

Sexuell risk

Motiverande samtal, MI – en kunskapsöversikt



Innehåll

Sexuell risk	2
Arenor	4
Evidens	5
Material	6
Referenser	8
Fallbeskrivning oskyddat sex	9
Vetenskapliga studier	14

Sexuell risk

Samtal för att minska risken att smittas av humant immunbrist virus (hiv) och andra sexuellt överförbara infektioner (STI).

Information som kan vara bra att känna till vid samtal för att främja skyddat sex

Sexuell hälsa påverkas av sociala normer, attityder, och vanor. Idag har vi en mer tillåtande attityd till sexuella kontakter utanför fasta förhållanden, samtidigt har antalet partners ökat. Bland ungdomar tycks samlag utan kondom "första kvällen" ha blivit vanligare under 1990-talet. Vi vet också att det finns ett samband mellan sexuellt risktagande och användning av alkohol och droger. Faktorer som dessa har alla betydelse för smittspridningen av sexuellt överförbara infektioner (Forsberg 2006, Folkhälsopolitisk rapport 2005).

Sexuellt överförbara sjukdomar, STI, smittas via könsorganen, munnen och ändtarmen. Vissa sjukdomar, som hiv och syfilis, smittas även via blodet. Många könssjukdomar ger bara små eller inga besvär och det gör att de kan vara svåra att upptäcka. Ibland märker man inte att man blivit smittad. Till sexuellt överförbara infektioner räknas infektioner som klamydia, gonorré, syfilis, hiv/aids, herpes, kondylom, hepatit B, flatlöss, skabb, trichomonas, lymfogranuloma vererum (LGV) [1].

I sexuella relationer, såväl vid vaginala som anala samlag och även vid oralsex, är kondom ett säkert sätt att skydda sig mot STI. Kondom är det enda preventivmedlet som skyddar mot både STI och oönskade graviditeter (Herlitz 2004). Sedan 1967 års sexualvaneundersökning har kondomanvändningen mer än halverats, samtidigt som de kvinnliga preventivmedlen ökat ungefär lika mycket. Det har alltså skett en förändring av preventivmetod. Den innebär att en majoritet skyddar sig mot oönskad graviditet men saknar skydd mot att smittas med en STI (Sundström 2000, Lalos 1998). Att främja kondomanvändning är således en viktig del i ett förebyggande arbete av oönskade graviditeter och smittspridning av STI. Det är särskilt viktigt idag då vi förutom hiv-epidemin även har en kraftig ökning av klamydiainfektion, framförallt bland ungdomar och unga vuxna (Folkhälsopolitisk rapport 2005, Herlitz 2004).

Kunskap saknas inte

Att kondom inte används som skyddsmedel innebär inte att det saknas kunskap om att kondom är ett bra smittskydd mot STI. Den relativt låga kondomanvändningen visar snarare att människor inte alltid handlar i enlighet med sina kunskaper (Herlitz 2004). Detta kan förklaras med att individen inte själv ser sig som sårbar eller utsatt för sexuella risker.

Det kan också höra samman med att individen överskattat sin förmåga att minska sitt riskbeteende vid sexuella kontakter. I många fall fokuserar dock förebyggande insatser enbart på att öka kunskaperna om STI, och utgår inte från insatser som kan förstärka motivationen. Detta trots att individen i många fall underskattar sin risk att smittas med hiv, eller någon annan STI och därför inte ännu är beredd att förändra sig (Carey 2000).

Fördelar med motiverande samtal

Motiverande samtal kan ha en positiv inverkan i en förändringsprocess, även i sådana fall där klienten är mycket långt ifrån ett beslut om att förändra sitt beteende. Eftersom metoden undersöker mål för förändring utifrån klientens perspektiv kan samtalen minska olika former av

motstånd mot att förändra sig (Carey 2000, Miller & Rollnick 2002). Motiverande samtal ger också möjligheter för rådgivaren att undvika alla former av moraliska bedömningar av socialt känsliga beteenden (Carey et al 1997). Metoden kan därför vara särskilt lämplig vid samtal om sexuella vanor och sexuell risk då de berör frågor som, även om vi successivt blivit öppnare för att tala om sådana frågor, fortfarande kan väcka skuld och skam.

