag för att bättre kunna möta behoven hos målgruppen (1). Utvärdering och kvalitetssäkring av verksamheter har saknats. Särskilda insatser efterfrågades för att nå pojkar och unga män, unga vuxna över 19 år, samt för att möjliggöra samverkan mellan ungdomsmottagningar och skolor respektive hälso- och sjukvården. Det förebyggande arbetet är med andra ord komplext och det genomförs på individ-, grupp- och samhällsnivå med många involverade aktörer.

Sexuellt risktagande

Sexuella handlingar som ökar risken för att få en sexuellt överförd infektion (STI) eller för att bli oönskat gravid används som definition av sexuellt risktagande eller sexuellt riskbeteende i denna rapport.⁴ Det finns ingen enhetlig definition av sexuellt risktagande inom hivprevention och SRHR men de faktorer som i tidigare studier associerats med sexuellt risktagande är oskyddat sex, en hög andel sexpartners, tidig sexdebut, sex mot ersättning, utsatthet för sex mot sin vilja och användning av annat preventivmedel än kondom (9, 11-15). Även social utsatthet, som att vara placerad på statliga ungdomshem, kan leda till ökat sexuellt risktagande (16).

³ I statistiken redogörs endast för könen kvinna och man.

⁴ Sexuellt risktagande är ett kontextberoende begrepp vars betydelse skiljer sig åt mellan subkulturer, länder och så vidare.

Tidigare forskning visar en tendens att sexuellt risktagande handlingar ökar bland unga. I en longitudinell studie som undersökt hur kvinnliga universitetsstudenters sexuella riskbeteende förändrats över tid, rapporteras att det skett en ökning av antal sexpartners; från 5.4 stycken år 1999 till 12.1 stycken år 2014 (17). Även kondomanvändningen vid nya sexuella kontakter har minskat, enligt samma studie; år 1999 var det 37 procent som hade oskyddat sex och år 2014 var det 65 procent (oförändrat sedan 2009). Jämfört med kondomanvändning med en känd, stadig partner är det dock vanligare att använda kondom med en tillfällig okänd sexpartner (9, 11).

Kondomanvändning är den säkraste metoden att skydda sig mot både hiv/STI och oönskad graviditet, medan hormonbaserade preventivmedel endast skyddar mot det sistnämnda. Ändå är hormonbaserade preventivmedel vanligast i Sverige (18). En studie om ungas preventivmedelsanvändning fann en högre klamydiaincidens respektive antalet aborter bland dem som använde hormonbaserade preventivmedel (19). En anledning till detta kan vara att många som använder hormonella preventivmedel upplever sig vara tillräckligt skyddade, då oönskad graviditet är huvudfokus i deras riskbedömning såväl som i preventivmedelsrådgivningen de får (20). En annan är okunskap om hur kondom används på korrekt sätt (21).

Orsakerna till att ungdomar och unga vuxna inte använder kondom alls, eller på fel sätt, kan delas in i individuella och relationella faktorer. Individuella faktorer utgörs av exempelvis alkoholanvändning, syn på sex eller attityder till kondom. Relationella faktorer utgörs av exempelvis partnertyp⁵ eller makt(o)balans i relationen (9). I en litteraturöversikt från 2006 sammanfattas forskningen på området hivprevention och säkrare sex, och resultaten fokuserar på relationella faktorer (22). Författarna menar att dessa ofta förbises inom preventionen, där fokus istället ofta ligger på de ungas individuella kunskaper, beteenden och attityder – men inte hur dessa formas i sociala samspel och påverkas av social position. Exempelvis framkommer att ungas riskbedömningar ofta bygger på osäkra grunder, såsom att en potentiell partner uppfattas som ”clean” eller ”unclean”, det vill säga yttre attribut.

Överlag har sexpartners stort inflytande i beslutsprocessen. En risk med att föreslå kondom upplevs vara att det visar på brist på tillit och förtroende i relationen. Vidare finns en rädsla att det kan uppfattas betyda att man bär på en STI eller är sexuellt erfaren, vilket särskilt ses som icke önskvärt hos unga kvinnor (22). Dessa aspekter återkommer även i mindre svenska studier (14, 23).

Ytterligare resultat som framkommer i de svenska studierna är att kondom försämrar upplevelsen av sex, medför smärta och obehag, att frågan om att använda kondom upplevs avtändande, att det är genant att köpa kondomer, att inte alltid ha

⁵ I enkäten särskiljs olika typer av partners, exempelvis en partner som personen har en relation med eller en sexpartner av tillfällig karaktär.

kondomer med sig vid oplanerat sex med tillfälliga partners, samt okunskap om att STI smittar vid oralsex. I studien av Lejelind (23) undersöktes särskilt kondomanvändning i samband med utlandsvistelse och resultaten visade att många använde kondom i lägre utsträckning än hemma, särskilt om de befann sig i utomeuropeiska länder.

I rapporten ”Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige – UngKAB15” framkommer att ungas förstahandsval av skydd är kondom, men det skydd som i högst utsträckning kom till användning vid det senaste sextillfället, är hormonell metod. Detta stämmer överens med resultat från tidigare studier (9, 24).

Kondomanvändning är en situationsberoende preventivmetod och därför komplex, vilket stöds av tidigare forskning som undersökt skillnaden mellan avsikt och handling (25). Resultaten i UngKAB15 visar också att över 85 procent har kunskap om vad kondom skyddar mot. Det tyder på att det som behöver utvecklas är förmågan till samtal och handlingsstrategier för säkrare sex. Detta framgår även i UngKAB09, där endast hälften använde kondom vid senaste sextillfället med en ny/tillfällig partner samtidigt som nio av tio hade goda kunskaper om att kondom skyddar mot sexuellt överförda infektioner (9).

En studie om kondomanvändning visade också på skillnader mellan olika grupper av män och kvinnor (13). Kondomanvändning associerades till upplevelser av risk för STI hos kvinnor, men inte hos män, trots att män i högre grad rapporterade kondomanvändning vid tillfälliga sexuella kontakter jämfört med kvinnor. Kvinnor i ekonomiskt utsatta familjer hade lägre kondomanvändning med tillfälliga sexpartners. En lägre utbildningsbakgrund, samt att ha haft analsex, korrelerade med lägre kondomanvändning hos både kvinnor och män (13).

Bland män som har sex med män (MSM) finns ytterligare skillnader, där oskyddat sex är vanligare bland yngre män, de som i högre utsträckning betraktar sig som homosexuella och bland dem som lever i parrelation, trots okänd hiv-status (26). De yngre männen hade också en högre grad av okunskap kring kondomanvändning.

Sammanfattning

Kondomanvändning och sexuellt risktagande är komplexa fenomen som i hög grad är situationsbetingade. Genomgången av forskningen på området visar nödvändigheten av att anpassa insatser till olika undergrupper av unga såväl som till enskilda individers specifika behov för att preventionen ska bli så effektiv som möjligt, exempelvis gällande korrekt kondomanvändning.

Ett resultat som framkommer i flera av studierna är att insatser som endast fokuserar på riskperspektiv inte verkar vara tillräckliga för att påverka den faktiska kondomanvändningen, då risk bedöms på olika sätt av olika grupper och i olika situationer. Vidare diskuteras att riskuppfattningen bland dem som har heterosexuellt sex är kopplad mer till önskad graviditet än till hiv/STI, vilket påvisar behovet av att öka målgruppens kunskaper om STI å ena sidan och om

nödvändigheten av kondomanvändning även vid exempelvis hormonella preventivmedel för skydd mot hiv/STI, å andra sidan.

En utmaning i att studera komplexiteten i kondomanvändning är att det inom forskningen används många olika mått och metoder för att mäta attityder till kondomanvändning, frekvens för faktisk kondomanvändning och huruvida det var korrekt användning – varav typer av och orsaker till det sistnämnda sällan undersöks (27).

Förebyggande interventioner inom hivprevention och SRHR i Sverige och internationellt

I Sverige saknas till stora delar systematiska utvärderingar av preventiva metoder inom området hivprevention och SRHR riktat till unga – trots att det finns en lång tradition av främjande och förebyggande arbete inom området i bred mening, exempelvis sex- och samlevnadsundervisning i grundskolan, ungdomsmottagningar, fri abort, subventionerade preventivmedel, frivilligorganisationer som arbetar aktivt med frågorna, och så vidare (28). Dessa verksamheter, och därtill särskilda preventionskampanjer, har i hög grad studerats med kvalitativa undersökningsmetoder såsom intervjuer, snarare än med de systematiska studietyperna som är vanliga i den internationella kontexten (så kallade randomiserade kontrollerade studier, RCT) (28).

I rapporten Ungdomars sexuella hälsa – internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete framkommer dock att många av de lärdomar som finns från internationellt arbete även är användbara i den svenska kontexten, samt att några av de mindre svenska studierna visar på slutsatser som bekräftas i internationella studier (28). Rapportens slutsatser om effektiva sätt att utforma främjande och förebyggande insatser inom området sexuell hälsa för unga människor är följande:

- **Ungdomar som målgrupp:** Ungdomar och unga vuxna är en central åldersgrupp i hiv- och STI-prevention. Men det är också en heterogen grupp och interventioner måste utformas utifrån de specifika behov och förutsättningar som finns i respektive undergrupp.
- **Aktörer och arenor:** Skolan är den centrala arenan för undervisning om sex och samlevnad: där nås alla ungdomar och arbetet kan ske kontinuerligt. För att det ska vara effektivt krävs dock samverkan med andra aktörer såsom ungdomsmottagningar och frivilligorganisationer, och därtill uppsökande arbete. Tillgänglighet till preventivmedel och mottagningar med speciellt utbildad personal som även kan uppmärksamma icke-medicinska behov är en annan viktig faktor. Nationella informationskampanjer kan öka kunskaper och attityder om STI, smittvägar och var det är möjligt att få råd och stöd.
- **Interventionsstruktur:** Insatser måste utformas utifrån lokala förutsättningar, ha en bred ansats och vara långsiktiga. Interventionspersonalen bör få adekvat utbildning men måste också ha ett genuint intresse av att delta. Andra viktiga

förutsättningar är att interventionen stöds av relevanta myndigheter och har nödvändiga ekonomiska och personella resurser.

- **Interventionernas innehåll:** Förutsättningar för effektiva interventioner handlar dels om att de ska vara teoribaserade och dels utvecklade i samspel med målgruppen. Viktiga komponenter är strategier och aktiviteter för att motverka vissa sociala budskap som uppmuntrar till risktagande. Ungdomar behöver därför övning i att tolka mediebudskap. Därtill visar studier att fokus på beteende snarare än enbart kunskap och attityder är framgångsrikt.
- **Kommunikation:** Vikten av en trygg social miljö med aktiv och involverande pedagogik som främjar dialog och diskussion framhålls. Värderingsövningar, rollspel och studiebesök på ungdomsmottagningar ges som exempel. Lika viktigt är lärares förmåga att skapa en trovärdig och tillitsfull relation med eleverna.
- **Utvärdering:** Det krävs mer konsekvent och systematisk utvärdering och forskning kring olika interventioner och program. Dessa bör initialt genomföras i form av pilotprojekt som sedan utvärderas innan de eventuellt sprids. Förebyggande hiv- och STI-prevention är komplext och därför svårt att utvärdera i termer av att skilja effekter av en intervention från andra fenomen i de ungas tillvaro. Forskarens disciplinära bakgrund kan också påverka hur resultaten tolkas.

Slutsatserna visar att förebyggande arbete inom området sexuell hälsa är komplext och kräver insatser av många olika slag. De olika punkterna återkommer i internationella översikter (29-34). Där betonar författarna i likhet med Forsberg (28) att interventionerna måste kompletteras med främjande och förebyggande arbete i andra sammanhang och av andra aktörer. Sett ur ett övergripande perspektiv är det därför svårt att hävda att en specifik metod, teoretisk grund eller interventionstyp utmärker sig som särskilt effektiv.

I nästa avsnitt presenteras motiverande samtal (MI) och den forskning som undersökt dess effekter i hiv- och STI-prevention. Då MI ursprungligen utvecklades inom alkohol- och drogmissbruksområdet, sammanfattas också kortfattat interventionsstudier på detta område.

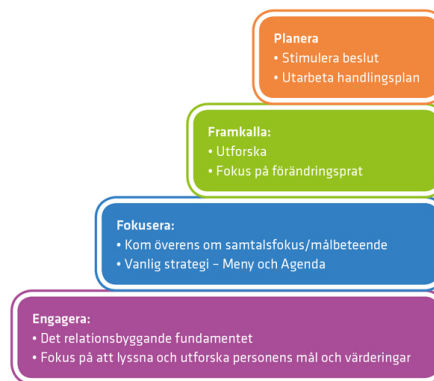
Motiverande samtal (MI)

Motiverande samtal (MI) beskrivs ofta som en användarvänlig och anpassningsbar klinisk metod och används inom en mängd olika människobehandlande verksamheter, med sitt ursprung inom missbruksbehandling (35). Genom att vara löst strukturerad och flexibel kan den anpassas efter olika målgrupper och verksamheter med syfte att motivera människor till livsstils- och beteendeförändringar.

MI:s grunder

Den amerikanska psykologen William R. Miller lade grunden till MI i en artikel om en ny syn på terapeutisk behandling av personer med missbruksproblematik 1983. Det nya förhållningssättet innebar att istället för att se klientens motivation som ett personlighetsdrag så skulle det betraktas som en interpersonell process som terapeuten kunde påverka. I denna process skulle även terapeutens förhållningssätt ändras; från konfrontation och tvång till empati. Förhållningssättet var inspirerat av den amerikanska psykologen Carl Rogers personcentrerade och humanistiska terapi. Terapeutens roll skulle vara att framkalla, styra och stärka klientens egen vilja och motivation till förändring. Tillsammans med den brittiska psykologen Stephen Rollnick utvecklade Miller senare metoden i flera omgångar. I den senaste utgåvan beskriver författarna utgångspunkten i följande ”fyra breda processer”:

Figur 1. Fyra processer i motiverande samtal (Folkhälsomyndigheten).

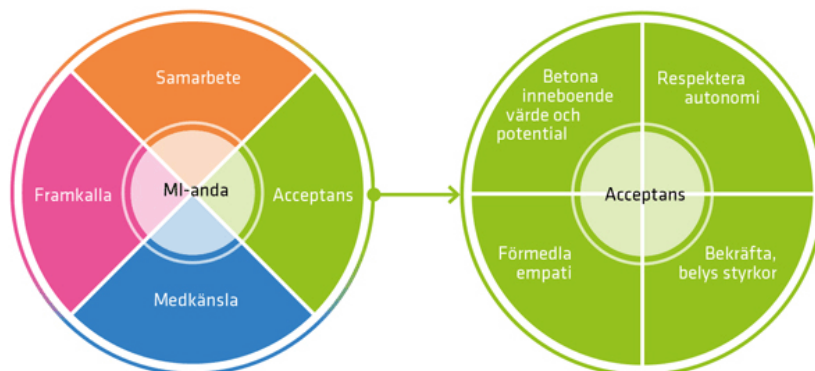


Den kommunikationsstil som förordas är att vägleda, sett på ett kontinuum mellan att styra och att följa. Det handlar om att ställa öppna frågor, bekräfta personens styrkor och vilja, reflektivt lyssnande, samt om tillåtelse har getts att informera och ge råd. Något som en hjälpare uppmanas att undvika är den så kallade rättningsreflexen: ”viljan att ställa tillrätta det som verkar fel hos människor och att genast visa dem vägen mot en bättre kurs, särskilt förlitande sig på den styrande stilen”. Detta, menar författarna, kan snarare leda till ökat motstånd mot förändring. MI handlar inte om att övertyga eller övertala någon att göra ”det rätta”, utan viljan till förändring måste komma från personen själv, vilket antas bidra till en mer hållbar förändring (36).

En central del i motiverande samtal som syftar till förändring är ambivalens. Det handlar om att vackla mellan två val: mot förändring eller att stanna kvar på samma plats. Ambivalens är en normal del i förändringsprocesser och kan betraktas som en förberedelse till förändring, men också en plats där personen kan fastna under en tid (36).

Miller och Rollnick beskriver vidare den grundläggande MI-andan, en sorts människosyn, sammanfattad i figuren nedan:

Figur 2. MI-andan (Folkhälsomyndigheten)



Här betonas att MI inte är något som en expert gör mot en passiv mottagare, utan något som sker i ett partnerskap, *med* en person och i ett aktivt samarbete (36). De beskriver detta samarbete på följande sätt:

[M]I innebär ett samarbete mellan rådgivare och klienter, att med respekt för klienterna framkalla deras motivation och kunskap, att i grunden helt acceptera att det till syvende och sist, oavsett om förändring sker eller ej, är klienten som gör sitt eget val, en respekt för autonomi som inte kan tas bort hur mycket man än skulle vilja (35).

Författarna betonar vidare att MI inte är något universalmedel utan kan betraktas som ett verktyg för att arbeta med personer som kan vara i behov av beteende- eller livsstilsförändringar men som är motvilliga eller ambivalenta till detta (37). Syftet är att utforska och mobilisera personens egen motivation till förändring. Att arbeta för en sådan motivationsförändring menar författarna görs relativt snabbt, på en eller två sessioner á 50 minuter. I samband med annan typ av klinikbesök, exempelvis inom sjukvården, kan det ta kortare tid (35).

Förebyggande interventioner med MI

Det har gjorts en hel del kunskapsöversikter om MI-interventioner inom en rad områden där det används sedan en längre tid. I många av dessa framkommer att det är svårt att dra några generella slutsatser om effekter, det vill säga övergripande effektutvärderingar, då det finns en stor variation i hur de enskilda interventionerna utformats. En annan anledning är att många studier inte uppnår hög kvalitet enligt vedertagna bedömningsinstrument för systematiska litteraturöversikter. Inom området drog- och alkoholmissbruk, som MI ursprungligen utformats för, är forskningsfältet större än exempelvis inom sexuell hälsa och det finns därmed också fler studier med högre kvalitet.

Hur varierande forskningen på området är framkommer i en systematisk litteratursammanställning av andra systematiska litteratursammanställningar av MI-interventioner riktade till vuxna inom 14 områden: alkoholbruk, droganvändning, rökning/tobaksbruk, hiv-riskbeteende, spelmissbruk, matvanor och fysisk aktivitet, ätstörningar, behandlingsföljsamhet, förändringsbenägenhet, förmåga till

förändring, psykiskt och emotionellt välmående, föräldraskap/utbildning/rutiner, intima relationer/partterapi, samt vattenrening/säkerhet (38).

De studier som uppvisade signifikanta interventionseffekter på sammanslagen nivå (där de enskilda studiernas effekter vägts samman) karaktäriseras av att jämförelsegruppen inte fått någon behandling alls eller fått en svagare/mindre aktiv typ av behandling. Detta gällde problemområdena alkoholbruk, droganvändning, rökning/tobaksbruk, hiv-riskbeteende, spelmissbruk, matvanor och fysisk aktivitet, behandlingsföljsamhet, vattenrening/säkerhet, föräldraskap/utbildning/rutiner samt förändringsbenägenhet. Gällande alkoholbruk, rökning/tobaksbruk och hiv-riskbeteende, spelmissbruk, matvanor och fysisk aktivitet samt vattenrening/säkerhet fanns effekter även i jämförelse med aktiva jämförelsegrupper (36).