SKYDDAT SEX

Ett lämpligt tillfälle att samtala om såväl sexualvanor, smittvägar, som hur man kan skydda sig är i samband med testning för någon STI (Sundström et al, 2000). Det är viktigt att föra dessa samtal också vid negativa provsvar, eftersom det ger ett tillfälle att tala om hur individen i framtiden kan undvika det riskbeteende som var anledningen till att provet behövde tas. Samtal om smittskydd och riskbeteende kan dock behöva upprepas (Sundström 2000).

Ett samtal för att främja skyddat sex som utgår från Millers och Rollnicks (2002) principer för motiverande samtal ska inledningsvis handla om *om en* förändring av sexuella vanor ska ske, och varför eller varför den inte ska ske. Metoden erbjuder flera olika strategier som kan användas i arbetet med klienten, som vi sett exempel på i tidigare avsnitt. Beroende på hur beredd klienten är att förändra sig kan det vara olika aspekter som rådgivaren behöver arbeta med. Rådgivarens första uppgift i ett motiverande samtal för att främja skyddat sex bör alltså alltid vara att ta reda på hur benägen individen är att faktiskt förändra sitt beteende. Här kan rådgivaren i ett inledande steg antingen använda sig av "Readiness to change"-modellen, som är ett kontinuum över förändringsberedskap. Eftersom klienter lätt känner igen sig i modellen hjälper den dem att reflektera över sin egen förändringsprocess på ett konstruktivt sätt. Även vid mycket korta interventioner är detta väl använd tid.

[1] För mer information om könssjukdomar, vilka symptom de ger, hur de smittas, hur de behandlas samt var man kan vända sig för att testa sig, se hänvisningar till material och webbsidor under rubriken Material.

Arenor

Motiverande samtal har visat sig fungera mycket bra i korta hälsosamtal, även i de fall då man bara har 5-8 minuter till sitt förfogande med klienten. Både rådgivare och klient är nöjdare och upplever det som mer tillfredställande med motiverande samtal.

Metoden kan alltså användas i alla löpande patientkontakter ute på ungdomsmottagningar, mödravårdscentraler, studenthälsa och skolhälsovård för att främja skyddat sex.

Evidens

I en metaanalys (Hettema et al 2005) presenteras fem studier som använder motiverande samtal som metod för att minska sexuellt riskbeteende i samband med ökad risk att smittas med hiv. Studierna syftar således till att minska riskbeteendet hos individer som har förhöjd risk, som exempelvis män som har sex med män (Picciano 2001) eller individer som varit involverade i sexhandel, injicerat droger eller har en partner som injicerar droger, som själva eller vars partner haft någon STI (Kalichman 1999, Carey et al 1997, Baker 1993).

Bedömningen av metodens effekt på detta område visar på positiva resultat. Effekterna är stora men varierande. Den stora variationen i effektstorlek är ett generellt drag också för studier inom andra problemområden (Hettema et al 2005). Variationen i effektstorlek behöver undersökas vidare, liksom hur styrkan i effektstorlek ska tolkas.

En annan faktor som är väsentlig för att kunna tolka resultaten är i vilken utsträckning samtalen som förts under interventionerna följt MI-principerna, så som de beskrivs av Miller och Rollnick (2002). Fokus i dessa studier ligger dock framförallt på att följa förändringar i klienternas beteenden och attityder, och följer i mindre utsträckning upp rådgivarens följsamhet till MI-metoden.

MI SOM ENDA BEHANDLING

Piccianos (2001) studie av effekter av ett motiverande samtal på 90 minuter, visar på positiva resultat. Deltagare i interventionsgruppen var mindre benägna att ha oskyddade anala samlag vid uppföljning. Vid uppföljningen var deltagarna också mindre ambivalenta vad gäller att utöva säkert sex. De rapporterade också ökade avsikter att använda kondom. Skillnaderna var signifikanta.

MI KOMBINERAT MED ANNAN INTERVENTION

Tre av de studier som ingår i den ovan nämnda metaanalysen kombinerar motiverande samtal med en färdighetstränande metod (Carey 2000, Kalichman 1999, Carey 1997). Studierna visar alla tre på positiva effekter. Interventionerna har inverkan på faktorer som deltagarnas kunskaper om hiv-risk, deras benägenhet att minska sitt riskbeteende, att använda kondom, benägenhet att tala med partner om kondomanvändning och hiv-testning, samt att vägra att ha oskyddat sex. Effekterna kunde påvisas även vid uppföljning efter tre månader. För flera av variablerna var dock effekterna inte statistiskt signifikanta (Carey 2000, Kalichman 1999, Carey 1997). Kalichman (1999), som genomförde en uppföljning även efter sex månader, fann att den positiva skillnaden i kondomanvändning i förhållande till kontrollgruppen minskat. Detta tyder på att de påvisade effekterna minskar efter hand.