När MI-interventioner inom området riskfylld alkoholanvändning, riktade till unga undersöktes, visade resultaten dock inga effekter (39). Författarna diskuterar inte resultaten i relation till studier som undersökt vuxna och som påvisat effekt, men tänkbara anledningar är att ungdomstiden skiljer sig från vuxenlivet i de avseenden som är av betydelse för alkoholanvändning. Exempelvis ser unga inte nödvändigtvis alkoholanvändning som ett problem utan som något spännande – de experimenterar och det kan finnas ett socialt tryck. Det kan helt enkelt upplevas som en större risk att hamna utanför än att ha en alkohol- och/eller drogkonsumtion som av vuxenvärlden definierats som riskfylld. I puberteten pågår också många kroppsliga och psykiska processer, samt identitetsutveckling – det är med andra ord en komplex tid som påverkar känslor, relationer och hur mottaglig man är för information från vuxenvärlden (40).

MI-interventioner som främjar sexuell hälsa

Koken och kollegor (41) menar att motiverande samtal är en särskilt bra metod att använda med ungdomar och unga vuxna, då de befinner sig i den livsfasen då många experimenterar med riskbeteenden, däribland sexualitet. Att respektera ungas autonomi och arbeta gemensamt för att sätta realistiska mål och inkludera deras synpunkter i enlighet med MI-andan kan vara särskilt lyckosamt med unga som är vana vid att inte tas på allvar och att tillrättavisas av vuxenvärlden (41).

Vid Umeå universitetssjukhus undersöktes effekten av MI-rådgivning vid en mottagning som arbetar med hiv/STI prevention bland unga vuxna med hög förekomst av STI i kombination med sexuellt riskbeteende (42). Interventionen bestod av ett kort MI-samtal med fokus på information och rådgivning till patienter som tidigare testat positivt för klamydia.

Interventionen uppvisade lyckade resultat för kvinnor med avseende på minskat sexuellt riskbeteende, men inte för män. Att ta hänsyn till genusaspekter vid utformningen av en intervention är därför troligen nödvändigt för att uppnå önskad effekt, enligt forskarna:

Det kan vara tillräckligt att fokusera på information och motivation vid rådgivning av kvinnor men för rådgivning av män kan man behöva komplettera med beteendemässiga färdigheter och/eller upprepad MI-baserad rådgivning för att nå god effekt (42).

Denna diskussion går i linje med den tidigare forskningen om olika typer av förebyggande arbete inom SRHR som presenterats i föregående avsnitt.

I en fördjupningsstudie på kvinnliga deltagare uppgav 73 procent av kvinnorna i interventionsgruppen att de minskat sitt sexuella riskbeteende (oskyddat samlag med en ny eller tillfällig sexpartner), medan det i kontrollgruppen var 57 procent som gjort detsamma. Uppföljningen skedde sex månader efter interventionen. Vidare framkom att ingen av kvinnorna i interventionsgruppen fått ny klamydiainfektion vid 24 månaders uppföljning. I kontrollgruppen hade tre stycken (4 procent) fått ny infektion (42).

Också i en mindre studie vid Akademiska sjukhuset i Uppsala framkommer liknande resultat, det vill säga ökad kondomanvändning för interventionsgruppen och därtill genusskillnader (23). Männerna uppvisade behov av mer stöd för att öka tilltron till sin förmåga att använda kondom och ansåg det vara mindre viktigt än kvinnorna om de skulle smittas av hiv/STI.⁶ Det finns alltså få studier som utvärderat MI inom förebyggande arbete kring hiv, STI och oönskade graviditeter riktat till unga i Sverige, och de som gjorts är relativt små.

Internationellt finns en del systematiska litteraturöversikter, dock med fokus på vuxna. En studie som undersökte effekterna av MI i hiv-preventiva interventioner med män som har sex med män (MSM) uppvisade inga effekter (43). Effekter kunde endast styrkas för målgrupper som även hade missbruksproblematik.

I en annan studie var effekterna mer tvetydiga; MI-interventionerna var effektiva för minskad virusmängd och ökad behandlingsföljksamhet för personer med hiv, men inte för att minska sexuellt riskbeteende, som mättes genom förekomst av kondomanvändning och hiv/STI-infektion (44).⁷ Mathes och kollegor (45) undersökte specifikt behandlingsföljksamhet för personer med hiv och deras resultat visar inte på några signifikanta effekter för de 21 olika MI-interventionerna som undersöktes.

Sammanfattning

När det gäller studier om personer med hiv och behandlingsföljksamhet är ett antal aspekter viktiga att nämna i förståelsen av resultaten. Dels handlar det om kontextuella skillnader, såsom situationen för personer med hiv i Sverige jämfört med andra länder, exempelvis avseende tillgång till behandling och populationens storlek. Det är också viktigt att belysa att interventioner som riktar sig till patienter

⁶ Fokus i denna studie var på sexuellt riskbeteende och kondomanvändning vid sexuella kontakter i samband med utlandsvistelse och i Sverige, bland både unga vuxna och vuxna.

⁷ I översikten var dock endast två av studierna relaterade till SRHR.

i behandling, vars hälsa till stor del beror på behandlingen, troligen skiljer sig stort från målgrupper som inte har eller upplever sig ha några problem kring sin sexuella hälsa, oavsett omgivningens uppfattningar.

Som diskuterats i föregående avsnitt om sexuellt riskbeteende är det ett komplext fenomen som en enskild intervention kanske inte är tillräcklig för att råda bot på. Att endast studier där även alkohol- och drogprevention ingick visade resultat (43) stärker också denna tolkning, men även att forskningen inom det området helt enkelt är mer omfattande.

Andra återkommande resultat är att interventionseffekter avtar över tid (46) och att gruppbaseade MI-interventioner fungerar bäst när de integreras i existerande behandlingar, snarare än att användas enskilt (44). Detta kan tyckas logiskt ur ett resursmässigt perspektiv, då implementeringen av en ny metod kan vara både kostsam och tidskrävande (47).

MI: ett svårångat objekt för utvärdering

En av utgångspunkterna för Miller och Rollnicks (36) förhållningssätt till MI var att de inte hade för avsikt att kontrollera hur MI användes och utvecklades. Även idag beskriver de metoden som levande och under ständig utveckling (37). I jämförelse med i första skedet lägger de idag exempelvis större fokus på MI:s grundläggande förhållningssätt och anda (*spirit*).

Efter första upplagan av den gemensamma utgåvan ökade dock efterfrågan på utbildning och efterhand startades Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT). Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) code är ett verktyg som senare utvecklades för att utvärdera MI-samtal, särskilt i relation till rådgivarens trohet till MI, det vill säga hur väl de följer manualen.

I takt med att evidensbaserad praktik (EBP) inom socialt arbete blivit alltmer efterfrågat har också fler utvärderingar av MI-interventioner gjorts. Som diskuterats i föregående avsnitt har dessa uppvisat blandade resultat, delvis på grund av svårigheter att jämföra olika typer av MI-interventioner med skiftande målgrupper, syften och kontexter (36, 48, 49). Effektstorlekar är små till medelstora och störst effekter har hittills uppvisats för missbruksbeteenden (36).

En aspekt som författarna framhåller som betydelsefull är rådgivarens skicklighet i MI-utförandet, men då det inte finns entydig evidens för detta menar de att kontextuella och relationella faktorer, som svårligen kan standardiseras, också kan ha betydande inflytande, såväl som språkliga.

Alexander Björk (50) undersöker i sin doktorsavhandling MI:s historiska utveckling och hur metoden kan förstås ur ett implementeringsperspektiv och kallar den för en rörlig (*fluid*) intervention. MI:s flexibilitet och anpassningsbarhet är både en fördel och en stor del i förklaringen av dess framgångar – men kan i utvärderingssammanhang också utgöra en nackdel. Dess flexibla struktur gör det svårt att jämföra och utvärdera effekter, när implementeringen och användningen

kan se så olika ut i olika sammanhang, som tidigare översikter visat (48, 49). Ett exempel gäller i de många fall när MI ges i kombination med annan typ av behandling, samtidigt som utvärderingar inte alltid särskiljer dessa från varandra.

En annan aspekt avser den metodologiska svårigheten att göra en sammanvägning av effekter från ett flertal studier, när dessa mätt olika saker, på olika sätt, med olika målgrupper och inom olika problemområden. Trots detta har många systematiska litteraturöversikter undersökt MI som en beständig komponent och specifikt föremål för utvärdering – och MI har blivit accepterad som *en* evidensbaserad intervention (51).

Syfte

Syftet med föreliggande rapport är att redovisa kunskapsläget och redogöra för om tidigare studier kan påvisa effekt i frågan om motiverande samtal leder till förändrat beteende och därmed ökad sexuell hälsa för unga upp till 29 år. Fokus är det förebyggande arbetet kring ungas risktagande när det gäller sexuellt överförda infektioner, hiv samt oönskade graviditeter. Målet är att värdera MI som metod för att öka den sexuella hälsan hos ungdomar och unga utifrån tillgängliga studier.

Metod

Studien består av en kartläggande litteraturoversikt (*scoping review*) med syftet att sammanställa forskningslitteraturen med fokus på bredd snarare än fördjupning (52). Närmare bestämt är målsättningen att kartlägga omfattningen och karaktären på existerande forskning inom ett avgränsat område. Ansatsen är således explorativ och metoden är användbar när forskningslitteraturen på området är varierande och frågeställningarna breda ark (53, 54).

Genomförande

Den kartläggande litteraturoversikten har genomförts i enlighet med Arksey och O'Malleys (52) rekommendationer och utifrån Folkhälsomyndighetens handledning (53, 55), det vill säga i följande sex steg: 1) identifiera forskningsfråga, 2) litteratursökning, 3) relevansbedömning, 4) kartläggning, 5) analys av resultat och 6) konsultation. Stegen beskrivs nedan. En referensgrupp har följt arbetet. Rapporten har vidare granskats av externa läsare vid flertal tillfällen.

Identifiera forskningsfråga

Som beskrivits inledningsvis är syftet med föreliggande studie att undersöka forskningsläget kring effekten av MI-interventioner inom området sexuell hälsa riktade till unga. Forskningsfrågan strukturerades i PICO-formatet, vilket innebär angivelse av inklusionskriterier för litteratursökning, där PICO är en förkortning för population, intervention, comparison/control (jämförelsegrupp) och outcome (utfallsmått) (56). Följande kriterier har väglett arbetet:

- Population: Unga upp till 29 år.
- Intervention: Motiverande samtal (MI), alla typer.
- Jämförelsegrupp: Ingen begränsning.
- Utfallsmått: SRHR-relaterade utfall såsom oönskade graviditeter, abort, kondomanvändning, STI, hiv, sexuellt risktagande, sexuellt våld, sex mot ersättning, sexuell njutning, egenmakt/självbestämmande, life skills, informed choice (ingen begränsning).

En testsökning visade att det finns stora variationer avseende inkluderingskriterierna. Därför har kartläggningen i första hand syftat till att vara beskrivande. Alla relevanta studier har inkluderats oavsett studiedesign för att fånga bredden i forskningslitteraturen (57).

Databaser

Sökningar genomfördes i flera olika databaser för att täcka in forskningsfrågans multidisciplinära karaktär: Applied Social Sciences Index and Abstracts, Web of science, SwePub, CINAHL, Scopus, PsycINFO, ProQuest, PubMed och Google Scholar. I slutändan inkluderas artiklar från Web of science, PsychInfo och

SwePub (se Resultat för söksträngar). Inga befintliga systematiska litteraturoversikter upptäcktes utifrån föreliggande urvalskriterier och därför har endast originalstudier inkluderats. Ingen begränsning i tidsperiod gjordes.

Blocksökningar genomfördes utifrån de strukturerade forskningsfrågorna med ”motivational interview*” som huvudsakligt sökord, SRHR-relaterade sökord som ett block, och därtill ett block med sökord som avgränsade sökningen till barn, ungdomar och unga vuxna. De booleska operatorerna AND användes mellan blocken och OR användes inom blocken. Då studiens ansats varit kartläggande har breda sökningar med både indexerings- och fritextord utförts.

Relevansbedömning

Utifrån forskningsfrågan gjordes relevansbedömning av artiklarna, se tabell 1.

Tabell 1. Urvalskriterier för relevansbedömning

Studietypp	Test av intervention
Publikationsform	Ingen begränsning
Publikationsår	Fram till 2016
Kontext	Ingen begränsning
Population	Unga upp till 29 år*
Kontroll	Ingen begränsning
Insats	MI-intervention
Arena	Ingen begränsning
Studiedesign	Ingen begränsning
Utfall	Allt inom SRHR

*Ett undantag gjordes från populationskriteriet avseende ålder, då ett par artiklar som i övrigt matchade kriterierna inkluderat unga vuxna upp till mellan 30 och 35 år.

Därefter genomfördes en relevansbedömningen i två steg. Forskaren läste titel och abstract och därefter fulltext av de artiklar som uppfyllde inkluderingskriterierna.

Kartläggning

De inkluderade studierna lästes i fulltext och kartlades i ett Excel-dokument utifrån författare, land, publikationstyp, årtal, population (antal, kön, ålder, etnicitet, sexuell läggning, socioekonomisk bakgrund, övrigt), kontext (verksamhetstyp), SRHR-fokus, metod, MI-typ, kontrollgrupp, typ av utförande personal, studietyp, utfall och effekt.

Analys

Utifrån ovanstående kartläggning gjordes en tabell för att illustrera resultaten i mer komprimerad form, det vill säga med avseende på författare, land, årtal, studietyp, målgrupp, insats, utfall och effekt (se bilaga 3). I nästa kapitel analyseras resultaten både i tabellform, där fler (under)kategorier inkluderas, och narrativt, med

diskussioner om hur resultaten kan förstås utifrån teoretiska och metodologiska perspektiv.

Konsultation

Enligt rekommendation för kartläggande litteraturöversikter har experter konsulterats under arbetets gång (57), se bilaga 2.

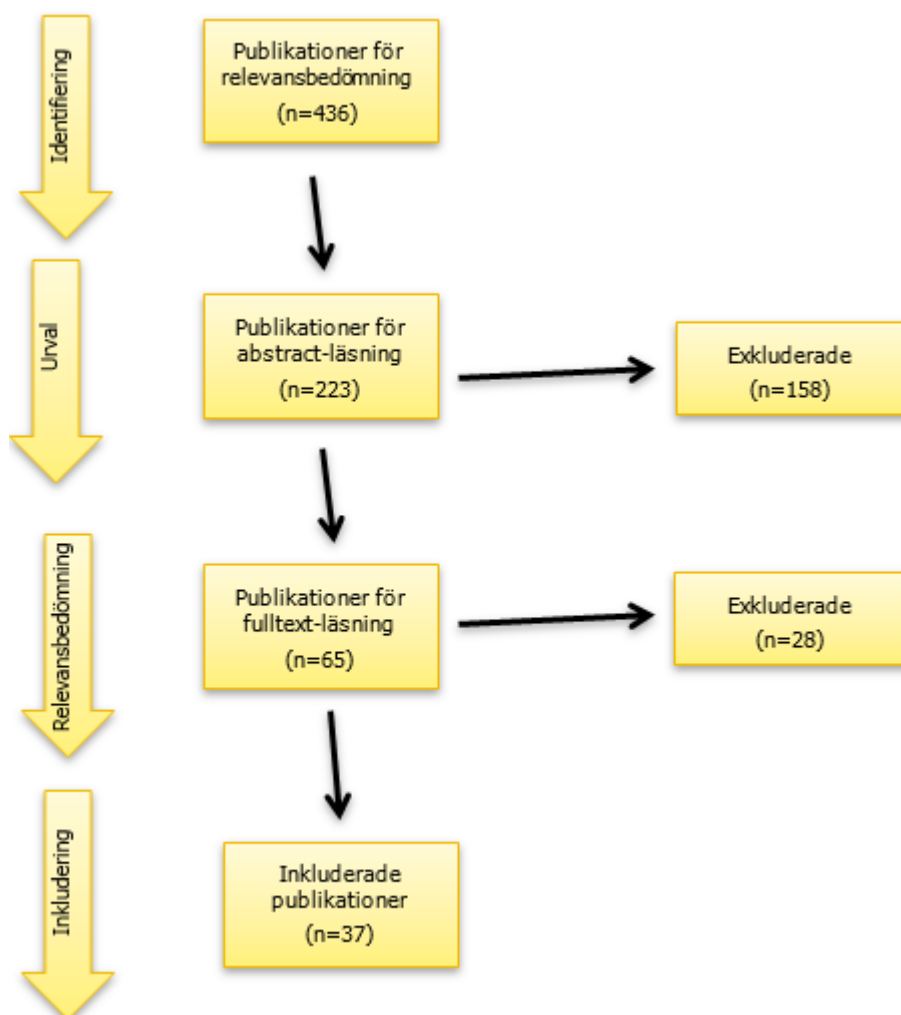
Resultat

I detta kapitel återges resultaten från den kartläggande genomgången av aktuell forskning med fokus hivprevention och SRHR bland unga.

Inkluderade artiklar

Totalt har 37 artiklar inkluderats i den kartläggande litteraturöversikten. I figuren nedan framgår resultatet från litteratursökningsprocessen:

Figur 3. Resultat litteratursökningsprocess



Vissa av de 37 artiklarna rapporterar om samma studie, vilket innebär att det totala antalet studier uppgår till 34. Av dessa utfördes 28 interventioner i USA, två i Storbritannien, samt en vardera i Thailand, Sverige, Australien och Sydafrika.

Resultaten kommer i det följande att presenteras med fokus på att analysera studietyp, målgrupp, utfall och typ av insats, utifrån angreppssättet för en kartläggande litteraturöversikt (54).

Studietyper

Totalt inkluderades 37 artiklar i den kartläggande litteraturöversikten. De flesta av dessa, 29 stycken, är RCT-studier och ett betydande antal, 11 stycken, utgörs av pilotstudier för att testa en ny intervention.⁸ I likhet med resultaten från en tidigare systematisk litteraturöversikt (47) visar denna undersökning en stor variation i studietyper och forskningsdesign.

Uppföljningen varierar mellan en månad och två år. Studiedesignen följer ofta mallen att testa en intervention för en specifik målgrupp i en specifik verksamhet och jämföra med en kontrollgrupp som inte får interventionen. Istället får de exempelvis ordinarie klinikbesök och i en del fall en annan typ av intervention som inte inkluderar MI-komponenter. Deltagarna randomiseras (slumpas) till intervention eller kontroll i syfte att utifrån resultaten kunna urskilja effekterna av interventionen. Innan interventionen påbörjas samlas demografiska och andra för interventionen relevanta data in, som sedan följs upp efter interventionen, för att undersöka om effekterna av interventionen håller i sig över tid.

De tre inkluderade studierna som inte är RCT är en fallstudie (58), en utvärdering (*evaluation*) (59) och en fokusgruppsstudie (60). Fallstudien syftar till att illustrera en av forskarna utvecklad ny MI-intervention för att öka behandlingsföljksamhet för hiv-positiva unga vuxna med icke-heterosexuell läggning. I artikeln beskrivs två fiktiva personer och hur interventionen skulle kunna utformas utifrån deras behov. I likhet med ett antal andra studier har även denna intervention utvecklats mot bakgrund av kvalitativa intervjuer med målgruppen och inkluderar tekniska verktyg, i detta fall som stöd för att ta sin medicin genom telefonpåminnelse. I utvärderingsstudien ges barn och unga i samhällsvård olika typer av interventioner för att öka generellt välmående och förändra riskfyllda beteenden, bland annat med MI. Fokusgruppsstudien syftade till att pilottesta en ny MI-intervention som utvecklats tillsammans med målgruppen (hemlösa kvinnor).

Vissa av de undersökta studierna är väldigt omfattande, som så kallade klassrumsprogram (61, 62). I just dessa studier har utgångspunkten dessutom varit droganvändning med sexuellt riskbeteende som ”bieffekt” vilket även beskrivs i artikeln av Schmiege och kollegor (63). Att jämföra insatser som riktar sig till individer jämfört med grupper utgör en försvårande omständighet, samtidigt som interventionens fokus på SRHR primärt jämfört med sekundärt, är ytterligare en.