En studie (Baker 1994) prövar vilken metod som är effektivast vad gäller att minska beteende som ökar risken att smittas med hiv, motiverande samtal eller återfallsprevention vid sex tillfällen. Resultaten ger inga indikationer om att motiverande samtal skulle vara effektivare än återfallspreventionen. Interventionerna tycktes heller inte reducera sexuellt riskbeteende. För utförligare redovisning av varje studie se rubriken Vetenskapliga studier.

Material

Vi känner idag inte till någon hemsida om motiverande samtal för att främja skyddat sex. Inte heller känner vi till någon utarbetad manual för hur man kan arbeta för att främja skyddat sex och som bygger på principerna för motiverande samtal. Statens folkhälsoinstitut kommer att verka för att en manual för att främja skyddat sex kommer att utarbetas.

Däremot finns en hel del informationsmaterial och även ett antal webbsidor som kan vara av värde vid tillfällena i de motiverande samtalen då rådgivaren ska ge information till klienten. Materialet kan också rekommenderas till klienten för självstudier. Utgångspunkten för att ge information bör dock alltid följa MI-principen "att be klienten om lov" att få informera.

Materialet ger på ett lättfattligt sätt klienten konkreta tips på hur hon/han kan öka säkerheten i kondomanvändningen vid alla olika former av samlag. Det ger också information om STI. Webbsidorna ger dessutom information både till män och kvinnor om var man kan vända sig för att få svar på olika frågor om sex och samlevnad. De ger även svar på särskilda frågor som man kan ha som hetero-, bi- homo- samt transsexuell. Vidare informeras också på ett utförligt sätt om de vanligaste STI och frågor som symptom, testning, samt smittvägar.

INFORMATIONSMATERIAL

Olsson H (2004) *Kondompraktika för män*. RFSU. Broschyren vänder sig till en bred målgrupp. Den kan beställas från RFSU

Olsson H (2004) *Praktika för analsex*. RFSU. Broschyren vänder sig till en bred målgrupp. Den kan beställas från RFSU.

Kondomboken-handledning med elevmaterial från RFSU. Studiematerialet kan beställas från RFSU och syftar till att underlätta samtal om kondomer med ungdomar.

Kondom! Basics om kondomer och glid. RFSL. Kan beställas från RFSL, och vänder sig till män som har sex med män.

Klart kul med knull!, Din guide till analsex - för ökad njutning och större säkerhet. RFSL. Kan beställas gratis från RFSL, och vänder sig till män som har sex med män.

Lite fakta om könsjukdomar. Broschyren kan beställas genom Statens folkhälsoinstitut.

Klamydia - 29 frågor och svar. Broschyren kan beställas genom Statens folkhälsoinstitut.

Kondylom - 22 frågor och svar om kondylom - könsvårter. Broschyren kan beställas genom Statens folkhälsoinstitut.

Beställningsadresser:

Risikförbundet för sexuell upplysning: www.rfsu.se

Statens folkhälsoinstitut: fhi@strd.se

Risikförbundet för sexuellt likaberättigande: www.rfsl.se

WEBSIDOR

<http://www.kondom.nu/> - ger information som vänder sig framförallt till ungdomar.

<http://www.rfsu.se/kondom.asp> - är en länk på RFSU:s hemsida som vänder sig till en bred målgrupp.

<http://www.sexaktuellt.com/> - vänder sig också till en bred målgrupp, informationen finns översatt till 14 olika språk.

<http://www.rfsu.se/skolsajt/> - ger information om skolmaterial.

<http://www.rfsl.se/> - rubrik hälsa vänder sig till homosexuella, bisexuella samt transexuella.

Referenser

Baker A, Heather N, Wodak A, Dixon J, Holt P Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for HIV prevention among injecting drug users. *AIDS*, 1993 (7): 247-256.

Carey M P, Maisto S A. Enhancing Motivation to Reduce the Risk of HIV Infection for Economically Disadvantaged Urban Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.1997; 65 (4): 531-541.