En annan variation som finns i materialet är interventionernas innehåll, där exempelvis LaBrie och kollegor (64) undersöker en specifik komponent som ibland används inom ramen för MI-interventioner, nämligen *decisional balance* (DB). Interventionen i fråga syftade till ökad kondomanvändning och minskad alkoholanvändning. Jämförelsepunkten bestod i att DB-komponenten endast

⁸ Studier som är föregångare till inkluderade ”hela” studier har exkluderats (Naar-King et al. 2006; Outlaw et al. 2014; Rongkavilit et al. 2014).

utfördes på kondomanvändning men inte på alkoholanvändning. Det fanns således ingen särskild kontrollgrupp utan studien hade en så kallad *within-subjects design*.

Interventionstyper

Som nämndes inledningsvis finns det en mångfald av versioner av MI-interventioner. Många gånger kan interventionstypen relateras till verksamhetskontext, exempelvis att det på STI-kliniker eller andra hälso- och sjukvårdskontexter görs MI-sessioner i samband med ordinarie klinikbesök. Kontexterna omfattar ungdomsmottagningar (eller motsvarande), sjukhus, primärvård/vårdcentral, STI-kliniker, universitet, särskilda gymnasieskolor för utsatta ungdomar, kriminalvård, hemlöshetsboenden, olika samhällsvårdande institutioner för omhändertagna barn och unga, samt uppsökande samhällsarbete (community outreach).

Tabell 4. Typer av MI-interventioner

MI (ingen annan angivelse)	8
MI + ordinarie klinikbesök eller motsvarande	15
MI + personlig feedback/TLFB*	4
MI + ekonomisk ersättning	1
MI + hembesök/community outreach	2
MI + Alkohol-/drogprevention	7
MI i grupp	5
MI via dator	5

De enskilda studierna kan förekomma i flera kategorier varför totalsumman är större än 37 (antalet inkluderade artiklar).

*Timeline follow-back (TLFB) kalender, ett validerat självskattningsinstrument.

I en del studier anges inte särskilt detaljerat hur interventionen är utformad, mer än att det är motiverande samtal, medan andra är strikt manualbaserade. Manualerna är många gånger utformade för den specifika interventionen av författarna och jämförelser försvåras därmed. Även variationen i sessionernas längd och struktur är stor. I vissa ingår informationsförmedling (muntligt, via datorprogram eller genom en videofilm), utdelning av preventivmedel, hembesök eller en kombination av individuella och gruppbaserade samtal.

Teoretisk grund

Som nämnts inledningsvis är MI inte grundad på en särskild teori, även om Miller var inspirerad av ett flertal olika behandlingstraditioner och perspektiv när han utformade den första versionen (37). När metoden använts och utvecklats av andra forskare och kliniker betonas dock många gånger en särskild teori eller modell. Som synliggörs i tabell 5 (nedan) utgörs fältet av en stor variation i detta avseende:

Tabell 5. Teoretisk grund till interventionerna

MI + specifik teori	15
<i>Varav:</i>	
Narrativ terapi	1
Kognitiv beteendeterapi	2
Social learning theory	1
Transtheoretical model of behavior change (TMBC)	2
The transtheoretical model of change (TTM)	5
Decisional Balance (DB)	1
Decision making theory	1
The Health Belief Model (HBM)	1
Health Action Process Approach	1
Social Network counseling	1
Theory of planned behavior	3
Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model of Health Behavior Change	4

De enskilda studierna kan förekomma i flera kategorier varför totalsumman är större än 37 (antalet inkluderade artiklar).

Rollnick utvecklade själv en variant vid namn Motivational Enhancement Therapy (MET), en intervention bestående av fyra sessioner med fokus på feedback utifrån den initialt gjorda bedömningen. Bedömning (*assessment*) har sedan blivit något som antagits vara en del av MI, men är det inte nödvändigtvis (37). Författarna beskriver MET som en metod utvecklad inom ramen för ett specifikt projekt där olika interventioner skulle jämföras och utvärderas, bland annat kognitiv beteendeterapi och 12-stepsprogram. I kontrast till författarnas beskrivning, används och beskrivs MET som en självklar del i MI i en av de inkluderade studierna (65).

På liknande sätt har andra teoretiska perspektiv eller modeller associerats med MI. Exempelvis beskriver Shrier och kollegor (66) sin intervention som grundad på the Transtheoretical model of behavior change (TMBC) och social kognitiv teori och utförd med ”MI-tekniker”. Bandura Cowley och kollegor (67) använder the Stages of change model i syfte att identifiera risker för tidig graviditet. Interventionen har utformats utifrån centrala MI-komponenter i kombination med forskarnas egna narrativ terapi-modell kallad CARE. Det finns tydliga referenser till Miller & Rollnicks MI-litteratur – men sett ur dagens perspektiv, när de modifierat en del av sina tidigare instruktioner som de menar har missuppfattats, är det osäkert om interventionen skulle klassas om ”äkta” MI. Exempelvis hänvisar man till decisional balance-komponenten, som Miller & Rollnick senare avfärdat (68).

Flera studier har å andra sidan en mer vag MI-anknytning. En intervention beskrivs på följande sätt: ”a motivational interviewing model to deliver the clientcentred interaction” (69). En av de saker som Miller & Rollnick tar upp som inte kan räknas som MI är synen på det som enbart en klient-centrerad rådgivningsmetod (37).

Även andra studier beskriver endast i allmänna ordalag MI och framhäver istället andra teoretiska modeller såsom the Transtheoretical model (TTM), och nämner inte heller särskild MI-utbildning för personalen (70-73). Miller och Rollnick (37) nämner specifikt TTM som något som MI *inte* är baserad på. De beskriver skillnaderna som att TTM är en modell för att förstå förändringsprocesser, medan MI är en klinisk metod för att öka en persons motivation till förändring. Författarna menar att det inom ramen för en MI-intervention inte är nödvändigt att utgå ifrån TTM-modellens beskrivning av olika steg i förändringsprocesser eller att utforma interventionen utifrån dem.

Decisional balance är en sorts ambivalensutredning utvecklad av andra forskare och inte en del av MI såsom den formulerats av Miller och Rollnick (37). Miller och Rollnick är inte särskilt positiva till modellen då dess fokus skiljer sig från den grundläggande MI-intentionen att uppmuntra till förändring och inom ramen för ett sådant samtal även diskutera ambivalens och nackdelar med förändring, snarare än att avsiktligt framkalla och utforska sådana aspekter.

Av liknande anledningar avfärdas Information-Motivation-Behavioral Skills Model (IMB), då den innehåller tekniker för att skapa motivation genom skrämme (*fear-induced*), vilket också är helt och hållet motsatsen till MI-andan. The Health belief model är vanligt inom SRHR och används i ett antal av de inkluderade studierna. Användningen av denna modell är ett exempel på anpassningen av MI till olika disciplinära och professionella områden. (74-76). Dessa exempel visar hur MI utvecklats och anammats ur olika perspektiv, utan grundarnas kontroll (51).

Användning av tekniska hjälpmedel

Några studier testar interventioner där MI utförs via datorprogram, vilket beskrivs vara kostnadseffektivt och som dessutom kan utföras i avskildhet – frågan är dock om det är MI då? En anledning till tveksamheten är att det inte blir samma typ av reflexiv och individualiserad feedback under sessionens gång, utan detta är något som ställs in i förväg utifrån förbedömningen. Feedbacken blir onekligen också mer mekanisk jämfört med ett samtal med en människa, face-to-face.

I Kiene och Bartas (73) hiv-preventiva studie bestod interventionen av ett datorlevererat motiverande samtal. Det inleddes med ett narrativ om fördelar med kondom användning, information om tillvägagångssätt och så vidare, varefter en animerad figur förde en diskussion med deltagaren utifrån dennes frågor och eventuella ambivalenser.

I andra studier har datorer och teknik använts av personalen i utförandet av interventionen. Frye och kollegor (77) utförde MI-samtal om hiv med unga MSM via Facebook Messenger-applikationen. Syftet var att nå risktagande unga som annars är svåra att nå. I fall som dessa kan sociala medier och andra arenor där unga ofta rör sig vara ett värdefullt verktyg. När syftet istället är mer av administrativ karaktär eller baseras på en vilja att ”hänga med i teknikutvecklingen” kan det tyckas mer tveksamt.

I en studie av Gold med flera använde personalen datorprogram under sessionens gång och tillsammans med ungdomen utformades en personlig plan för förändringsprocessen (72). Denna modell kallas CAMI (computer-assisted motivational intervention) och har använts i flera studier på olika sätt, exempelvis i samband med hembesök, i bedömningsprocessen innan intervention och i uppföljning.

Vem utför interventionen?

Det är väldigt skiftande hur personalen och deras kompetens beskrivs. Flertalet studier beskriver kortare MI-utbildningar för interventionspersonalen. Ibland står det ingenting alls (78) medan det i andra fall beskrivs väldigt detaljerat (79-82). Oavsett detaljnivå skiftar det också huruvida eventuella utbildningar getts av medlemmar i det så kallade Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT), om handledning skett och om samtalen spelats in och utvärderats enligt Motivational Interviewing Treatment Integrity codes (MITI).

Förebyggande arbete inom SRHR sker inom en rad olika verksamheter, där olika yrkesgrupper arbetar. Detta syns i studierna där exempelvis psykologer, socialarbetare, hälso- och sjukvårdspersonal, samt studenter i olika ämnen som fått kortare MI-utbildningar utför interventionen. I vissa fall beskrivs inte personalen alls:

Tabell 6. Personal som utför interventionen

Hälso- och sjukvårdspersonal	10
Socialarbetare	2
Psykolog eller terapeut	7
Hälsopromotor	5
Studenter	4
Personer från målgruppen (peers)	3
Forskare eller forskningsassistent	1
Ingen personal (dator)	2
Ej angivet eller oklart	6

De enskilda studierna kan förekomma i flera kategorier varför totalsumman är större än 37 (antalet inkluderade artiklar).

MI:s popularitet beror till stor del på att det uppfattas som enkelt, flexibelt och tilltalande för olika typer av professioner och yrkesgrupper. Miller (68) menar dock att MI inte är en enkel metod som kan läras på en tvådagars workshop. Det är en komplex uppsättning av färdigheter som ska användas flexibelt och reflexivt i relation till det patienten/klienten säger, vilket typiskt sett kräver kontinuerlig övning och handledning under många års tid för att bemästra.

Målgrupper

Variationen är stor även när det gäller vilka målgrupper som interventionerna riktar sig till. Kartläggningen är visserligen avgränsad till unga och unga vuxna, men inom den kategorin finns många olika undergrupper. I urvalet sträcker sig de ungas åldrar mellan 12 och 35 år.⁹ I följande tabell har ett urval av studier valts ut för att illustrera variationen i population. Siffrorna anger antal studier som har ett uttalat syfte att rikta sig till en viss målgrupp, medan siffrorna inom parentes anger antal studier som utan att ha ett sådant uttalat syfte ändå resulterar i en viss population.

Tabell 7. Urval av studier fördelade på kön och typ av målgrupp

Kvinnor <i>Varav:</i> Heterosexuella KSK* Etnisk minoritet	13 3 (4) 1 3 (8)
Män <i>Varav:</i> MSM Etnisk minoritet	5 4 1 (2)
Kvinnor + män <i>Varav:</i> Hiv-positiva	17 7

De enskilda studierna kan förekomma i flera kategorier varför totalsumman är större än 37 (antalet inkluderade artiklar).

* Kvinnor som har sex med kvinnor

Förutom att rikta sig till en grupp av kvinnor avseende sexuell läggning eller etnicitet finns även exempel på interventioner som riktar sig till kvinnor med ett visst problem eller livssituation. Av dem som gör det riktar sig tre till heterosexuella kvinnor, som bland annat har bedömts ha hög risk för oönskad graviditet (65–66, 69). I andra fall handlar det om collegestudenter som har hög risk för alkoholpåverkad graviditet (83). Clinton-Sherrod med flera (79) inkluderar ytterligare en aspekt, nämligen utsatthet för sexuellt våld.¹⁰ I dessa studier är målgruppen således även nära knuten till en viss verksamhetskontext, där sexuellt riskbeteende i kombination med hög alkoholkonsumtion i studentlivet framhävs som särskilt riskfyllt. Liknande studier finns för manliga collegestudenter (64).

Ytterligare ett par interventioner utan specificerad målgrupp avseende sexuell läggning resulterar i en population bestående av en majoritet av heterosexuella kvinnor. En intervention riktar sig till kvinnor som har sex med kvinnor (KSK) (69) och fyra av fem interventioner som riktar sig till män, fokuserar på män som

⁹ Då ett antal studier som matchade inkluderingskriterierna så när som på ålder med ett par år, gjordes bedömningen att dessa ändå kunde ingå.

¹⁰ Här är det värt att problematisera "utsatthet för våld" som indikator för sexuellt risktagande. Kvinnors utsatthet för våld bör rimligtvis inte lastas dem själva och måste förstås ur ett maktperspektiv. Inom feministisk forskning problematiseras begreppen risk och sexuellt riskbeteende genom att inkludera psykosociala och samhälleliga aspekter, strukturella maktförhållanden och utsatthet för diskriminering (se t.ex. 80).

har sex med män (MSM) (81), i en av dem med fokus på afroamerikanska män (84).

I en hivpreventiv kontext är denna fördelning mellan dels kön och dels sexuell läggning inte särskilt anmärkningsvärd. MSM är en särskilt riskutsatt grupp medan risken för KSK är obefintlig. Eftersom finansieringen inom det preventiva arbetet styrt mot hiv i högre utsträckning än andra STI premieras de grupperna. Däremot gällande interventioner som inriktar sig på oönskade graviditeter visar det på att fokuset ligger på kvinnors ansvar, trots att det i själva verket skulle behöva fokuseras på att stärka mäns attityder till kondom användning, vilket har framkommit i genomgången av tidigare forskning.

I många av de inkluderade studierna är det en särskild etnisk minoritetsgrupp som fokuseras, och då en majoritet utförts i USA handlar det oftast om afroamerikansk eller latinamerikansk etnicitet, vilka identifierats som särskilt riskutsatta (41). En tidigare systematisk litteraturöversikt indikerar att MI är särskilt effektivt för dessa minoritetsgrupper och/eller särskilt utsatta grupper, som annars kan känna sig dåligt bemötta i ordinarie sjukvård (48). Andra forskare betonar att MI passar utsatta grupper särskilt bra på grund av att MI-förhållningssättet är accepterande och humanistiskt (49).

I flera av studierna är de unga även socioekonomiskt utsatta och rekryteras på avgiftsfria kliniker eller via uppsökande arbete i lokalsamhället. Detta har bland annat att göra med att alla inte har sjukförsäkring. I en studie diskuteras resultaten utifrån just att sjukförsäkring var en avgörande del för lyckad intervention (70). Faktorer såsom trångboddhet, hemlöshet och våldsutsatthet hade inflytande på interventionen och upplevdes som utmaningar för personalen då det oftast var utanför deras påverkansmöjligheter.

I övrigt märks en preventionsstrategi att rikta sig till grupper som är särskilt riskutsatta, såsom hiv-positiva (58, 81, 85-87), personer som kommer för återbesök på STI-klinik (42, 88), eller personer som har varit oönskat gravida eller som uppfattas ha hög risk för oönskad graviditet (65-66, 69, 79, 83, 85).

Interventionernas syfte

Vanligast är att interventionerna syftar till att minska olika aspekter av sexuell risktagande, främst avseende kondom användning. Men det finns även några mer specifika, som att förhindra ”snar upprepad graviditet” (70), eller att öka följsamhet i hiv-behandling (58, 89). I följande tabell har syften med fokus på sexuell hälsa kategoriserats.

Tabell 8. Inkluderade studiers syften (utfall)

Öka preventivmedelsanvändning	23
HIV-behandling (adherence)	7
Self-efficacy	5
Förhindra oönskad graviditet	6
Uppmuntra klinikbesök/STI-test	4
Minska utsatthet för sexuellt våld	1
Öka kunskaper om SRHR	5

De enskilda studierna kan förekomma i flera kategorier varför totalsumman är större än 37 (antalet inkluderade artiklar).

Beroende på målgruppen kan syftet bli särdeles specifikt. Ett exempel är en studie om unga, sexuellt aktiva tonåringar som ännu inte fött barn och som anses ha extremt hög risk för tonårsgraviditet på grund av att de antingen aktivt söker graviditet eller uppges vara mycket ambivalenta till att använda preventivmedel (67). I detta fall syftar interventionen till uppskjuten graviditet snarare än till att helt och hållet förhindra graviditet, vilket kanske hade varit fallet om det handlat om en annan grupp av unga kvinnor, menar författarna.

Ytterligare ett antal studier har väldigt specifika syften, exempelvis att öka tonårsföräldrars förmåga att tala med sina barn om sex- och samlevnadsfrågor, samt öka sin egen preventionsförmåga (90), eller att öka olika typer av professioners förmåga till screening och MI-samtal inom primärvården för att öka ungas hälsa (bland annat avseende SRHR) (91).

Kartläggningen och möjliga effekterna av MI

Med tanke på mångfalden av metoder, målgrupper och kontexter är det svårt att dra några generella slutsatser om hur effektivt MI är i förebyggande arbete kring hiv, STI och oönskade graviditeter utifrån en kartläggande litteraturöversikt. Tidigare effektstudier baserade på mer avgränsade metaanalyser uppvisar blandade resultat och små effektstorlekar (48, 49). Men även resultaten i dessa studier kan problematiseras utifrån att de inkluderar en avsevärd variation av enskilda studier. Dessutom är resultaten svåröversatta till den svenska kontexten, då majoriteten av studierna utförts i länder med andra typer av samhällsliga, välfärdsstatliga och normmässiga förhållanden kring SRHR.

Men det är å andra sidan inte heller en kartläggande litteraturöversikts syfte att syntetisera evidens eller aggregera resultat från inkluderade studier (57). I nedanstående tabell har ändå gjorts ett försök att grovt kategorisera studierna utifrån vilken effekt de uppger att interventionen haft. Tabellens resultat är med andra ord endast en återgivning av respektive författares egna uppgifter av effekter, utan att ha gjort någon kvalitetsbedömning.

Tabell 9. Sammanfattande bedömning av effekter

Positiv effekt	17
Oklar/svag effekt	16
Ingen effekt	4

Återkommande i de olika studierna är att uppnådda positiva effekter avtar efter tid. Svårigheterna att påvisa effekter för MI-interventioner är en tendens som funnits sedan MI introducerades (51). I flera av studierna återkommer även rapporter om effekter som är i stort sett likvärdiga i interventions- och kontrollgrupp. Det kan handla om att även kontrollgruppen genomgår baslinjebedömning och får information om studiens syfte, vilket i sig kan fungera motiverande att förändra sitt beteende eller åtminstone att börja tänka på sitt beteende. Detta kan särskilt vara fallet när baslinjebedömningarna är mycket omfattande. I de olika studierna varierar omfattningen från 20–30 min (61) till uppemot 1–1,5 timmar (79, 83, 92). I en pilotstudie uppgav över hälften av deltagarna att baslinjebedömning på 60–90 min upplevdes som alltför lång (72).

I vissa studier problematiserades de resultat där inga effekter uppmätts utifrån att en intervention inte kan åtgärda alla de problem som målgruppen kan ha. Exempelvis diskuterar författarna till fokusgruppsstudien om de hemlösa kvinnorna strukturella barriärers inflytande, såsom fattigdom, hemlöshet och våldsutsatthet – saker som interventionen inte kan rå på (60). Däremot kan interventionen i det aktuella fallet bidra till att kvinnorna får information om hur de kan göra ”hälsosammare val” där det är möjligt, inklusive att be om hjälp för vidare steg i en förändringsprocess – faktorer som dock inte följdes upp i studien.

I studien av Bandura Cowley, Farley & Beamis (67) diskuteras på liknande vis betydelsen av relationer i omgivningen, framför allt föräldrars och eventuella partners inflytande på den ungas vilja att bli gravid eller använda preventivmedel. Interventionens utformning som utgår från personalen kan med andra ord i fall som dessa inte säkerställa att eventuella effekter beror på interventionen i sig.

En viktig aspekt att diskutera i relation till resultat och effektivitet är de normativa dimensioner som kan finnas i önskat utfall. I exempelvis den äldsta studien som inkluderats rapporteras om en effekt som innebär att antalet unga kvinnor som avhållit sig från sex har ökat till följd av interventionen (66). Sett i en amerikansk kontext där sexualundervisning till stora delar gått ut på just uppmaningar om avhållsamhet är det inte särskilt förvånande – men det belyser svårigheten att generalisera resultaten och ställer frågor om vilken typ av samtal som skett med de unga kvinnorna.

Mer förvånande är kanske att en nypublicerad studie också inkluderat avhållsamhet som tema i MI-samtalen (72). Naturligtvis ska de teman som deltagarna önskar ta upp också diskuteras, men frågan är hur mycket nationella policier eller personalens värderingar tillåts styra innehållet från början, och hur väl detta i

sådana fall stämmer överens med MI-andan, som ju innebär att utgå från patientens/klientens önskemål.

Gällande studiekvalitet är det många studier som förefaller ha låg metodologiskt kvalitet. Studien av Sanci och kollegor (91) utmärker sig då den i jämförelse med de andra studierna har ett rigoröst genomförande och ett stort urval (40 enheter med 132 kliniker och 901 patienter). Förutom detta var interventionen mer komplex till sin karaktär. Den bestod av en MI-intervention för sexuellt risktagande, i likhet med de andra studierna, men även utbildning av olika typer av sjukvårdspersonal och implementering av nya rutiner för screening på klinikerna. En svårighet i jämförelse med de andra studierna är att flera olika riskfaktorer undersöks och inte enbart sexuellt risktagande. Författarna beskriver själva en svaghet i att MI-komponenten inte varit kontrollerad utan bedömdes utifrån patienternas egna utsagor (93).

Med andra ord finns det stora utmaningar i effektutvärderingar av MI-interventioner inom området hivprevention och SRHR. I följande kapitel diskuteras dessa och andra resultat.

Diskussion

I detta kapitel diskuteras resultaten från kartläggningen.

Varierad kvalitet på studierna

Många av studierna som kartlagts är pilotstudier vilket vittnar om att MI fortfarande är en intervention under utveckling inom området sexuell hälsa. Heterogeniteten bland studierna avseende målgrupper, interventionstyper, utfallsmått med mera går också i linje med ett forskningsfält under utveckling. Det visar också att sexuell hälsa och sexuellt risktagande är komplexa fenomen som tolkas på olika sätt, med konsekvensen att interventioner utformas på olika sätt. Dessa aspekter handlar således både om MI som metod/förhållningssätt och de svårigheter med implementering som detta för med sig, såväl som att detta gör det svårt att systematiskt utvärdera MI-interventioner.

Metodologiska utmaningar i litteraturöversikter

Den första frågan som ska diskuteras i kapitlet är de metodologiska utmaningarna som följer med att undersöka effekter av MI-interventioner, när MI är en sådan mångfasetterad intervention (51).

Att studera MI med RCT: en paradox?

RCT-studier framhålls ofta som den högsta standarden för att utvärdera interventioner (93). Från att ha utvecklats i en medicinsk kontext används de nu även inom områden som socialt arbete (94). Samtidigt är det värt att diskutera om RCT-studier och den ökande trenden mot att mäta effekter av verksamheter i enlighet med evidensbaserad praktik (EBP) är lika givande inom denna typ av sociala insatser som inom medicin. I sociala insatser är det svårare att med bestämdhet avgöra om det var interventionen och inte andra faktorer som spelade roll för resultatet, exempelvis relationen mellan personalen och klienten/patienten, personalens tidigare yrkeskunskaper, organisatoriska faktorer såsom väntetider, eller klientens/patientens levnadsförhållanden i övrigt (43, 47).

Att utvärdera effekter av MI-interventioner som bygger på personcentrerade samtal utgör en utmaning i sig. Det handlar bland annat om att det inom MI är klienten/patienten som väljer målet med sin behandling och vilken typ av förändring den vill uppnå. Personalens utförande kan därför variera stort beroende på vem klienten/patienten är. Ytterligare en aspekt som är svår att mäta och som dessutom är svår att påverka med en intervention, är orsaken till ett förändrat beteende. En person kan vara motiverad men ändå sakna förutsättningar att förändras (*self-efficacy*), likaväl som att förmågan i sig inte nödvändigtvis innebär att en förändring fungerar i praktiken, även om motivationen finns.

En övergripande slutsats gällande den stora variationen i studietyper är att många forskare i sin iver att utforma unika interventioner därmed samtidigt riskerar att

försvara en ”äkta” RCT-design, med följderna att jämförelser med andra interventioner kompliceras. En fråga som aktualiseras med anledning av detta är hur RCT-studier på MI ska utformas, där det i RCT ju ska vara en och samma intervention som utvärderas utifrån ett specifikt och på förhand uppsatt utfallsmått – medan MI-andan förespråkar flexibilitet och öppenhet för klientens/patientens egna tankar om sina behov och möjligheter till förändring. Det kan därför tyckas paradoxalt att utvärdera MI-interventioner genom RCT-metodik.

För att kunna göra systematiska utvärderingar av interventioner krävs att de utförs på ett systematiskt sätt, exempelvis utifrån en manual. Miller och Rollnick förordar dock inte manualbaserade MI-interventioner, då en manual kan hämma den centrala MI-komponenten *flexibilitet*; ”att i ögonblicket svara på vad klienten erbjuder” (95). De betonar att MI inte är en teknik utan ett professionellt förhållningssätt baserat på en specifik människosyn. Å andra sidan har de själva medverkat i flera RCT-studier med sina interventioner och många efterföljare utformar egna manualer för sina interventioner. Det är med andra ord oklart till och med hur MI-grundarna ser på att utvärdera MI-interventioner i detta avseende.

En annan utmaning gällande RCT är de initiala bedömningsinstrumenten (*assessment*) som både interventions- och kontrolldeltagare besvarar och som ofta är ganska omfattande. Redan i detta skede kan potentiella deltagare börja reflektera kring sin sexuella hälsa och de områden som det ställs frågor om, exempelvis kondom användning. Vetskapen att ens beteende och attityder ska studeras med ett visst fokus kan därför tänkas påverka resultatet. Detta märks även genom att det i många interventioner uppmäts lika stora förbättringar i både intervention- och kontrollgrupp, eller att interventionseffekter avtar över tid, när deltagarna inte längre är inställda på att arbeta med det specifika beteendet som studerats. Här inträder därmed också frågan om beteendeförändringar i stort, hur lång uppföljningstid som är rimlig för att undersöka sådana och huruvida det skulle krävas kontinuerliga stödinsatser från olika aktörer för att vidmakthålla dem.

Ett av bedömningskriterierna i SBU:s granskningsmall för att bedöma studiernas kvalitet handlar om behandlingsbias och blindning, det vill säga inte känna till vilken behandling som ges, på grund av att ”patientens eller läkarens förväntningar på resultatet av behandlingen kan påverka utfallet eller mätningen av utfallet” (55). Därför menar SBU att så många aktörer som möjligt i studien bör vara blindade. När det gäller utvärderingar av psykosociala interventioner som MI är det i svårt att blinda utförare av interventionen, då personalen ofta behöver genomgå MI-utbildning och handledning för att kunna säkerställa jämförbarhet och följsamhet i behandlingsmetoden.

En annan anledning till svårigheter i bedömning av psykosociala interventioner är att de ofta utformas utifrån en viss forskares eller forskargrupps idéer, med fokus på en viss teoretisk bas och en egenutformad manual. SBU skriver att ”symtomskalor och livskvalitetsmätningar är mycket känsliga för bias och i princip oanvändbara i oblindade studier” (55).

Vad är egentligen MI?

En av de främsta utmaningar i arbetet med litteraturöversikten har varit bedömningen av MI. När är en intervention ”äkta MI” och hur ska sådana avgränsas mot andra ”MI-inspirerade” metoder, som författarna i olika hög grad benämner som MI-interventioner? Och vad är det egentligen som är själva effekten i MI?

Som nämnts inledningsvis är MI inte grundad på en särskild teori, även om Miller var inspirerad av ett flertal olika behandlingstraditioner och perspektiv när han utformade den första versionen (37). Fokus i metodens utveckling har istället legat på att utifrån den kliniska praktiken vidareutveckla aspekter som visat sig fungera väl. Det som författarna själva lyfter fram som exempel på detta enligt egna och andras studier är att hindra rättningsreflexen, arbeta förändringsinriktat, samt empatiskt lyssnande. När metoden använts och utvecklats av andra forskare och kliniker betonas dock många gånger en särskild teori eller modell. Ibland till och med teorier och modeller som Miller och Rollnick senare känt sig nödgade att avfärda (37). Några exempel på detta är the Transtheoretical Model (TTM) och decisional balance (DB), som trots detta används i flera av de interventioner som också ingår i denna studie. Förutom att detta belyser svårigheten att faktiskt definiera MI utgör det en metodologisk utmaning: vad är det egentligen som studeras?

Betydelsen av sessionens längd

Tiden för en session är en återkommande fråga i MI-sammanhang. Hetteama, Steele och Miller (48) visar i sin systematiska litteraturöversikt en konflikt mellan korta, manualbaserade interventioner och MI-förhållningssättet. Samtidigt framhåller Miller och Rollnick (37) att det bör räcka med 1–2 sessioner á 50 minuter.

Utifrån tanken om att utforska ambivalens, motivation och andra förutsättningar kan det vara en fördel att ha längre tid till sitt förfogande. Att få till en bestående förändring verkar vara svårt att uppnå på tio minuter, som vissa studier testat. Möjligen kan detta räcka för att initialt väcka frågan, inom ramen för det första steget i MI (*engagera*). Flera sessioner är troligen bättre utifrån betydelsen av relationsbygge (49). Engagera kan ta lång tid i sig och de fyra stegen kan vara flytande, om det exempelvis skär sig i relationen kan man behöva gå tillbaka till engagerandet (36). Det kan därför också uppstå problem när manualbaserad MI används, som exempelvis i motivational enhancement therapy (MET), då inlyssnandet kan falla i iver att följa manualen och att utföra terapin under en viss avsatt tid, medan det kan behövas längre tid, om exempelvis motstånd uppstår hos klienten.

Vem gör inte MI?

En relaterad fråga till svårigheten med att definiera MI handlar om svårigheten att avgränsa det när MI sprids i alltfler verksamheter. MI förordas i dag av flera aktörer och ingår i de nationella riktlinjerna för att förebygga

levnadsvanerelaterade sjukdomar inom hälso- och sjukvården (96-98). Många professioner får idag MI i sin grundutbildning eller genom vidareutbildning i yrkeslivet. En fråga som uppstår utifrån detta är om det överhuvudtaget går att göra helt MI-fria kontroll-interventioner? Motsatsen till MI torde vara auktoritär/konfrontativ metod, vilket knappast är något som testas, inte minst av etiska skäl.¹¹ Lundahl och kollegor (49) rapporterar om anekdotiska erfarenheter från personal som menar att det är svårt att skilja ut vad som är MI i deras arbete då det blir en integrerad del.

Miller & Rollnick (36) föreslår därför att dokumentera trohet till metoden även i kontrollgrupper. I en studie som undersökte effekterna av en MI-intervention för att minska unga kvinnors riskfyllda alkoholanvändning, visade resultaten inga skillnader mellan MI-intervention och kontroll – men då det var samma personal som utförde både intervention och kontroll är det svårt att härleda resultaten endast till interventionen (99). En viktig fråga är hur personalen utförde kontroll-interventionen utan MI, något som sällan rapporteras.

Verksamhetsperspektiv

Betydelsen av personalens utbildning aktualiseras i rapportens resultat. Lundahl och kollegor (49) fann i sin metaanalys ingen skillnad i effekt beroende på personalens utbildningsbakgrund. Miller själv framhäver betydelsen av personalens förmåga att känna empati med klienten/patienten, snarare än specifik utbildningsbakgrund (36). Samtidigt är det tänkbart att olika professioners och yrkesgruppers utbildningsbakgrund kan påverka synen på exempelvis vilka aspekter som bör prioriteras i en intervention, vilka effekter som ska uppnås och hur klientens/patientens problem förstås (t.ex. socialt, medicinskt och psykologiskt). Det är troligt att en socionom har ett annat fokus i sin intervention än medicinsk personal.

I specifika yrkesutbildningar kan också professionella förhållningssätt läras ut som inte nödvändigtvis går i linje med MI. I två tidigare studier framkommer exempelvis att sjuksköterskor (och annan medicinsk personal) är vana vid att vägleda, ge råd och prata snarare än att lyssna och att de därför inte bara behöver lära sig MI utan också sluta använda tidigare inlärd förhållningssätt (100, 101).

Det kan finnas svårigheter med att studera MI eftersom alla verksamheter har olika förhållningssätt för hur man implementerar metoden (50). I Ann-Sofi Östlunds doktorsavhandling om hur olika hälsoprofessioner använder MI framkom att 15 procent av sjuksköterskorna som uppgav att de använde MI inte hade någon utbildning i metoden. Vidare visade det sig att en grupp primärvårdssköterskor som utbildats i MI inte uppnådde tillräcklig kompetensnivå utifrån MITI-kodning. Många av deltagarna upplevde det som svårt att lära om till MI-andans

¹¹ Se dock en spansk studie där en skrämselform var en av flera som testades (84).

personcentrering från sin grundutbildnings mer rådgivande karaktär. Även andra faktorer som de upplevde brist på påverkade deras upplevelser av att använda MI, exempelvis tid, kunskap, utbildning, uppföljning, stöd, samt möjlighet till träning, handledning och feedback i MI (101).

Olika professioners förhållningssätt, organisatoriska förhållanden och klienters olikheter påverkar hur MI helt eller delvis implementeras. Björk (50) ser risker med att implementering av nya metoder och arbetssätt görs utifrån en administrativ logik inom ramen för en samhällelig diskurs där evidensbaserad praktik (EBP) framställs som nödvändigt för att effektivisera och kontrollera verksamheter, snarare än som en strategi för att stärka professionen. Att personalen inte görs tillräckligt delaktig i implementeringsprocesserna kan vara tillräckligt för att ”trohet” till MI inte uppnås. I utvärderingar kan detta framstå som dåliga resultat, men kan i själva verket handla om nödvändiga anpassningar till den aktuella verksamhetens behov enligt personalens professionella bedömning och kompetens i relation till den specifika målgruppen eller olika individers behov (49).

Från beroende till sexuell hälsa

En av anledningarna till att MI används inom en mängd olika behandlingsområden är att den upplevs vara lätt att anpassa till olika förutsättningar och kontexter. Men är MI verkligen överförbart till hivprevention och SRHR från den ursprungliga beroendekontexten?

Syftet med en MI-intervention är att den ska leda till en beteende- och/eller livsstilsförändring. En sådan förändring är verkligen önskvärd för de flesta människor med beroendeproblematik eftersom det oftast är något som påverkar stora delar av livet och även leder till oönskade hälsoeffekter både fysiskt och psykiskt. Skillnaden i situation jämfört med en ung person med sexuellt riskbeteende kan däremot vara milsvid. Att inte alltid använda kondom, ha många sexpartners, få återkommande STI och bli oönskat gravid behöver inte nödvändigtvis innebära eller upplevas vara ett stort problem för individen. Nackdelarna med kondom kan upplevas överväga nackdelarna med STI, då STI ofta kan botas med antibiotika och abort är tillgängligt vid oönskad graviditet. Många sexpartners behöver inte heller nödvändigtvis innebära ett destruktivt självskadebeteende.

Till skillnad från de flesta långvariga alkohol- och narkotikamissbruk finns det många fler positiva aspekter av ett aktivt sexliv, än risktagande (enligt andra). Om den berörda inte själv upplever sin livssituation som problematisk blir det svårt att finna motivation till förändring – MI ska ju utgå från vad den berörda önskar förändra. Det finns också kunskap om att bland de mest risktagande och riskutsatta unga ses sexualiteten, trots mycket riskfyllda och utsatta erfarenheter, som en chans till närhet och bekräftelse snarare risk för ohälsa (102, 103).

Som diskuterats i rapportens inledning är sexualitet ett komplext fenomen och sexuellt risktagande beror på många olika aspekter på individuell, relationell såväl

som samhällelig nivå. Dessutom kan det finnas många fler aspekter, situationer och risker att samtala om, vilket kan vara svårt att hinna med i korta eller ett fåtal MI-samtal, jämfört med att prata om exempelvis alkohol eller motion. Det finns också forskning som visar att yrkesverksamma, exempelvis sjuksköterskor, socialarbetare, och psykologer får för lite kunskaper i sin grundutbildning för att de ska kunna genomföra samtal om sexualitet och hälsa (104).

Vems risk?

Utifrån föregående diskussion är det även värt att reflektera över vems problemformulering som styr insatsen och vad det får för konsekvenser för individens motivation till förändring. Exempelvis kan myndigheters direktiv upplevas som förtryckande för människor med normbrytande sexualitet. Det i sig kan bli en drivkraft att välja att leva riskfyllt som en motståndshandling såsom det finns exempel på bland MSM som utövar barebacking (oskyddat sex) som en kritik av repressiv hiv-prevention (26). Varför unga idag väljer att ha sex på sätt som av samhället uppfattas som riskfyllt men inte av dem själva, är en relevant fråga att ställa inför utvecklingen av effektiva preventionsmetoder.

Individen och dess strukturella förutsättningar

Som för andra individcentrerade behandlingsformer finns begränsningar i förändringsmöjligheter sett till klientens/patientens hela livssituation. En MI-intervention utgör troligen endast en liten del av en människas liv, och utan insatser på andra områden kan det, trots en lyckad MI-intervention, ändå inte vara tillräckligt. Ett belysande exempel handlar om de hemlösa kvinnorna i studien av Wenzel och kollegor (60). Genom en medvetenhet om dessa begränsningar kan också rimliga förväntningar ställas på interventionens effekt. Utan en sådan medvetenhet finns risken att interventionen ensidigt fokuserar på individen och bortse från strukturella barriärer, som varken personen själv, trots hög motivation, eller personalen inom ramen för interventionen, kan påverka. Som Miller och Rollnick (37) själva påpekat är MI inte något universalmedel.

Överförbarhet av rapportens resultat till en svensk kontext

Utifrån diskussionen i detta kapitel kan överförbarheten av rapportens resultat diskuteras. För en del av interventionerna gäller att de kontrollerade miljöerna är alltför olika de svenska miljöer som de är tänkta att utföras i. För andra handlar det om att populationen skiljer sig, exempelvis unga med hivinfektion, som i vissa länder utgör en betydande andel av ungdomspopulationen, medan de i Sverige inte gör det.

Även bristen på forskning utgör ett problem i sammanhanget. Detta gäller särskilt forskning i den nordiska och europeiska kontexten. Forskningsområdet är för tillfället dominerat av amerikanska studier. Detta faktum återkopplar till överförbarhetsproblem utifrån kontextuella faktorer, exempelvis avseende det

amerikanska sjukvårdssystemet, inklusive organiseringen av motsvarigheten till ungdomsmottagningar, som skiljer sig stort från det svenska.