Carey M P, Braaten L S, Maisto S A, Gleason J R, Forsyth A D. Using Information, Motivational Enhancement, and Skills Training to Reduce the Risk of HIV Infection for Low-Income Urban Women: A second randomized Clinical trial. *Health Psychology*, 2000; 19 (1), p 3-11.

Forsberg M. Ungdomar och sexualiteten kunskapsöversikt år 2005. Statens folkhälsoinstitut; Rapport 2006: 18.

Herlitz C. Allmänheten och hiv/aids: kunskaper, attityder och beteenden 1987-2003. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; Rapport 2004:7.

Hettema J, Steele J & Miller W R. Motivational interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2005 (1): 91-111.

Kalichman S C, Cherry C, Browne-Sperling F. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999; 67(6) 959-966.

Lalos A. Sexuellt överförda sjukdomar. I Levin B (red). *Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm; Statens folkhälsoinstitut. Rapport 1998:11.

Miller W R, Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing. Preparing people to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.

Miller WR, Zweben A, DiClemente C C, & Rychtarik R G. *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Rockville, MD: National institute on Alcohol Abuse an Alcoholism. 1992.

Picciano J F, Roffman R A, Kalichman S C, Rutledge S E (2001) A Telephone Based Brief Intervention Using Motivational Enhancement to Facilitate HIV Risk Reduction Among MSM: A pilot Study. *Aids and Behaviour*, 5(3) 251-261.

Statens folkhälsoinstitut. *Folkhälsopolitisk rapport 2005*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; Rapport 2005:5.

Sundström K. Sexuellt överförda sjukdomar. I Sundström K (red) *Hur gör dom andra? Om sexualitet och samlevnad på 1990-talet?* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2000:8.

Fallbeskrivning oskyddat sex

Samtal mellan kurator och Erik, en 20-årig man på ungdomsmottagning

Erik är 20 år. Hans kunskaper om sex och samlevnadsfrågor begränsade, kanske på grund av låg närvaro i skolan. Han har lärt sig det mesta själv och på ungdomsmottagningen. Erik har besökt ungdomsmottagningen upprepade gånger de senaste månaderna för att testa sig för klamydia. Erik har inte själv kontaktat kuratorn utan uppmanats av Henrik, den manliga sjuksköterskan, att tala med kuratorn. Sjuksköterskans avsikt är att få fram Eriks syn på risktagande och ansvar i sexuella relationer och att motivera honom till att ta mer aktivt ansvar för sitt sexuella beteende.

Kuratorn: Välkommen hit! Jag heter Helen och arbetar som kurator här på ungdomsmottagningen. Är det något särskilt du funderat på innan du kom hit idag?

Erik: Nej, jag gick mest hit för att Henrik sa det.

Kuratorn: Okej. Jag föreslår att vi använder tiden här idag till att tala om hur du ser på det här med att skydda dig själv och din partner från att smittas av någon sexuellt överförd sjukdom och att bli gravid när man inte vill det. Vad säger du om det? (Introducerar ämnet och ”ber om lov” att få tala om det.)

Erik: Ja, det låter väl bra...

Kuratorn: Jag undrar hur du brukar använda preventivmedel? Är det okej för dig att vi börjar med att du berättar om det? (Ställer en inledande öppen fråga och ber om lov att få börja med den frågan.)

Erik: Ja det är väl okej. Jag brukar fråga förstås om hon har skydd och så. Sen så försöker man ju vara försiktig. Men alltså man frågar ju tjejen och så kanske hon använder hon p-piller. Då behöver man ju inte tänka mer på det.

Kuratorn: Du tar reda på om din partner använder skydd. (Reflektion. Fokuserar på det som Erik faktiskt gör för att skydda sig, och undviker att ta fasta på hur Erik ser på sitt eget ansvar då detta kan upplevas ifrågasättande och väcka motstånd. I denna inledande del av samtalet är det särskilt viktigt att undvika att väcka motstånd och istället visa empati och etablera en god relation.)

Erik: Ja, sen har jag ju hämtat kondomer ibland också här på ungdomsmottagningen. Men om tjejen redan har skydd så behöver ju inte jag ha något. Jag vill helst inte använda kondom för det är skönast så.

Kuratorn: Du använder kondomer som du fått genom ungdomsmottagningen. (Reflektion. Fortsätter att fokusera på det som Erik faktiskt gör för att skydda sig, och väljer fortfarande att vänta med att spegla den ytterligare information som hon får om hur Erik ser på sitt eget ansvar för att skydda sig.)