En annan viktig aspekt gällande överförbarhet handlar om etiska och sociala aspekter, exempelvis hurvida en intervention är samhällsekonomiskt kostnadseffektiv. Här kan nämnas att kvalitetssäkring av MI-samtal med kodning och utvärdering är både dyrt och tidskrävande, och därför inte möjligt att genomföra i större omfattning. När kostnadseffektivitet beaktas kan det således behövas ett övergripande perspektiv, där inte enbart en viss aspekt beräknas utan hela verksamhetens mål. Vissa interventioner har exempelvis fokuserat på att öka återbesök för STI-testning och där telefon- eller postpåminnelser visat sig vara mer effektiva än motiverande samtal, inte minst ur ett resursperspektiv (88). Men det kan finnas fler poänger med motiverande samtal, särskilt sett i ett större sammanhang som exempelvis en ungdomsmottagning, där samtalen kan ha fler syften.

Etiska och sociala aspekter kan även omfatta sådant som i vilken mån en intervention påverkar patienters möjligheter att välja sin egen livsstil. I flera av de amerikanska interventionerna utgör avhållsamhet ett mål. Detta mål måste förstås i sitt kulturella såväl som politiska sammanhang, exempelvis avseende begränsningar i statlig finansiering av kliniker som erbjuder aborter. Det är därför problematiskt med överförbarheten av de interventioner där möjligheten till abort tonats ned till förmån för att förespråka avhållsamhet. Vad som döljer sig bakom en intervention som syftar till minskat sexuellt risktagande är således viktigt att undersöka. När publicerade studier inte uppger studieprotokoll eller de manualer som interventionen bygger på blir detta svårt att bedöma för en utomstående.

Framåtblick

Efter att ha genomfört den här typen av kvantitativ litteratursammanställning uppkommer lätt frågor om behovet av kompletterande kvalitativa utvärderingar (55). Som nämnts i den inledande forskningsgenomgången visar kvalitativa studier av ungdomars och unga vuxnas attityder till kondom användning att det handlar om komplexa processer där aspekter på individuell, social och kulturell nivå samverkar. Till detta kommer att psykosociala interventioner, som i hög grad är relationsbaserade, är svårare att utvärdera genom RCT-metodik (105). För att kunna utforma effektiva interventioner som passar den svenska kontexten behöver dessa processer undersökas mer djupgående. På så vis kan vi enklare besvara frågor om och i så fall vilken typ eller del av MI som kan användas, i vilka sammanhang och med vilka grupper.

Därutöver bör även andra metoder och program kring sexuell hälsa utvärderas, då den tidigare forskningen inte med säkerhet kan visa att MI är mer effektivt än andra – eller inom SRHR-området överhuvudtaget. Dessa frågor kräver vidare analys både utifrån den aktuella folkhälsopolitiken, ungdomars och unga vuxnas attityder till olika preventionsmetoder, samt professionellas och organisationers förutsättningar att lära sig och att implementera nya metoder.

MI är i första hand en samtalsmetodik och ett förhållningssätt, men som den tidigare forskningen kring sexuell hälsa visat, finns behov hos unga som det troligen behövs andra angreppssätt för att arbeta med. Till exempel rapporteras om behov av ökade kunskaper om praktisk kondomanvändning. För detta ändamål behövs konkret information och rådgivning, vilket därför kanske inte passar in i MI-andans mer öppna och icke-styrande förhållningssätt. Därutöver kan det behövas även andra typer av förebyggande arbete såsom kampanjer. MI bör alltså inte ses som den enskilt viktigaste metoden utan som något som passar i vissa typer av verksamheter, vissa professioner och inte minst vissa målgrupper av unga människor. Hur denna helhet ska se ut och om och hur MI kan användas effektivt är en fråga för framtida forskning och utvärdering.

Sett till MI som metod är den tilltalande för många professionella med sina utgångspunkter i respektfullt bemötande och individanpassning. Samtidigt lärs detta förhållningssätt redan ut i många människobehandlande utbildningar, vare sig det omnämns som MI eller inte, och används även i praktiska verksamheter. Där kan den också anpassas till varje enskild patient eller klients behov. Att utvärdera effekter av en sådan typ av relationsbaserad metod, eller snarare förhållningssätt, är därför svårt. Effekten kan egentligen bara utvärderas utifrån varje enskild individ; varför den kommit för att be om stöd och hur den vill genomföra sin beteende- eller livsstilsförändring.

Intresset för MI har ändå lett till att många yrkesgrupper, professioner och verksamheter engagerat sig för hur ungas sexuella hälsa kan öka, vilket naturligtvis är positivt. För framtiden är det dock betydelsefullt att på ett mer systematiskt sätt ta reda på vilka förhållningssätt och metoder som yrkesverksamma upplever fungerar väl, för vilka målgrupper och för vilka områden av sexuellt risktagande.

Slutligen handlar det om hur genomförbara olika metoder är i praktiken, med begränsade resurser hos både enskild personal och i verksamheterna. Om MI endast betraktas som ”äkta” om personalen kodar sina samtal, kontinuerligt skickar in dem för utvärdering, deltar i handledning och kompetensutveckling, blir det både dyrt, tidskrävande och något som många yrkesverksamma och verksamheter kan få svårt att leva upp till. Dessa aspekter behöver i större utsträckning tas i beaktande vid utveckling, implementering och utvärdering av nya insatser. Ett sätt kan vara att utvärdera interventioner på flera nivåer: klinikbesökare, olika typer av personal och olika interventionskomponenter.

Slutsats

Eftersom det finns en stor variation i de inkluderade studiernas kvalitet, samt hur MI tillämpats i de olika interventionerna, är kunskapsläget fortfarande oklart.

Utifrån rapportens resultat är det svårt att svara på om MI-interventioner riktade till unga risktagare har effekt när det gäller att förebygga hiv, STI och oönskade graviditeter. Det framkommer att en del studier uppvisar effekter, men att effekterna ofta avtar över tid.

Då kunskapsläget är oklart är det viktigt att verksamheter som använder sig av MI, i syfte att förebygga sexuellt risktagande bland unga, systematiskt följer upp och utvärderar sin verksamhet.

Referenser

1. Proposition. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm2005/06:60.
2. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för klamydiaprevention med fokus på ungdomar och unga vuxna 2009–2014. Internet. Stockholm; 2009.
3. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige. UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16–29 år. Internet. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2017.
4. The United Nations General Assembly (UN). Declaration of commitment of HIV/AIDS. The United Nations General Assembly special session on HIV/AIDS, 25 - 27 June 2001. Internet. New York: United Nations; 2001.
5. The United Nations (UN). Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. Internet. New York: The United Nations General Assembly; 2016. Report No.: A/RES/70/266.
6. Regeringens proposition 2007/08:110. En förnyad folkhälsopolitik. Internet. Stockholm: Regeringen; 2007.
7. Regeringskansliet. Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Stockholm: Utrikesdepartementet; 2006.
8. Folkhälsomyndigheten. Klamydiainfektion – årsrapporter och kommentarer 2015 [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/klamydiainfektion/?t=com>].
9. Tikkanen R, Abellsson J, Forsberg M. UngKAB09 – Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet; 2011.
10. Folkhälsomyndigheten. Rätten till hälsa – hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa. Stockholm; 2016.
11. Fridlund V, Stenqvist K, Nordvik MK. Condom use: the discrepancy between practice and behavioral expectations. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2014;42(8):759-65.
12. Hammarström S, Tikkanen R, Stenqvist K. Identification and risk assessment of Swedish youth at risk of chlamydia. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2015;43(4):399-407.
13. Leval A, Sundstrom K, Ploner A, Dahlström LA, Widmark C, Sparen P. Assessing perceived risk and STI prevention behavior: a national population-based study with special reference to HPV. *PLoS One*. 2011;6(6):e20624.
14. Fridlund V. Play with fire, play with you sometimes: social aspects of condom use among young people in Sweden. Doktorsavhandling, Sociologiska institutionen, Stockholms universitet2014.
15. Hall IE. Socialt arbete och säkrare sex. En studie om personalens förutsättningar i arbetet med ungdomar och unga vuxna. Internet. Malmö: Malmö högskola; 2015.
16. Lindroth M. Utsatthet och sexuell hälsa: En studie om unga på statliga ungdomshem. Malmö: Malmö Högskola; 2013.
17. Stenhammar C, Ehrsson YT, Akerud H, Larsson M, Tyden T. Sexual and contraceptive behavior among female university students in Sweden - repeated surveys over a 25-year period. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2015;94(3):253-9.
18. Socialstyrelsen. Statistik om läkemedel 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
19. Halvarsson V, Ström S, Liljeros F. The prescription of oral contraceptives and its relation to the incidence of chlamydia and abortion in Sweden 1997-2005. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012;40(1):85-91.
20. Berer M. Dual Protection: More Needed than Practised or Understood. *Reproductive Health Matters*. 2006;14(28):162–70.

21. Crosby RA, Charnigo RA, Weathers C, Caliendo CM, Shrier LA. Condom effectiveness against non-viral sexually transmitted infections: a prospective study using electronic daily diaries. *Sexually Transmitted Infections*. 2012;88(7):484–9.
22. Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet*. 2006;368(Nov 4).
23. Lejelind E. Motiverande samtal för ökad kondomanvändning vid sexuella kontakter utomlands – Faktorer som inverkar på kondomanvändande. Uppsala: Akademiska sjukhuset; 2014.
24. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndighetens specialrapport från Ungdomsbarometern - Ungdomar och sexualitet 2014/15. [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015 [updated 2015]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/sexualitet-halsa/Uungdomsbarometern-2014.pdf>.
25. Fridlund V, Stenqvist K, Nordvik MK. Condom use: the discrepancy between practice and behavioral expectations. *Scand J Public Health*. 2014;42(8):759-65.
26. Tikkanen R. Person, relation och situation – riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män. Malmö: Malmö högskola; 2008.
27. Ingham R. Condoms, bloody condoms; yet more problems. *Sexually Transmitted Infections*. 2012;88(7):479–80.
28. Forsberg M. Ungdomars sexuella hälsa: internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
29. Crepez N, Horn AK, Rama SM, Griffin T, Deluca JB, Mullins MM, et al. The efficacy of behavioral interventions in reducing HIV risk sex behaviors and incident sexually transmitted disease in black and Hispanic sexually transmitted disease clinic patients in the United States: a meta-analytic review. *Sex Transm Dis*. 2007;34(6):319-32.
30. DiClemente RJ, Milhausen R, McDermott Sales J, Salazar LF, Crosby RA. A Programmatic and Methodologic Review and Synthesis of Clinic-Based Risk-Reduction Interventions for Sexually Transmitted Infections: Research and Practice Implications. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*. 2005;16(3):199-218.
31. Lopez LM, Tolley EE, Grimes DA, Chen-Mok M. Theory-based strategies for improving contraceptive use: a systematic review. *Contraception*. 2009;79(6):411-7.
32. O'Connor EA, Lin JS, Burda BU, Henderson JT, Walsh ES, Whitlock EP. Behavioral sexual risk-reduction counseling in primary care to prevent sexually transmitted infections: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2014;161(12):874–83.
33. Scott-Sheldon LAJ, Fielder RL, Carey MP. Sexual Risk Reduction Interventions for Patients Attending Sexually Transmitted Disease Clinics in the United States: A Meta-Analytic Review, 1986 to Early 2009. *Annals of Behavioral Medicine*. 2010(40):191–204.
34. Ward DJ, Rowe B, Pattison H, Taylor RS, Radcliffe KW. Reducing the risk of sexually transmitted infections in genitourinary medicine clinic patients: a systematic review and meta-analysis of behavioural interventions. *Sex Transm Infect*. 2005;81(5):386-93.
35. Miller W, Rollnick S. Motiverande samtal–Att hjälpa människor till förändring (CÅ Farbring övers). Stockholm: Natur & Kultur (Originalarbete publicerad 2012). 2013.
36. Miller WR, Rollnick S. Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring. Stockholm: Natur & kultur; 2013.
37. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2009;37(2):129-40.
38. Larsson Tholén S. Motiverande samtal och vetenskaplig evidens för effekt – en systematisk litteratursammställning baserad på metaanalyser. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 2016;23(2):91–107.
39. Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Almeida Santimano NM, Moreira MT. Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;2016(7).
40. Per-Olov Lundberg, Charlotta Löfgren-Mårtensson. *Sexologi* (3: e uppl.)2010. 10-31 p.

41. Koken J, Outlaw A, Green-Jones M. Sexual risk reduction. In: Suarez M, Naar-King S, editors. *Motivational Interviewing with Adolescents and Young Adults*. New York: Guilford Press; 2011.
42. Boman J. *Prevention of Chlamydia trachomatis infections*: Umeå universitet; 2013.
43. Berg RC, Ross MW, Tikkanen R. The Effectiveness of MI4MSM: How Useful is Motivational Interviewing as an HIV Risk Prevention Program for Men who have Sex with Men? A Systematic Review. *AIDS Education & Prevention*. 2011;23(6):533-49 17p.
44. Lundahl BW, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*. 2013;93(2):157-68.
45. Mathes T, Pieper D, Antoine SL, Eikermann M. Adherence-enhancing interventions for highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients - a systematic review. *HIV Medicine*. 2013;14(10):583-95.
46. Wilson A, Nirantharakumar K, Truchanowicz EG, Surenthirakumaran R, MacArthur C, Coomarasamy A. Motivational interviews to improve contraceptive use in populations at high risk of unintended pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015;191:72-9.
47. Björk A. Evidence, fidelity, and organisational rationales: multiple uses of Motivational Interviewing in a social services agency. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*. 2016;12(1):53-71.
48. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005;1:91-111.
49. Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*. 2010;20(2):137-60.
50. Björk A. *Evidence-based practice behind the scenes: how evidence in social work is used and produced*. Stockholm: Stockholm University; 2016.
51. Björk A. Stabilizing a fluid intervention: The development of Motivational Interviewing, 1983-2013. *Addiction Research & Theory*. 2013;22(4):313-24.
52. O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Baxter L, Tricco AC, Straus S, et al. Advancing scoping study methodology: a web-based survey and consultation of perceptions on terminology, definition and methodological steps. *BMC health services research*. 2016;16(1):305.
53. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005;8(1):19-32.
54. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*. 2009;26(2):91-108.
55. Folkhälsomyndigheten. *Handledning för litteraturöversikter. Förutsättningar och metodsteg för olika typer av kunskapsframtagande baserat på forskningslitteraturen*. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016.
56. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014.*
57. Rumrill PD, Fitzgerald SM, Merchant WR. Using scoping literature reviews as a means of understanding and interpreting existing literature. *Work*. 2010;35(3):399-404.
58. Thurston IB, Bogart LM, Wachman M, Closson EF, Skeer MR, Mimiaga MJ. Adaptation of an HIV Medication Adherence Intervention for Adolescents and Young Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2014;21(2):191-205.
59. Dale H, Watson L, Adair P, Humphris G. Looked after young people: Reducing health inequalities through an evidence- and theory-informed intervention. *Health Education Journal*. 2016;75(7):811-22.
60. Wenzel SL, D'Amico EJ, Barnes D, Gilbert ML. A pilot of a tripartite prevention program for homeless young women in the transition to adulthood. *Women's Health Issues*. 2009;19(3):193-201.

61. Lisha NE, Sun P, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D, Unger JB, Sussman S. An Evaluation of Immediate Outcomes and Fidelity of a Drug Abuse Prevention Program in Continuation High Schools: Project Towards No Drug Abuse (TND). *J Drug Educ.* 2012;42(1):33-57.
62. Sussman S, Sun P, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D. One-year outcomes of a drug abuse prevention program for older teens and emerging adults: evaluating a motivational interviewing booster component. *Health Psychology.* 2012;31(4):476-85.
63. Schmiede SJ, Broaddus MR, Levin M, Bryan AD. Randomized trial of group interventions to reduce HIV/STD risk and change theoretical mediators among detained adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2009;77(1):38-50.
64. LaBrie JW, Pedersen ER, Thompson AD, Earleywine M. A brief decisional balance intervention increases motivation and behavior regarding condom use in high-risk heterosexual college men. *Archives of Sexual Behavior.* 2008;37(2):330-9.
65. Naar-King S, Wright K, Parsons JT, Frey M, Templin T, Lam P, et al. Healthy choices: motivational enhancement therapy for health risk behaviors in HIV-positive youth. *AIDS Education and Prevention.* 2006;18(11):1-11.
66. Shrier LA, Ancheta R, Goodman E, Chiou VM, Lyden MR, Emans SJ. Randomized Controlled Trial of a Safer Sex Intervention for High-Risk Adolescent Girls. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine.* 2001;155(1):73-9.
67. Bandura Cowley C, Farley T, Beamis K. "Well, maybe I'll try the pill for just a few months..." Brief motivational and narrative-based interventions to encourage contraceptive use among adolescents at high risk for Early Childbearing. *Families, Systems & Health.* 2002;20(2):183-204.
68. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol.* 2009;64(6):527-37.
69. Marrazzo JM, Thomas KK, Ringwood K. A behavioural intervention to reduce persistence of bacterial vaginosis among women who report sex with women: results of a randomised trial. *Sexually Transmitted Infections.* 2011;87(5):399-405.
70. Barnet B, Liu J, DeVoe M, Duggan AK, Gold MA, Pecukonis E. Motivational intervention to reduce rapid subsequent births to adolescent mothers: a community-based randomized trial. *Annals of Family Medicine.* 2009;7(5):436-45.
71. Chacko MR, Wiemann CM, Kozinetz CA, von Sternberg K, Velasquez MM, Smith PB, et al. Efficacy of a Motivational Behavioral Intervention to Promote Chlamydia and Gonorrhea Screening in Young Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Adolescent Health.* 2010;46(2):152-61.
72. Gold MA, Tzilos GK, Stein LAR, Anderson BJ, Stein MD, Ryan CM, et al. A Randomized Controlled Trial to Compare Computer-assisted Motivational Intervention with Didactic Educational Counseling to Reduce Unprotected Sex in Female Adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology.* 2016;29(1):26-32.
73. Kiene SM, Barta WD. A brief individualized computer-delivered sexual risk reduction intervention increases HIV/AIDS preventive behavior. *Journal of Adolescent Health.* 2006;39(3):404-10.
74. Cushing CC, Jensen CD, Miller MB, Leffingwell TR. Meta-analysis of motivational interviewing for adolescent health behavior: efficacy beyond substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2014;82(6):1212-8.
75. Downs JS, Murray PJ, Bruine de Bruin W, Penrose J, Palmgren C, Fischhoff B. Interactive video behavioral intervention to reduce adolescent females' STD risk: a randomized controlled trial. *Social Science & Medicine.* 2004;59(8):1561-72.
76. Frye V, Williams K, Bond KT, Henny K, Cupid M, Weiss L, et al. Condom use and concurrent partnering among heterosexually active, African American men: a qualitative report. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine.* 2013;90(5):953-69.
77. Lelutiu-Weinberger C, Pachankis JE, Gamarel KE, Surace A, Golub SA, Parsons JT. Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of a Live-Chat Social Media Intervention to Reduce HIV Risk Among Young Men Who Have Sex With Men. *Aids and Behavior.* 2015;19(7):1214-27.

78. Naar-King S, Outlaw AY, Sarr M, Parsons JT, Belzer M, Macdonell K, et al. Motivational Enhancement System for Adherence (MESA): pilot randomized trial of a brief computer-delivered prevention intervention for youth initiating antiretroviral treatment. *Journal of Pediatric Psychology*. 2013;38(6):638-48.
79. Clinton-Sherrod M, Morgan-Lopez AA, Brown JM, McMillen BA, Cowell A. Incapacitated sexual violence involving alcohol among college women: the impact of a brief drinking intervention. *Violence Against Women*. 2011;17(1):135-54.
80. Miller MK, Champassak S, Goggin K, Kelly P, Dowd MD, Mollen CJ, et al. Brief Behavioral Intervention to Improve Adolescent Sexual Health A Feasibility Study in the Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*. 2016;32(1):17-9.
81. Rongkavilit C, Wang B, Naar-King S, Bunupuradah T, Parsons JT, Panthong A, et al. Motivational interviewing targeting risky sex in HIV-positive young Thai men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*. 2015;44(2):329-40.
82. Whitaker AK, Quinn MT, Martins SL, Tomlinson AN, Woodhams EJ, Gilliam M. Motivational interviewing to improve postabortion contraceptive uptake by young women: development and feasibility of a counseling intervention. *Contraception*. 2015;92(4):323-9.
83. Ceperich SD, Ingersoll KS. Motivational interviewing + feedback intervention to reduce alcohol-exposed pregnancy risk among college binge drinkers: determinants and patterns of response. *Journal of Behavioral Medicine*. 2011;34(5):381-95.
84. Outlaw AY, Naar-King S, Parsons JT, Green-Jones M, Janisse H, Secord E. Using motivational interviewing in HIV field outreach with young African American men who have sex with men: a randomized clinical trial. *American Journal of Public Health*. 2010;100 Suppl 1:S146-51.
85. Chen X, Murphy DA, Naar-King S, Parsons JT. A clinic-based motivational intervention improves condom use among subgroups of youth living with HIV. *Journal of Adolescent Health*. 2011;49(2):193-8.
86. Rongkavilit C, Naar-King S, Wang B, Panthong A, Bunupuradah T, Parsons JT, et al. Motivational interviewing targeting risk behaviors for youth living with HIV in Thailand. *AIDS and Behavior*. 2013;17(6):2063-74.
87. Yeagley EK, Kulbok PA, O'Laughlen MC, Ingersoll KS, Rovnyak VG, Rana S. The feasibility and acceptability of a motivational interviewing intervention for HIV-infected youth in an urban outpatient clinic: a pilot study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2012;23(4):366-70.
88. Malotte CK, Ledsky R, Hogben M, Larro M, Middlestadt S, St. Lawrence JS, et al. Comparison of methods to increase repeat testing in persons treated for gonorrhea and/or chlamydia at public sexually transmitted disease clinics. *Sexually Transmitted Diseases*. 2004;31(11):637-42.
89. Foster C, McDonald S, Frize G, Ayers S, Fidler S. "Payment by Results"--financial incentives and motivational interviewing, adherence interventions in young adults with perinatally acquired HIV-1 infection: a pilot program. *AIDS Patient Care and STDs*. 2014;28(1):28-32.
90. Bogart LM, Skinner D, Thurston IB, Toefy Y, Klein DJ, Hu CH, et al. Let's Talk!, A South African worksite-based HIV prevention parenting program. *Journal of Adolescent Health*. 2013;53(5):602-8.
91. Sanci L, Chondros P, Sawyer S, Pirkis J, Ozer E, Hegarty K, et al. Responding to Young People's Health Risks in Primary Care: A Cluster Randomised Trial of Training Clinicians in Screening and Motivational Interviewing. *PloS one*. 2015;10(9):e0137581-e.
92. Ingersoll KS, Ceperich DC, Nettleman MD, Karanda K, Brocksen S, Johnson BA. Reducing alcohol-exposed pregnancy risk in college women: Initial outcomes of a clinical trial of a motivational intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2005;29(3):173-80.
93. Will C, Moreira T. Introduction: Medical proofs, social experiments: clinical trials in shifting contexts. In: Will C, Moreira T, editors. *Medical proofs, social experiments: clinical trials in shifting contexts*. Farnham, Surrey, UK; Burlington, VT: Ashgate; 2010.
94. Bergmark A, Lundström T. Mot en evidensbaserad praktik? Om färdriktningen i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 2006;13(2):99-113.

95. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. Behavioural and cognitive psychotherapy. 2009;37(2):129-40.
96. Socialstyrelsen. Motivering till rekommendation när det gäller missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat (kokain eller amfetamin) [Internet]. 2017 [Available from: http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjermissbrukochberoende/sokiriktlinjerna/missbruk_ellerberoendeavcentral].
97. Folkhälsomyndigheten. SOMRA - Samtal om riskabla levnadsvanor 2017 [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/somra/>].
98. Folkhälsomyndigheten. Effekten av MI 2016 [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/motiverande-samtal-om-sexuell-halsa/effekten-av-mi/>].
99. Palm A, Olofsson N, Danielsson I, Skalkidou A, Wennberg P, Högberg U. Motivational interviewing does not affect risk drinking among young women: A randomised, controlled intervention study in Swedish youth health centres. Scandinavian Journal of Public Health. 2016.
100. Söderlund LL, Nilsen P, Kristensson M. Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences. Health Education Journal. 2008;67(2):102-9.
101. Östlund A-S. Motivational Interviewing in Primary Care. Nurses' experiences and actual use of the method.: Uppsala University; 2015.
102. Lindroth M. Sexual chance taking: a qualitative study on sexuality among detained youths. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2013;Volume 18(Issue 5):Pages 335-42.
103. Löfgren-Mårtenson L, Lindroth M, Månsson S-A. "Det är värt risken" Unga inom Sis och sexuell hälsa. Internet. Statens institutionsstyrelse; 2013. Report No.: 9187053209.
104. Folkhälsomyndigheten. Kartläggning av utbildning i hivprevention och SRHR. En kartläggande studie om hivprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) inom människo- och rättsvårdande högre utbildning i Sverige. Internet. Solna; 2017.
105. Hydén M. Evidence-based social work på svenska – att sammanställa systematiska kunskapsöversikter. Socialvetenskaplig tidskrift. 2008;15(1):3-19.

Bilaga 1. Söksträngar

Applied Social Sciences Index and Abstracts 2016-02-04

ab(motivational interview*) AND ab(sexual*) AND ab((adolescent* OR youth))
efter år 2000, peer review. 10 träffar.

Web of science 2016-02-04

TOPIC: (*motivational interview* AND sexual* AND (adolescent* OR youth)).
96 träffar.

TOPIC: (motivational interview*) AND TOPIC: ((sexual* OR contracepti* OR
reproducti* OR sex education OR hiv OR condom OR pregnan* OR std OR sti OR
abortion)). 378 träffar.

SwePub 2016-02-23

”motiverande samtal” 31 träffar.

CINAHL 2016-02-29

ab(motivational interview*) AND ab(sexual*). 26 träffar.

Google Scholar 2016-02-29

motivational interview* AND sexual*. 75300 träffar

Web of science 2016-03-01

TOPIC: (motivational interview*) AND TOPIC: (sexual* OR SRHR) AND TOPIC:
(student* OR youth* OR young* OR adolescent*), Article, Clinical trial, Review,
English: 124 träffar.

TOPIC: (motivational interview*) AND TOPIC: (sexual*) Refined by:
LANGUAGES: (ENGLISH) AND DOCUMENT TYPES: (ARTICLE OR
REVIEW OR CLINICAL TRIAL) 206 träffar.

Scopus 2016-03-01

TITLE-ABS-KEY (motivational interview*) AND (sexual OR srhr) AND (adolescent* OR youth* OR young* OR student*)) AND DOCTYPE Article or
Review. 124 träffar. 50

PsycINFO 2016-03-01

ab(motivational interview*) AND ab((sexual* OR srhr)) AND ab((adolescent* OR
youth*)) OR ab((young* OR student*)) Peer reviewed, Journal article, English: 32
träffar.

PubMed 2016-07-04

("motivational interviews"[All Fields] OR "motivational interviewing"[All Fields]) AND ("youth"[All Fields] OR "young"[All Fields] OR "students"[All Fields] OR "adolescents"[All Fields]) AND ("sexual health"[All Fields] OR "hiv"[All Fields] OR "STI"[All Fields] OR "STD"[All Fields] OR "abortion"[All Fields] OR "prevention"[All Fields] OR "pregnant"[All Fields] OR "pregnancy"[All Fields] OR "reproductive"[All Fields] OR "contraception"[All Fields] OR "contraceptive"[All Fields]): 334 träffar.

PsycINFO 2016-07-04

su(("motivational interviews" OR "motivational interviewing")) AND su(("youth" OR "young" OR "students" OR "adolescents")) AND su(("sexual health" OR "hiv" OR "STI" OR "STD" OR "abortion" OR "prevention" OR "pregnant" OR "pregnancy" OR "reproductive" OR "contraception" OR "contraceptive")): 149 träffar. Ti,ab: 186 träffar.

Web of Science 2016-07-04

("motivational interviews" OR "motivational interviewing") AND ("youth" OR "young" OR "students" OR "adolescents") AND ("sexual health" OR "hiv" OR "STI" OR "STD" OR "abortion" OR "prevention" OR "pregnant" OR "pregnancy" OR "reproductive" OR "contraception" OR "contraceptive"): 246 träffar.

Web of Science 2017-02-07

(TS=("motivational interview*" AND (sexual* OR reproductive OR hiv OR STD OR STI OR abortion OR contracept* OR pregnan*)) AND intervention AND (youth OR adolescent* OR young))) AND LANGUAGE: (English) AND DOCUMENT TYPES: (Article) *Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years.* 62 träffar.

ProQuest 2017-02-07

ab(motivational interview*) AND ab((sexual* OR reproduct*)) AND ab((young OR youth)) AND ab(intervention). 8 träffar- 51

ab(motivational interview*) AND ab((hiv OR condom)) AND ab((young OR youth)) AND ab(intervention). 6 träffar.

ab(motivational interview*) AND ab((pregnan* OR contracept*)) AND ab((young OR youth)) AND ab(intervention). 3 träffar.

Scopus 2017-02-08

TITLE-ABS-KEY ("motivational interview") AND (young OR youth) AND (hiv OR sti) AND intervention AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar")). 9 träffar.

TITLE-ABS-KEY ("motivational interview") AND (young OR youth) AND (sexual* OR reproduct*) AND intervention AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar ")). 7 träffar.

TITLE-ABS-KEY ("motivational interview") AND (adolescent) AND (condom OR contracept*) AND intervention AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar ")). 1 träff.

Pubmed 2017-02-08

((("Motivational Interviewing"[Mesh]) AND (("Sexual Behavior"[Mesh]) OR ("Reproductive Health"[Mesh])) AND (("Adolescent"[Mesh]) OR ("Young Adult"[Mesh])))). 20 träffar.

Cinahl 2017-02-08

AB "motivational interview*" AND AB sexual* AND TX young: 50 träffar. 52

SwePub 2017-02-08

”motiverande samtal” 37 träffar.

”motiverande intervju” 5 träffar.

Bilaga 2. Konsultationsprocess

Till detta projekt har också knutits en referensgrupp bestående av forskare och praktiker med kunskaper om forskningsfrågorna, metodologin, MI och SRHR-frågor. Referensgruppen har träffats kontinuerligt för att diskutera relevansbedömning av studier som författaren varit osäker på, samt metodologiska och teoretiska frågor. Referensgruppen har varit särskilt viktig i detta projekt då endast en (1) forskare ansvarat för studiens genomförande.¹² De personer som har ingått i referensgruppen är Ronny Tikkanen (docent, Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet), Kajsa Björnstedt (Utvecklingsledare sexuell hälsa och hivprevention, Social resursförvaltning, Göteborgs stad), Daniel Thorsén (Utvecklingsledare MI, Social resursförvaltning, Göteborgs stad).

I november 2016 hölls ett öppet halvtidsseminarium med Karin Stenqvist som inbjuden opponert i syfte att granska ett utkast på rapporten. Karin Stenqvist, docent och medicinsk rådgivare vid Närhälsan Kunskapscentrum för sexuell hälsa i Västra Götalandsregionen, har därefter även bidragit med synpunkter fram till rapportens slutförande. Vid seminariet deltog även andra inbjudna forskare och praktiker, som bidrog med ytterligare synpunkter. Rapportens resultat presenterades och diskuterades också i samband med Folkhälsomyndighetens FoU-dag där en rad forskare med olika projekt som rörde unga och SRHR deltog.

Identifierade nyckelpersoner som arbetat med frågorna tidigare har också kontaktats för konsultation och synpunkter på rapporten: Jens Boman (docent, överläkare, verksamhetschef, Infektionskliniken, Norrlands universitetssjukhus) och Eva Lejelind (kurator, MI-lärare medlem i MINT, VO paramedicin, Akademiska sjukhuset). Identifierade, relevansbedömda och efter kvalitetsgranskning inkluderade originalartiklar.

¹² I detta avseende har vissa modifieringar gjorts utifrån Folkhälsomyndighetens handledning (54, sid. 58f). Exempelvis har informationsspecialist inte konsulterats. Kontinuerliga avstämningar har skett med ansvariga på myndigheten gällande kritiska metodsteg. Utförande har resulterat i en kombination av förutsättningar och metodsteg för begränsad respektive omfattande kartläggande litteraturoversikt.

Bilaga 3. Inkluderade originalartiklar

Studie	Titel	Studietyyp	Målgrupp	Utfall	Insats	Effekt
Shrier 2001 USA	Randomized Controlled Trial of a Safer Sex Intervention for High-Risk Adolescent Girls	RCT N = 123 UF (enkät): 1, 3, 6, 12 mån.	K, 14-22 år, majoriteten svarta och andra icke-vita minoriteter med tidigare STI (klinikbesökare).	Minska sexuellt risktagande	MI (TMBC) Manual. 40 min + booster 1, 3, 6 mån + kondomer, material.	Ökade kunskaper om sexuellt risktagande, mer positiva till kondomanvändning. Fler avhållsamma (!).
Bandura 2002 USA	Well, maybe I'll try the pill for just a few months ... Brief motivational and narrative based interventions to encourage contraceptive use among adolescents at high risk for Early Childbearing	RCT (pilot) N = 39	K, 13-18, latinamerikaner och vita, heterosexuella. Hög risk för tonårsgravitet (klinikbesökare).	Öka kortvarig preventivmedels användning för att minska oönskade graviditeter	MI (narrativ terapi) Vid klinikbesök + erbjuden återbesök eller testning. 30 min	1/3 påbörjade hormonell preventivmedelsanvändning.
Malotte 2004 USA	Comparison of methods to increase repeat testing in persons treated for gonorrhea and/or chlamydia at public sexually transmitted disease clinics	RCT N = 421	M+K, 14-30 år, majoritet afroamerikaner, låginkomsttagare med tidigare STI (klinikbesökare).	Öka återbesök för STI-testning.	MI Manual. Vid klinikbesök 13-25 min + påminnelse inför återbesök	Ökning men fortsatt låg återbesöksfrekvens. Telefon/post-påminnelse mer effektiv och till lägre kostnad än MI.
Ingersoll 2005 USA	Reducing alcohol-exposed pregnancy risk in college women: Initial out-comes of a clinical trial of a motivational intervention	RCT N = 228 UF: 1 mån	K, 18-24 år, collegestudenter, företrädesvis vita och heterosexuella. Risk-beteende för alkoholkonsumtion + sexuellt risktagande.	Minska risken för alkohol-påverkad graviditet.	MI (TLFB) Manual. 60-75 min.	Minskad alkoholanvändning, mer i intervention. Ökad kondomanvändning. Moderat effektstorlek.
Kiene 2006 USA	A brief individualized computer-delivered sexual risk reduction intervention increases HIV/AIDS preventive behavior	RCT N = 157 UF: 1 mån	K+M, collegestudenter, medelålder 18-19 år. Majoritet vita, heterosexuella kvinnor.	Ökad kondomanvändning.	MI (IMB) via dator. 1) 15-40 min bedömning + intervention, 2) 10-20 min MI	Ökad kunskap om kondomanvändning, sina förberedande beteenden för säkrare sex och sin faktiska kondomanvändning. Små effektstorlekar.

Studie	Titel	Studietyyp	Målgrupp	Utfall	Insats	Effekt
LaBrie 2008 USA	A brief decisional balance intervention increases motivation and behavior regarding condom use in high-risk heterosexual college men	RCT? N = 43 UF: 1 mån (enkät)	M, 20,5 år (medelvärde), collegestudenter heterosexuella, mestadels vita, med riskfylld alkoholanvändning och sexuellt riskbeteende.	Ökad kondomanvändning och minskad riskfylld alkoholanvändning.	MI (DB, TLFB)	Ökad motivation till och faktisk kondomanvändning. Oförändrad motivation till och faktisk riskfylld alkoholanvändning. Medium till stora effektstorlekar.
Barnet 2009 USA	Motivational intervention to reduce rapid subsequent births to adolescent mothers: a community-based randomized trial	RCT N = 235 UF: 24 mån (intervju)	Gravida afroamerikanska kvinnor 12-18 år, låginkomst, vid 5 olika kliniker.	Förhindra snar upprepad graviditet.	1) MI (TTM) + CAMI, 7-9 sessioner. Bedömning + 20 min MI 2) ovan + månatligt hembesök	De som fick 2 eller fler CAMI+-sessioner, minskade risken för snar upprepad graviditet. Det var troligast för dem med sjukförsäkring, som tidigare gjort abort och som uttryckt intention att använda preventivmedel.
Schmiege 2009 USA	Randomized trial of group interventions to reduce HIV/STD risk and change theoretical mediators among detained adolescents	RCT N = 484 UF: 3 mån (enkät)	Fängslade unga 14-17 år med sexuellt riskbeteende. Majoriteten män, olika etniciteter.	Minska sexuellt riskbeteende genom minskad riskfylld alkoholanvändning vid sex. Self-efficacy.	MI (MET) 3-4 h enkönade grupp-sessioner. Manual.	Minskat sexuellt riskbeteende, ökad self-efficacy. Dock liten effektstorlek.
Wenzel 2009 USA	A pilot of a tripartite prevention program for homeless young women in the transition to adulthood	Fokusgrupper (Pilot) N = 31	Heterosexuella kvinnor 18-25 år på hemlöshetsboende. Majoriteten afroamerikanska.	Skills training om sexuellt riskbeteende, alkohol- och droganvändning, samt utsatthet för våld i nära relationer	MI (social learning theory, decision making theory) 3 grupp-sessioner á 1,5 h + feedback-sessioner á 20-30 min + utvärderingsenkäter.	De var positiva till informationen och uppskattade MI-approachen. De lärde sig att förutse och förbereda risk-situationer.
Naar-King 2009 USA	Motivational interviewing by peer outreach workers: a pilot randomized clinical trial to retain adolescents and young adults in HIV care	RCT (Pilot) N = 83 UF: 12 mån (enkät)	K+M 16-29 år av främst afroamerikansk etnicitet, som ingår i ett hiv-behandlingsprogram.	Öka kvarhållande (retention) av hiv-positiva unga vuxna i behandling. Testa betydelsen av personal.	MI 2 sessioner á 30-45 min (mån 6) Utförd av peer outreach workers	Ökat antal behandlingsbesök (stor effektstorlek) men liten skillnad jämfört med kontroll.