Erik: Ja, fast de ställer en massa frågor när man kommer hit om hur gammal man är. Sen får man ju bara ett paket kondomer åt gången och då måste man ju komma tillbaka hela tiden. Sen testar jag mig ju. Jag går ju hit och testar mig.

Kuratorn: Du testar dig också regelbundet här. (Reflektion. Fortsätter även här utforskandet av hur Erik använder preventivmedel genom

reflektioner. Får samtidigt mer information om vad Erik upplever som svårt med att använda kondomer.)

Erik: Ja det är ju bara så man kan få veta säkert att man inte är smittad. Tjejen brukar ju ha koll på det där. Som tjej kan man ju bli med barn och vill man inte bli med barn då kårar man ju typ p-piller eller så. Men nu behövde jag testa mig för jag känner inte den tjej jag träffade nu sist. Jag skulle inte ha sex med en tjej om jag kände till typ att hon hade haft sex med halva stan. Men jag känner inte den här tjejen, ingen av kompisarna heller, och då vet man ju inte. Tjejen jag träffade innan, hon var ju oskuld och då kan man ju känna sig säker för hon kan ju i alla fall inte ha blivit smittad av något.

Kuratorn: Så du har använt kondom vid några tillfällen och du gör test regelbundet, så du försöker ofta skydda dig mot smitta. Samtidigt kan du egentligen inte veta säkert om du smittats eller inte. När det gäller skydd mot graviditet så ser du det framförallt som tjejen sak att ta ansvar för.

(Sammanfattning och komplex reflektion.)

Erik: Ja det är ju hon som blir med barn. Fast det är ju upp till henne också att avgöra om hon vill behålla barnet eller göra abort. Skulle man då vara pappan då måste man ju ta ansvar för det. Jag skulle inte vara redo för det. Fast får jag fråga en sak, nån har sagt till mig att smitta kanske inte bara sprids när man har samlag. Men det är väl i alla fall vanligast?

Kuratorn: Sexuellt överförbara infektioner kan spridas på flera sätt. Vill du höra lite mer om det?

(Introducerar ett ämne för information i dialog och utför första steget i informationsutväxlingen som innebär att be om lov att få ge information.)

Erik: Ja, visst.

Kuratorn: Vad känner du till om sexuellt överförbara infektioner?

(Fortsätter med nästa steg i informationsutväxlingen. Utforskar vad Erik redan vet om ämnet, så att hon kan anpassa informationen efter det. Samtidigt innebär detta också att Erik själv fortsätter att reflektera och vara aktiv.)

Erik: Att man kan smittas om man har sex utan att skydda sig. Fast jag tror inte att det är så stor risk att träffa en vanlig tjej i min ålder som är smittad med typ HIV eller klamydia.

Kuratorn: Du vet att smitta sprids vid oskyddat sex. Vad mer?

(Reflektion och öppen fråga. Fortsätter att utforska vad Erik redan känner till om hur smitta sprids vid sexuellt överförbara infektioner.)

Erik: Nej, det är väl typ det.

Kuratorn: Som du känner till redan så smittar sexuellt överförbara infektioner vid oskyddat sex. Flera av dessa infektioner kan smitta både genom samlag, oralsex och analsex. Det gäller till exempel för klamydia som idag är en av de vanligaste sexuellt överförda infektionerna i Sverige bland personer under 25 år. Även herpes, som är en annan mycket vanlig virusinfektion, överförs både genom samlag och oralsex. Det gäller också för gonorré, HIV-infektion och två andra sexuellt överförbara infektioner som heter LGV och Trichomonas. Kondom är ett effektivt skydd mot smitta för alla de här infektionerna, och kan användas som skydd vid såväl vanligt vaginalsex som oralsex och analsex. Vad tänker du om detta?

(Ger information och utgår från hur överföring av smitta sker, eftersom Erik ställer frågor.

Informationen ges på ett sakligt sätt och utan rekommendationer. Avslutar sedan med en öppen fråga för att ta reda på hur Erik tar till sig informationen.)

Erik: Ja, då är det ju inte som jag har trott, att det är bara när man har samlag som det smittar. Alltså då borde man ju ha en kondom på hela tiden då man har sex, oavsett vad man gör. Om man vill undvika att smittas av något menar jag.

Kuratorn: Det är inte som du trott tidigare utan sexuellt överförda infektioner sprids på flera olika sätt. Du skulle önska att du kunde hitta en lösning som skyddar dig mot sexuellt överförda sjukdomar.
(Komplex reflektion.)

Erik: Ja, kanske. Men jag vill helst inte använda kondom för det är skönare utan.
(Uttrycker ambivalens.)

Kuratorn: Du känner att du skulle dels vilja hitta en säker lösning för att skydda dig, samtidigt som du vill kunna njuta fullt ut av din sexuella relation.
(Komplex reflektion. Uttrycker Eriks ambivalens på ett neutralt sätt.)

Erik: Ja.

Kuratorn: Kanske det vore en idé att sortera de tankar du har inför att skydda sig vid sexuella kontakter? Skulle det vara ok för dig?
(Ber om lov att få påbörja en utforskning av Eriks syn på de goda och mindre goda sidorna av hans nuvarande sätt att skydda sig vid sexuella kontakter.)

Kuratorn: Vad är det du upplever som de goda sidorna med ditt sätt att skydda dig vid sexuella kontakter?
(Påbörjar ambivalensutforskning med en öppen fråga.)

Erik: Okej. Nej, det är ju skönare utan kondom. Jag tycker hela grejen liksom blir starkare. Sen behöver man ju inte tänka på att skaffa kondomer.

Kuratorn: Lustupplevelsen blir starkare och du behöver inte planera och att se till att du har kondomer. Vad mer?
(Enkel reflektion och en öppen fråga.)

Erik: Sen så behöver man ju inte tänka på när man ska ta på dom heller. Det stör ju en del precis då man håller på.

Kuratorn: Behöver inte planera för när de tas på. Vad mer?
(Enkel reflektion och en öppen fråga.)

Erik: Nej men det är väl det.

Kuratorn: Vad är de mindre goda sidorna med ditt sätt att skydda dig vid sexuella kontakter.
(Fortsätter ambivalensutforskningen med en öppen fråga. Övergår till de negativa sidorna av Eriks nuvarande vanor.)

Erik: Om det är som du säger då kan man ju faktiskt bli smittad, oavsett vad man gjort. Det verkar ju som att man borde använda kondom hela tiden egentligen, om man inte vill bli smittad av något.
(Förändringsprat.)

Kuratorn: Om du inte använder kondom hela tiden har du inget skydd mot smitta vare sig vid vanligt samlag, oralsex eller analsex. Vad mer?
(Reflektion och öppen fråga.)

Erik: Och sen är man ju lite orolig ibland att det faktiskt ska bli barn. Om tjejen har glömt att ta ett piller till exempel eller om det bara blev så att man var ihop ändå. Det skulle ju inte vara så kul.

(Förändringsprat.)

Kuratorn: Om du inte använder skydd kan du inte själv vara med och påverka när du ska bli pappa. Vad mer?

(Reflektion, öppen fråga.)

Erik: Nej, det är väl det ungefär.

Kuratorn: Så, det du upplever som goda sidor med ditt nuvarande sätt att skydda dig vid sexuella kontakter är att upplevelsen blir starkare, att du inte behöver planera innan hur du ska skaffa kondomer, och att du inte behöver planera i situationen för när du ska ta på dem.

Samtidigt är de mindre goda sidorna med att du inte använder kondom regelbundet att du då inte har något skydd mot smitta eftersom du inte kan veta säkert om den du träffar är smittad. Om du inte använder skydd regelbundet kan du heller inte påverka när du ska bli pappa. Du känner dig inte redo för att bli pappa ännu så det är viktigt för dig att kunna påverka detta. Är det rätt uppfattat?

(Dubbelvändig sammanfattning. Väljer att lista aspekter av goda och dåliga sidor med Eriks sätt att skydda sig. Detta för att Erik ska börja reflektera över sitt eget ansvar och ompröva det. När de båda sidorna ställs mot varandra i sammanfattningen tydliggörs dessa omprövningar.)

Erik: Ja...

Kuratorn: Så vad tänker du om detta, vad blir nästa steg?

(Öppen fråga. Ger inga förslag till förändringar utan lämnar ansvaret vidare till Erik.)