Studie	Titel	Studietyyp	Målgrupp	Utfall	Insats	Effekt
Naar-King 2009 USA	Improving Health Outcomes for Youth Living With the Human Immunodeficiency Virus A Multisite Randomized Trial of a Motivational Intervention Targeting Multiple Risk Behaviors	RCT N = 186 UF: 6, 9 mån (virusmängd-test)	K+M 16-24 år hiv-positiva afroamerikaner med en kombination av riskbeteenden.	Minskad virusmängd.	MI (MET) + ordinarie specialistklinikbesök 4 sessioner (v. 2, 6, 10) á 45-60 min	Minskad virusmängd vid 6 mån uppföljning, effekten dock inte kvar vid 9 mån.
Naar-King 2010 USA	A Multisite Randomized Trial of a Motivational Intervention Targeting Multiple Risks in Youth Living With HIV: Initial Effects on Motivation, Self-Efficacy, and Depression	RCT N = 186 UF: 3 mån	K+M 16-24 år hiv-positiva afroamerikaner med en kombination av riskbeteenden.	Öka motivation och self-efficacy att kunna förändra riskbeteenden, samt minska depression.	MI (MET) + ordinarie specialistklinikbesök 4 sessioner (v. 2, 6, 10) á 45-60 min	Signifikant interventionseffekt endast för depression. För self-efficacy närmades signifikans för intervention.
Outlaw 2010 USA	Using motivational interviewing in HIV field outreach with young African American men who have sex with men: a randomized clinical trial	RCT N = 188	Afroamerikanska MSM 16-24 år utan kännedom om sin hiv-status.	Öka kunskaperna om hiv-testning och öka återbesök efter test. Integrera MI med fältarbete.	MI 30 min session på fältet Erbjudande om testning och rådgivning	49% valde att göra hiv-test, 20% i kontroll. 98% gjorde återbesök jämfört med 72% i kontroll.
Chacko 2010 USA	Efficacy of a Motivational Behavioral Intervention to Promote Chlamydia and Gonorrhea Screening in Young Women: A Randomized Controlled Trial	RCT N = 376 UF: 6, 12 mån (enkät)	K 16-21 år med sexuellt riskbeteende, majoriteten afroamerikanska	Uppmuntra till STI-test respektive att vidmakthålla testningsbenägenheten hos kvinnor som redan sökt sig till kliniken för detta.	MI (MBI, TTM) + ordinarie klinikbesök 2 st 30-50 min sessioner, däremellan 15 min booster + testning.	Inga effekter. Inga skillnader i antal och orsak till klinikbesök, kondom användning eller STI-frekvens.
Ceperich 2011 USA	Motivational interviewing + feedback intervention to reduce alcohol-exposed pregnancy risk among college binge drinkers: determinants and patterns of response	RCT N = 207 UF: 1, 4 mån (enkät)	K, 18-24 år, collestudente. Riskbeteende för alkoholkonsumtion och oönskad graviditet.	Minska riskbeteenden relaterade till alkoholbruk och oönskad graviditet.	MI (TLFB) Manual 1 session á 60-75 min	Initialt minskad riskfylld alkoholkonsumtion och ökad preventivmedels användning, men detta höll sig inte till fullo vid 4-månadersuppföljningen.

Studie	Titel	Studietyyp	Målgrupp	Utfall	Insats	Effekt
Chen 2011 USA	A clinic-based motivational intervention improves condom use among subgroups of youth living with HIV	RCT N = 142 UF: 3, 6, 9, 12, 15 mån (enkät)	K+M afroamerikaner 16-24 år. Indelade i Beständig lågriskgrupp, Fördröjd högriskgrupp och Hög och ökande riskgrupp.	Öka kondomanvändning.	MI (MET) + ordinarie specialistklinikbesök 4 sessioner (v. 2, 6, 10) à 45-60 min	Sannolikheten att hamna i lågriskgruppen ökade av att få interventionen. Minskad sannolikhet att hamna i medelriskgruppen. Inga skillnader för högriskgruppen. I alla tre grupper minskade oskyddat sex.
Clinton-Sherrod 2011 USA	Incapacitated sexual violence involving alcohol among college women: the impact of a brief drinking intervention	RCT N = 229 UF: 3 mån	K 18-25 år, mestadels vita första-årsstudenter med riskfylld alkoholanvändning.	Minska hög alkoholanvändning för att minska utsatthet för sexuellt tvång/våld.	MI MI + personlig feedback (MIFB)	MI: Minskad alkoholanvändning endast för kvinnor som inte tidigare blivit utsatta för sexuellt våld. MIFB: minskad risk för sexuell utsatthet.
Marrazzo 2011 USA	A behavioural intervention to reduce persistence of bacterial vaginosis among women who report sex with women: results of a randomised trial	RCT N = 89 UF: 1 mån (enkät)	KSK 16-35 år av olika etniciteter.	Minska beständig BV-infektion.	MI (HBM) + säkert sex-kit	Vid 1 mån-upp-följning fanns inga signifikanta skillnader i beständig BV-infektion, även om vissa beteendeförändringar kring säkert sex uppvisades i interventionsgruppen.
Mason 2011 USA	Motivational interviewing integrated with social network counseling for female adolescents: a randomized pilot study in urban primary care	RCT (pilot) N = 28 UF: 1 mån (telefon)	K 14-18 år, de flesta afroamerikaner med låg socioekonomisk status.	Drog- + SRHR-prevention.	MI (Social Network counseling) Klinikbaserat. En 20 min-session.	Färre alkoholrelaterade problem, mindre drog-användning innan sex, mindre social stress och ökad beredvillighet att börja gå i rådgivning.
Lisha 2012 USA	An Evaluation of Immediate Outcomes and Fidelity of a Drug Abuse Prevention Program in Continuation High Schools: Project Towards No Drug Abuse (TND)	RCT N = 1426 UF: direkt efter intervention (enkät)	Elever 14-21 år av olika etniciteter (majoriteten latinamerikaner) på gymnasieskolor för riskutsatta ungdomar	Drogprevention + minska sexuellt risktagande	TND+MI (Motivation, skills, and decision-making model) 12 klassrumssessioner à ca 45 min under 4 v + MI-session 1 mån efter intervention via telefon.	Ökade kunskaper jämfört med kontroll, dock lika i TND resp TND+MI. Droganvändning minskade mest i TND. Oskyddat sex minskade i TND och TND+MI, inklusive grupp-

Studie	Titel	Studietyyp	Målgrupp	Utfall	Insats	Effekt
						normer om kondomanvändning.
Sussman 2012 USA	One-year outcomes of a drug abuse prevention program for older teens and emerging adults: evaluating a motivational interviewing booster component	RCT N = 1426 UF: 1 år	Elever 14-21 år av olika etniciteter (majoriteten latinamerikaner) på gymnasieskolor för riskutsatta ungdomar (samma som ovan)	Drogprevention + minska sexuellt risktagande (samma som ovan)	TND+MI + MI-booster: 3 MI-sessioner á 20 min	Interventionen uppvisade inga effekter jämfört med den ordinarie TND+MI-interventionen. En möjlig anledning som framhålls är att interventionen var alltför omfattande.
Yeagley 2012 USA	The feasibility and acceptability of a motivational interviewing intervention for HIV-infected youth in an urban outpatient clinic: a pilot study	Pilot N = 18 Enkät efter sessionen.	K+M 13-24 år hiv-positiva afroamerikaner.	Öka attityder till behandlingsföljdsamhet och uppmuntra disclosure av sin hiv-status.	MI En session á 30-40 min i samband med ordinarie klinikbesök.	67% fick mer positiva attityder till behandling, 61% gillade interventionen bättre än vanlig vård, 78% ansåg att interventionen kunde vara till nytta för dem, 61 % fick mer positiva till att avslöja sin hiv-status.
Bogart 2013 Sydafrika	Let's Talk!, A South African worksite-based HIV prevention parenting program	RCT N = 66 föräldrar och 64 barn UF: 1-2 v (enkät)	Föräldrar och deras barn 11-15 år.	Förbättra dialog med barn om sexualitet och prevention, samt förbättra egen prevention.	MI 2h gruppssessioner varje vecka i fem veckors tid. Kommunal arbetsplats. Manual.	Interventionen ökade föräldrarnas kommunikation om hiv och sex, även egen kondomanvändnings-self-efficacy, dock ej beteende.
Boman 2013 Sverige	Prevention of Chlamydia trachomatis infections	RCT N = 224 UF: 6 mån (enkät) + testning	K+M med hög förekomst av klamydia och andra STI i kombination med sexuellt riskbeteende.	Minska sexuellt riskbeteende och klamydiainfektion.	MI En session á 20-30 min i samband med ordinarie klinikbesök. Manual.	Minskat sexuellt riskbeteende och klamydiainfektion hos kvinnor men inte lika bra effekter för män.
Naar-King 2013 USA	Motivational Enhancement System for Adherence (MESA): pilot randomized trial of a brief computer-delivered prevention intervention for	RCT (pilot) N = 76 UF: 3, 6 mån (enkät + virusmängd)	K+M 16-24 år hiv-positiva. Majoriteten var homo- och bisexuella män av afroamerikansk och annan icke-vit etnicitet.	Öka behandlingsföljdsamhet	MI (MESA) via dator. 2 sessioner á 30 min	Resultaten visade att nöjdheten med interventionen var hög. Interventionsgruppen hade större minskning i virusmängd vid 6 mån.

Studie	Titel	Studietyyp	Målgrupp	Utfall	Insats	Effekt
	youth initiating antiretroviral treatment					
Rongkavilit 2013 Thailand	Motivational interviewing targeting risk behaviors for youth living with HIV in Thailand	RCT (pilot) N = 110 UF: 1, 6 mån (enkät)	K+M med hiv 16-25 år rekryterades från kliniker.	Hiv-behandlingsföljsamhet, virusmängd, mental hälsa, hälsotillstånd i övrigt, förändringsmotivation och self-efficacy.	MI 4 individuella sessioner á 1h under 12 v. Klinikbaserat	Minskat hiv-riskbeteende, ökad self-efficacy avseende att berätta om sin hiv-status samt motivation att minska alkoholanvändning på kort men inte på lång sikt. Förbättrad allmän och mental hälsa. Dock ingen signifikans jmf med kontroll.
Rongkavilit 2015 Thailand	Motivational interviewing targeting risky sex in HIV-positive young Thai men who have sex with men	RCT N = 74 UF: 1, 6 mån (enkät)	Hiv-positiva MSM 16-25 år rekryterades från thailändska röda korsets AIDS-forskningscenter i Bangkok.	Hiv-behandlingsföljsamhet, virusmängd, mental hälsa, hälsotillstånd i övrigt, förändringsmotivation och self-efficacy (samma som ovan).	MI 4 individuella sessioner á 1h under 12 v. Klinikbaserat (samma som ovan)	Resultaten visade endast vissa interventionseffekter, på de flesta variabler fanns inga skillnader jämfört med kontroll. Interventionsgruppen minskade sitt sexuella riskbeteende med avseende på analsex generellt (!) och sex med hiv-positiv partner, eller partner med okänd hiv-status.
Foster 2014 Storbritannien	Payment by Results – financial incentives and motivational interviewing, adherence interventions in young adults with perinatally acquired HIV-1 infection: a pilot program	Pilot N = 11 UF: 24 mån (virusmängd)	K+M 16-23 år med medfödd hiv, vid specialistklinik för unga med medfödd hiv. Majoriteten afroamerikaner.	Förbättra efterlevnad av behandling (adherence)	MI + finansiell ersättning vid önskad/bibehållen virusmängd. Sessioner vid v 2, 4, 8-16, mån 3, 6, 12. Totalt \$200.	Resultaten visade en förbättring i adherence. Vid 24 mån uppföljning hade ingen av (nu 10) patienter fått ytterligare hiv-relaterade infektioner, en hade dock fått en ny aids-diagnos.

Studie	Titel	Studietyyp	Målgrupp	Utfall	Insats	Effekt
Morrison-Beedy 2014 USA	Risk Reduction Strategies Used by Urban Adolescent Girls in an HIV Prevention Trial	RCT N = 738 UF: 12 mån (enkät)	Unga minortetskvinnor 15-19 år som haft sex med en man under de senaste tre månaderna.	Minska unga minortetskvinnors sexuella riskbeteende och öka kunskaper om STI, prevention, hälsa, relationer, beteende och riskhanteringsstrategier.	MI 4 st 2h-gruppsessioner + 90 min booster sessions (grupppåterträffar) vid 3 och 6 mån postintervention Manual	Ökad användning av riskhanteringsstrategier (liten effektstorlek). Interventionsgruppen lärde sig nya strategier snabbare.
2014 USA	A randomized controlled trial utilizing motivational interviewing to reduce HIV risk and drug use in young gay and bisexual men	RCT N = 143 UF: 3, 6, 9, 12 mån	Homo- och bisexuella män 18-29 år av olika etniciteter, 60% var icke-vita. Hade inte sökt behandling/konsultation och haft oskyddat sex och använt droger på fritiden (recreational drug use).	Minska sexuellt riskbeteende och droganvändning	MI (TLFB). 4 sessioner á 1h. Manual	Signifikanta minskningar i droganvändning både inom och mellan interventionerna över 12 mån, minskad benägenhet att använda droger i samband med sex och ha oskyddat sex.
Thurston 2014 USA	Adaptation of an HIV Medication Adherence Intervention for Adolescents and Young Adults	Fallstudie N = 2 UF: 14 v (enkät)	En 18-årig afroamerikansk heterosexuell kvinna med medfödd hiv. Låg motivation att följa sin behandling, bl.a. pga. hiv-stigma och depressiva symptom. En homosexuell 22-årig man med förvärvat hiv. Okunskap om att behöva ta medicinerna samma tid dagligen. Hektiskt liv med studier + fritidsaktiviteter.	Öka hiv-behandlingsföljsamhet. Fokus på medication readiness, depression och ångestnivåer	MI (kognitiv beteendeterapi och problemlösning) + elektronisk pillerburkskontroll (Medication Event Monitoring System (MEMS)) 5 st 1h individuella sessioner.	Ökad psykiska hälsa och ökad motivation för kvinnan. Mannen var nöjd med sin behandling efter att under en längre period av utprovning haft problem.
Lelutiu-Weinberger 2015 USA	Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of a Live-Chat Social Media Intervention to Reduce HIV Risk Among Young Men Who Have Sex With Men	Pilot N = 41 UF: 3 mån (enkät + telefonintervju)	MSM 18-29 år, av blandade etniciteter och socioekonomisk status. Negativ eller okänd hiv-status, använt droger och sexuellt riskbeteende.	Öka hiv-preventiva kunskaper, motivation och beteende.	MI (IMB, TLFB, Cognitive behavioral skills training) 8 sessioner via Facebook-chatten.	Minskat hiv-relaterat sexuellt riskbeteende, ökad kunskapsnivå om droganvändning, sexuell risk och negativa effekter av droganvändning. Minskat MSM-stigma. Små-till medel effektstorlekar.

Studie	Titel	Studiety	Målgrupp	Utfall	Insats	Effekt
						Oförändrad motivation.
Sanci 2015 Australien	Responding to Young People's Health Risks in Primary Care: A Cluster Randomised Trial of Training Clinicians in Screening and Motivational Interviewing	RCT N = 40 enheter med 132 kliniker och 901 patienter UF: 3, 12 mån (enkät)	Primärvårdsklinikers personal och rutiner. Målgrupp: K+M 14-24 år.	Minska hälsoriskbeteende (inkl SRHR), öka sannolikheten för framtida klinikbesök, tillit till klinikern, samt klinikerns upptäckt av emotional distress, rädsla, våldsutsatthet i relationer och emotional distress.	9h utbildning i hälsorisk-screening och MI. Även övrig klinikpersonal utbildades i att engagera unga och rapportera riskdata.	Interventionskliniker var mer benägna att upptäcka sexuellt riskbeteende. Det var dock 40% konsultation där inga hälsorisker diskuterades. De flesta deltagande kliniker hade intresse och utbildning i ungas hälsa, vilket minskar generaliserbarheten. Viss styrka i interventionsresultaten för minskat drog- och STI-riskbeteende minskade vid 3 mån och för planerad graviditet vid 12 mån. Skillnader i utfall för hälsoaspekter kunde inte uppvisas. Det gick inte att styrka användningen av MI-tekniker.
Whitaker 2015 USA	Motivational interviewing to improve postabortion contraceptive uptake by young women: development and feasibility of a counseling intervention	Pilot N = 20 UF: direkt efteråt (enkät), 1 mån (telefonintervju + preventivmedelrådgivning)	K 15-24 år, urban låginkomst, av olika etniciteter. Rekryterades vid abortklinik.	Uppmuntra preventivmedels användning efter abort.	Postabortsamtal med MI å ca 30 min i samband med ordinarie klinikbesök. Manual	Alla tyckte att interventionen var bra. 19 hade fått hjälp att välja ett preventivmedel. 12 ämnade använda långvarigt preventivmedel.
Gold 2016 USA	A Randomized Controlled Trial to Compare Computer-assisted Motivational Intervention with Didactic	RCT N = 572 UF: direkt efter session 2 och 3 + 3 mån postintervention (enkät)	K 13-21 år av olika etniciteter (majoriteten afroamerikaner).	Öka kondomanvändning.	MI 3 sessioner å 30-45 min i samband med ordinarie klinikbesök under 6 mån.	Både intervention och kontroll uppskattade interventionerna i mycket hög grad. Ökad sannolikhet för

Studie	Titel	Studietyyp	Målgrupp	Utfall	Insats	Effekt
	Educational Counseling to Reduce Unprotected Sex in Female Adolescents					kondomanvändning i intervention. Stort bortfall.
Miller 2016 USA	Brief Behavioral Intervention to Improve Adolescent Sexual Health A Feasibility Study in the Emergency Department	Pilot N = 20 UF: 3 mån (telefonintervju)	K+M 14-19 år, majoriteten afroamerikaner och med låg socioekonomisk status.	Uppmuntra sexuellt aktiva unga till säkrare sex och kontinuerliga hälso-kontroller.	MI (The theory of planned behaviour) 11-20 min session i samband med ordinarie klinik-besök. Erbjudande om STI-testning, preventivmedel osv.	Interventionen upplevdes som positiv. 65% accepterade en eller flera erbjudna insatser. Männerna var mer benägna att acceptera STI-testning och preventivmedel på plats och mindre benägna att refereras till ungdomsmottagningen.
Dale 2016 Storbritannien	Looked after young people: Reducing health inequalities through an evidence- and theory-informed intervention	Utvärdering N = 93 (varav 59 fokuserade på SRHR) UF: I samband med sista sessionen + 6 mån (enkät)	K+M 11-21 år Barn och unga i eller på väg ut ur samhällsvård.	Förändra beteende och öka intentioner inom en rad olika problemområden samt öka generellt välmående. För SRHR: intention till och faktiskt preventivmedels- /kondomanvändning, STI-testning, lära sig att säga nej till oönskat sex.	MI + Theory of Planned Behaviour, Social Cognitive Theory, the Health Action Process Approach 30-60 min, i genomsnitt var fjärde dag och totalt 6 st. Företrädesvis enskilda sessioner, möjlighet till drop-in, ibland även gruppssessioner.	Fler avsåg använda kondom, fler använde kondom, fler använde preventivmedel mot graviditet. Välmåendet ökade. MI användes inte i alla sessioner. Vanligast använda teknik var att ge information om SRHR.

Bilaga 4. Inkluderade artiklar

- Bandura Cowley, Carol, Tillman Farley & Kathlynn Beamis (2002) "Well, maybe I'll try the pill for just a few months..." Brief motivational and narrative-based interventions to encourage contraceptive use among adolescents at high risk for Early Childbearing. *Families, Systems & Health*, 20 (2): 183–204.
- Barnet, Beth, Jiexin Liu, Margo DeVoe, Anne K. Duggan, Melanie A. Gold & Edward Pecukonis (2009) Motivational intervention to reduce rapid subsequent births to adolescent mothers: a community-based randomized trial. *Annals of Family Medicine*, 7 (5): 436-45.
- Bogart, Laura M., Donald Skinner, Idia B. Thurston, Yoesrie Toefy, David J. Klein, Caroline H. Hu & Mark A. Schuster (2013) Let's Talk!, A South African worksite-based HIV prevention parenting program. *Journal of Adolescent Health*, 53 (5): 602-8.
- Boman, Jens (2013) *Prevention of Chlamydia trachomatis infections*. Department of Public Health and Clinical Medicine, Dermatology and Venereology, Umeå university.
- Ceperich, Sherry Dyche & Karen S. Ingersoll (2011) Motivational interviewing + feedback intervention to reduce alcohol-exposed pregnancy risk among college binge drinkers: determinants and patterns of response. *Journal of Behavioral Medicine*, 34 (5): 381-95.
- Chacko, Mariam R., Constance M. Wiemann, Claudia A. Kozinetz, Kirk von Sternberg, Mary M. Velasquez, Peggy B. Smith & Ralph DiClemente (2010) Efficacy of a Motivational Behavioral Intervention to Promote Chlamydia and Gonorrhea Screening in Young Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Adolescent Health*, 46 (2): 152-61.
- Chen, Xinguang, Debra A. Murphy, Sylvie Naar-King, Jeffrey T. Parsons & H. I. V. Aids Interventions Adolescent Medicine Trials Network for (2011) A clinic-based motivational intervention improves condom use among subgroups of youth living with HIV. *Journal of Adolescent Health*, 49 (2): 193-8.
- Clinton-Sherrod, M., A. A. Morgan-Lopez, J. M. Brown, B. A. McMillen & A. Cowell (2011) Incapacitated sexual violence involving alcohol among college women: the impact of a brief drinking intervention. *Violence Against Women*, 17 (1): 135-54.
- Foster, Caroline, Susan McDonald, Graham Frize, Sarah Ayers & Sarah Fidler (2014) "Payment by Results"--financial incentives and motivational interviewing, adherence interventions in young adults with perinatally acquired HIV-1 infection: a pilot program. *AIDS Patient Care and STDs*, 28 (1): 28-32.

- Gold, Melanie A., Golfo K. Tzilos, L.A.R. Stein, Bradley J. Anderson, Michael D. Stein, Christopher M. Ryan, Allan Zuckoff & Carlo DiClemente (2016) A Randomized Controlled Trial to Compare Computer-assisted Motivational Intervention with Didactic Educational Counseling to Reduce Unprotected Sex in Female Adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29 (1): 26-32.
- Ingersoll, Karen S., Dyché Ceperich Ceperich, Mary D. Nettleman, Kimberly Karanda, Sally Brocksen & Betty Anne Johnson (2005) Reducing alcohol-exposed pregnancy risk in college women: Initial outcomes of a clinical trial of a motivational intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29 (3): 173-180. 63
- Kiene, Susan M. & William D. Barta (2006) A brief individualized computer-delivered sexual risk reduction intervention increases HIV/AIDS preventive behavior. *Journal of Adolescent Health*, 39 (3): 404-10.
- LaBrie, Joseph W., Eric R. Pedersen, Alysha D. Thompson & Mitch Earleywine (2008) A brief decisional balance intervention increases motivation and behavior regarding condom use in high-risk heterosexual college men. *Archives of Sexual Behavior*, 37 (2): 330-9.
- Lelutiu-Weinberger, Corina, John E. Pachankis, Kristi E. Gamarel, Anthony Surace, Sarit A. Golub & Jeffrey T. Parsons (2015) Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of a Live-Chat Social Media Intervention to Reduce HIV Risk Among Young Men Who Have Sex With Men. *Aids and Behavior*, 19 (7): 1214-1227.
- Lisha, N. E., P. Sun, L. A. Rohrbach, D. Spruijt-Metz, J. B. Unger & S. Sussman (2012) An Evaluation of Immediate Outcomes and Fidelity of a Drug Abuse Prevention Program in Continuation High Schools: Project Towards No Drug Abuse (TND). *Journal of Drug Education*, 42 (1): 33-57.
- Malotte, C. Kevin, Rebecca Ledsky, Matthew Hogben, Michelle Larro, Susan Middlestadt, Janet S. St. Lawrence, Glen Olthoff, Robert H. Settlege, Nancy L. Van Devanter, Keisha Paxton, Lisa V. Smith, Robyn Davis, Gary A. Richwald, Typhanye V. Penniman, James Gaines, Cheryl Merzel, Peter Messeri, Amy Bleakley, Isaac Weifuse, Alwyn Cohall, Susan Blank, Renee Mayer Cohall, Deborah Levine, Michele Peake, Jonathan Zenilman, Gillian VanBlerk, Chizoba Ukairo, Thomas L. Gift, Willo Pequegnat, Gcap Study Grp & Gcap Study Group (2004) Comparison of methods to increase repeat testing in persons treated for gonorrhea and/or chlamydia at public sexually transmitted disease clinics. *Sexually Transmitted Diseases*, 31 (11): 637-642.
- Marrazzo, Jeanne M., Katherine K. Thomas & Kathleen Ringwood (2011) A behavioural intervention to reduce persistence of bacterial vaginosis among women who report sex with women: results of a randomised trial. *Sexually Transmitted Infections*, 87 (5): 399-405.

- Mason, Michael, Patricia Pate, Michelle Drapkin & Kayilu Sozinho (2011) Motivational interviewing integrated with social network counseling for female adolescents: a randomized pilot study in urban primary care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41 (2): 148-55.
- Miller, Melissa K., Sofie Champassak, Kathy Goggin, Patricia Kelly, M. Denise Dowd, Cynthia J. Mollen, Sharon G. Humiston, Jennifer Linebarger & Timothy R. Apodaca (2016) Brief Behavioral Intervention to Improve Adolescent Sexual Health A Feasibility Study in the Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*, 32 (1): 17-19.
- Morrison-Beedy, Dianne, Hugh F. Crean, Denise Passmore & Michael P. Carey (2014) Risk Reduction Strategies Used by Urban Adolescent Girls in an HIV Prevention Trial. *Current Hiv Research*, 11 (7): 559-569.
- Naar-King, Sylvie, Angulique Outlaw, Monique Green-Jones, Kathryn Wright & Jeffrey T. Parsons (2009) Motivational interviewing by peer outreach workers: a pilot randomized clinical trial to retain adolescents and young adults in HIV care. *AIDS Care*, 21 (7): 868-73.
- Naar-King, Sylvie, Angulique Y. Outlaw, Moussa Sarr, Jeffrey T. Parsons, Marvin Belzer, Karen Macdonell, Mary Tanney, Steven J. Ondersma & H. I. V. Aids Interventions Adolescent Medicine Network for (2013) Motivational Enhancement System for Adherence (MESA): pilot randomized trial of a brief computer-delivered prevention intervention for youth initiating antiretroviral treatment. *Journal of Pediatric Psychology*, 38 (6): 638-48.
- Naar-King, Sylvie, Jeffrey T. Parsons, Debra Murphy, Xinguang G. Chen, D. Robert Harris & Marvin E. Belzer (2009) Improving Health Outcomes for Youth Living With the Human Immunodeficiency Virus. A Multisite Randomized Trial of a Motivational Intervention Targeting Multiple Risk Behaviors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163 (12): 1092-1098.
- Naar-King, Sylvie, Jeffrey T. Parsons, Debra Murphy, Karen Kolmodin, D. Robert Harris & A. T. N. Protocol Team (2010) A Multisite Randomized Trial of a Motivational Intervention Targeting Multiple Risks in Youth Living With HIV: Initial Effects on Motivation, Self-Efficacy, and Depression. *Journal of Adolescent Health*, 46 (5): 422-8.
- Outlaw, Angulique Y., Sylvie Naar-King, Jeffrey T. Parsons, Monique Green-Jones, Heather Janisse & Elizabeth Secord (2010) Using motivational interviewing in HIV field outreach with young African American men who have sex with men: a randomized clinical trial. *American Journal of Public Health*, 100 Suppl 1: S146-51.
- Parsons, Jeffrey T., Corina Lelutiu-Weinberger, Michael Botsko & Sarit A. Golub (2014) A randomized controlled trial utilizing motivational interviewing to reduce HIV risk and drug use in young gay and bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82 (1): 9-18.

- Rongkavilit, Chokechai, Sylvie Naar-King, Bo Wang, Apirudee Panthong, Torsak Bunupuradah, Jeffrey T. Parsons, Supalak Phonphithak, Juline A. Koken, Pichai Saengcharnchai & Praphan Phanuphak (2013) Motivational interviewing targeting risk behaviors for youth living with HIV in Thailand. *AIDS and Behavior*, 17 (6): 2063-74.
- Rongkavilit, Chokechai, Bo Wang, Sylvie Naar-King, Torsak Bunupuradah, Jeffrey T. Parsons, Apirudee Panthong, Juline A. Koken, Pichai Saengcharnchai & Praphan Phanuphak (2015) Motivational interviewing targeting risky sex in HIV-positive young Thai men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 44 (2): 329-40.
- Sanci, Lena, Patty Chondros, Susan Sawyer, Jane Pirkis, Elizabeth Ozer, Kelsey Hegarty, Fan Yang, Brenda Grabsch, Alan Shiell, Helen Cahill, Anne-Emmanuelle Ambresin, Elizabeth Patterson & George Patton (2015) Responding to Young People's Health Risks in Primary Care: A Cluster Randomised Trial of Training Clinicians in Screening and Motivational Interviewing. *PLOS ONE*, 10 (9): e0137581-e0137581.
- Schmiege, Sarah J., Michelle R. Broaddus, Michael Levin & Angela D. Bryan (2009) Randomized trial of group interventions to reduce HIV/STD risk and change theoretical mediators among detained adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (1): 38-50.
- Shrier, Lydia A., Rose Ancheta, Elizabeth Goodman, Victoria M. Chiou, Michelle R. Lyden & S. Jean Emans (2001) Randomized Controlled Trial of a Safer Sex Intervention for High-Risk Adolescent Girls. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155 (1): 73-79.
- Sussman, Steve, Ping Sun, Louise A. Rohrbach & Donna Spruijt-Metz (2012) One-year outcomes of a drug abuse prevention program for older teens and emerging adults: evaluating a motivational interviewing booster component. *Health Psychology*, 31 (4): 476-85.
- Thurston, Idia B., Laura M. Bogart, Madeline Wachman, Elizabeth F. Closson, Margie R. Skeer & Matthew J. Mimiaga (2014) Adaptation of an HIV Medication Adherence Intervention for Adolescents and Young Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21 (2): 191-205.
- Wenzel, Suzanne L., Elizabeth J. D'Amico, Dionne Barnes & Mary Lou Gilbert (2009) A pilot of a tripartite prevention program for homeless young women in the transition to adulthood. *Women's Health Issues*, 19 (3): 193-201.
- Whitaker, A. K., M. T. Quinn, S. L. Martins, A. N. Tomlinson, E. J. Woodhams & M. Gilliam (2015) Motivational interviewing to improve postabortion contraceptive uptake by young women: development and feasibility of a counseling intervention. *Contraception*, 92 (4): 323-9. 65.

Yeagley, Erin K., Pamela A. Kulbok, Mary C. O'Laughlen, Karen S. Ingersoll, Virginia G. Rovnyak & Sohail Rana (2012) The feasibility and acceptability of a motivational interviewing intervention for HIV-infected youth in an urban outpatient clinic: a pilot study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 23 (4): 366-70.

Bilaga 5. Exkluderade artiklar

(Efter fulltextläsning.)

- Apodaca, T. R., M. Magill, R. Longabaugh, K. M. Jackson & P. M. Monti (2013) Effect of a significant other on client change talk in motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (1): 35-46.
- Ballester-Arnal, Rafael, María Dolores Gil-Llario, Cristina Gimenez-Garcia & Setch C. Kalichman (2015) What Works Well in HIV Prevention Among Spanish Young People? An Analysis of Differential Effectiveness Among Six Intervention Techniques. *AIDS and Behavior*, 19 (7): 1157-69.
- Connery, Hilary Smith, Brittany B. Albright & John M. Rodolico (2014) Adolescent Substance Use and Unplanned Pregnancy Strategies for Risk Reduction. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 41 (2): 191–203.
- Cosio, David, Timothy G. Heckman, Timothy Anderson, Bernadette Davantes Heckman, John Garske & John McCarthy (2010) Telephone-administered motivational interviewing to reduce risky sexual behavior in HIV-infected rural persons: a pilot randomized clinical trial. *Sexually Transmitted Diseases*, 37 (3): 140-6.
- Cushing, Christopher C., Chad D. Jensen, Mary B. Miller & Thad R. Leffingwell (2014) Meta-analysis of motivational interviewing for adolescent health behavior: efficacy beyond substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82 (6): 1212-8.
- Downs, Julie S., Pamela J. Murray, Wändi Bruine de Bruin, Joyce Penrose, Claire Palmgren & Baruch Fischhoff (2004) Interactive video behavioral intervention to reduce adolescent females' STD risk: a randomized controlled trial. *Social Science & Medicine*, 59 (8): 1561-72.
- Frye, V., K. Williams, K. T. Bond, K. Henny, M. Cupid, L. Weiss, D. Lucy, B. A. Koblin & Team Straight Talk Intervention Study (2013) Condom use and concurrent partnering among heterosexually active, African American men: a qualitative report. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 90 (5): 953-69.
- Hettema, Jennifer, Julie Steele & William R. Miller (2005) Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 91–111.
- Johnston, Emily E., Bianca R. Argueza, Caroline Graham, Janine S. Bruce, Lisa J. Chamberlain & Arash Anoshiravani (2016) In Their Own Voices: The Reproductive Health Care Experiences of Detained Adolescent Girls. *Women's Health Issues*, 26 (1): 48-54.

- Johnston-Briggs, Belinda D., Jiexin Liu, Olivia Carter-Pokras & Beth Barnett (2008) Effect of partner relationship on motivation to use condoms among adolescent mothers. *Journal of the National Medical Association*, 100 (8): 929-935.
- LaBrie, Joseph W., Eric R. Pedersen, Mitch Earleywine & Hutson Olsen (2006) Reducing heavy drinking in college males with the decisional balance: analyzing an element of Motivational Interviewing. *Addictive Behaviors*, 31 (2): 254-63.
- LaBrie, Joseph W., Alysha D. Thompson, Karen Huchting, Andrew Lac & Kevin Buckley (2007) A group Motivational Interviewing intervention reduces drinking and alcohol-related negative consequences in adjudicated college women. *Addictive Behaviors*, 32 (11): 2549-62.
- Leeman, Robert F., Elliott Perez, Christine Nogueira & Kelly S. DeMartini (2015) Very-brief, web-based interventions for reducing alcohol use and related problems among college students: a review. *Frontiers in Psychiatry*, 6. 67
- Lopez, Lauren M., Elizabeth E. Tolley, David A. Grimes & Mario Chen-Mok (2009) Theory-based strategies for improving contraceptive use: a systematic review. *Contraception*, 79 (6): 411-7.
- Lovejoy, Travis I. & Timothy G. Heckman (2014) Telephone-Administered Motivational Interviewing and Behavioral Skills Training to Reduce Risky Sexual Behavior in HIV-Positive Late Middle-Age and Older Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21 (2): 224-236.
- Lovejoy, Travis I., Timothy G. Heckman, Julie A. Suhr, Timothy Anderson, Bernadette Davantes Heckman & Christopher R. France (2011) Telephone-administered motivational interviewing reduces risky sexual behavior in HIV-positive late middle-age and older adults: a pilot randomized controlled trial. *AIDS and Behavior*, 15 (8): 1623-34.
- Mansoor, Leila Essop, Quarraisha Abdool Karim, Nonhlanhla Yende-Zuma, Kathleen M. MacQueen, Cheryl Baxter, Bernadette T. Madlala, Anneke Grobler & Salim S. Abdool Karim (2014) Adherence in the CAPRISA 004 Tenofovir Gel Microbicide Trial. *Aids and Behavior*, 18 (5): 811-819.
- Marhefka, S. L., C. R. Valentin, R. M. Pinto, N. Demetriou, A. Wiznia & C. A. Mellins (2011) "I feel like I'm carrying a weapon." Information and motivations related to sexual risk among girls with perinatally acquired HIV. *AIDS Care*, 23 (10): 1321-8.
- Mbuagbaw, Lawrence, Chenglin Ye & Lehana Thabane (2012) Motivational interviewing for improving outcomes in youth living with HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9): 39.
- Merz, Victoire, Juliette Baptista & Dagmar M. Haller (2015) Brief interventions to prevent recurrence and alcohol-related problems in young adults admitted to the

- emergency ward following an alcohol-related event: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69 (9): 912-917.
- Naar-King, Sylvie, Kathryn Wright, Jeffrey T. Parsons, Maureen Frey, Thomas Templin, Phebe Lam & Debra Murphy (2006) Healthy choices: motivational enhancement therapy for health risk behaviors in HIV-positive youth. *AIDS Education and Prevention*, 18 (11): 1–11.
- O'Leary, A., T. K. Ambrose, M. Raffaelli, E. Maibach, L. S. Jemmott, J. B. Jemmott, E. Labouvie & D. Celentano (1998) Effects of an HIV risk reduction project on sexual risk behavior of low-income STD patients. *Aids Education and Prevention*, 10 (6): 483-492.
- Petersen, Ruth, Patricia Payne, Jennifer Albright, Hayley Holland, Rebecca Cabral & Kathryn M. Curtis (2004) Applying motivational interviewing to contraceptive counseling: ESP for clinicians. *Contraception*, 69 (3): 213-7.
- Pitpitan, Eileen V., Claudia V. Chavarin, Shirley J. Semple, Carlos Magis-Rodriguez, Steffanie A. Strathdee & Thomas L. Patterson (2014) Hombre Seguro (Safe Men): a sexual risk reduction intervention for male clients of female sex workers. *BMC Public Health*, 14.
- Ramanathan, N., D. Swendeman, W. S. Comulada, D. Estrin & M. J. Rotheram-Borus (2013) Identifying preferences for mobile health applications for self-monitoring and self-management: focus group findings from HIV-positive persons and young mothers. *International Journal of Medical Informatics*, 82 (4): e38-46.
- Robin, Leah, Patricia Dittus, Daniel Whitaker, Richard Crosby, Kathleen Ethier, Jane Mezooff, Kim Miller & Katina Pappas-Deluca (2004) Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. *Journal of Adolescent Health*, 34 (1): 3-26. 68
- Tabi, M. M. (2002) Community perspective on a model to reduce teenage pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (3): 275-284.
- Ward, Catherine L., Jennifer R. Mertens, Graham F. Bresick, Francesca Little & Constance M. Weisner (2015) Screening and brief intervention for substance misuse: Does it reduce aggression and HIV-related risk behaviours? *Alcohol and Alcoholism*, 50 (3): 302-9.
- Wenzel, Suzanne L., Elizabeth J. D'Amico, Dionne Barnes & Mary Lou Gilbert (2009) A pilot of a tripartite prevention program for homeless young women in the transition to adulthood. *Women's Health Issues*, 19 (3): 193-201.
- Zeligman, Melissa & Edward H. Robinson Iii (2014) Counselors' Role in HIV Medication Adherence: A Motivational Interviewing Perspective. *Journal of Creativity in Mental Health*, 9 (2): 232-244

Denna rapport handlar om motiverande samtal (MI) bland unga och unga vuxna (16-29 år) inom områdena hivprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Rapporten är baserad på en granskning och bedömning av vetenskaplig litteratur som genomfördes under 2016. Utgångspunkten är Folkhälsomyndighetens arbete med den nationella strategin mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar.

Litteraturgenomgången visar att det svårt att svara på om MI-interventioner riktade till unga risktagare har effekt när det gäller att förebygga hiv, STI och oönskade graviditeter. Kunskapsläget är därmed oklart. Det framkommer att en del studier uppvisar effekter, men att effekterna ofta avtar över tid. Då kunskapsläget är oklart är det viktigt att verksamheter som använder sig av MI, i syfte att förebygga sexuellt risktagande bland unga, behöver följa upp och utvärderar sin verksamhet på ett systematiskt sätt.

Rapporten riktar sig främst till yrkesverksamma och beslutsfattare inom landsting, kommuner, det civila samhällets organisationer samt relevanta myndigheter och yrkesföreningar. Den vänder sig specifikt till alla som kommer i kontakt med unga och unga vuxna inom exempelvis socialtjänst, statlig samhällsvård, barn- och ungdomspsykiatri, elevhälsa samt hälso- och sjukvård. Förhoppningen är att rapporten kan bidra med kunskap för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

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

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna Östersund Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se