Erik: Jag vet inte ännu. Jag behöver nog fundera mer på det. Om jag träffar en tjej som jag gillar på en fest vet jag egentligen aldrig vad som händer om vi sover ihop. Kanske vill jag, kanske vill hon. Och så blir det så. Men det skulle kännas skönt att inte behöva oroa sig för att bli smittad av något eller att man skulle bli pappa till ett barn nu.

(Förändringsprat. Börjar reflektera och se att det finns ett problem han kan behöva göra något åt. Ger också uttryck för en låg nivå av tilltro till sin förmåga att ha kontroll över vad som händer i sina sexuella kontakter.)

Kuratorn: Du kan se flera fördelar med att du själv skulle börja ta ett större ansvar för att skydda dig. Samtidigt behöver du tid att fundera över hur du nu vill gå vidare.

(Dubbelvändig sammanfattning. Förstärker igen Eriks förändringsyttranden som leder vidare mot reflektioner om förändring.)

Erik: Ja, jo jag behöver nog det.

Kuratorn: Är det nåt mer du skulle vilja ta upp idag?

(Följer upp om Erik har något mer han vill tala om.)

Erik: Näe, jag tror inte det.

Kuratorn: Jag föreslår att vi avslutar här idag. Men jag vill gärna höra hur du funderar vidare. Ska vi boka en ny tid längre fram och prata lite mera... Vad säger du om det?

(Avslutar samtalet och föreslår en ny tid.)

Erik: Ja, det är nog bra.

Efter en ambivalensutforskning kan det senare vara lämpligt att gå vidare och utforska den ambivalens som finns för förändring. En sådan kan innebära att klienten återigen får tänka igenom och formulera vad eventuella förändringar skulle kunna innebära.

Vetenskapliga studier

Vetenskapliga studier om motiverande samtal-sexuellt riskbeteende enligt metaanalysen Hetteima J, Steele J & Miller WR. Motivational Interviewing. Annu.Rev.Clin.Psychol. 2005(1):91-111.

Studie

Baker A, Heather N, Wodak A, Dixon J, Holt P (1993). Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for HIV prevention among injecting drug users. AIDS, 7: 247-256.

Beskrivning

Syftet med studien var att utvärdera om en återfallsprevention i jämförelse med en kort-intervention, bestående av ett motiverande samtal (MI), är effektivare för att minska beteenden som ökar risken att smittas med hiv bland injicerande drogmissbrukare. Studiens hypotes var att ett återfallsprogram på sex tillfällen skulle vara mer effektivt, vad gäller att reducera sexuellt risktagande, än en kort MI-intervention, och ett kontrollförhållande utan några interventioner. En andra hypotes var att interventionen som byggde på motiverande samtal skulle vara effektivare än kontrollförhållandet för att minska sexuellt risktagande.

Urvalet bestod av 95 injicerande drogmissbrukare, som deltog i ett metadonprogram. Inkluderingskriterium var att ha injicerat någon drog sex månader innan intervention. Deltagarna blev slumpmässigt utvalda antingen till återfallsprevention (ÅP), motiverande samtal (MI), eller kontrollgrupp (KG).

Den korta *MI-baserade interventionen* (MI) bestod av ett enskilt motiverande samtal på 60-90 minuter. Samtalet syftade till att förändra nålhantering och riskfyllt sexuellt beteende. Syftet var att få klienten att uttrycka sina funderingar över högriskbeteende och sina risker för att sprida viruset, samt att uttrycka önskan att förändra sitt beteende och på så sätt initiera en rörelse från ett tidigare till ett senare stadium i förändringsprocessen. Ett häfte med självhjälpsstrategier för att reducera högriskbeteende delades också ut.

Återfalls-preventionsprogrammet (ÅP) bestod av sex möten på 60-90 minuter. Första mötet bestod av ett motiverande samtal, liksom i den intervention som byggde på motiverande samtal (MI). Detta följdes av fem veckovisa sessioner med olika fokus, under vilka även informationsblad delades ut. Syftet var att förvärva färdigheter att förhindra återfall och minska riskfyllt sexuellt beteende.

Alla deltagare i *kontrollförhållandet* (KG) fick råd om beteenden som ökar risken att drabbas av hiv. Dessa råd var normalt tillgängliga för alla deltagare i metadonprogrammet. Därutöver fick de även en informationsbroschyr innan interventionerna.

Före interventionerna gjordes en *mätning* av samtliga deltagare. De fick lämna demografiska data, behandling, och tidpunkt för senaste injicering. De fick dessutom fylla i ett droganvändningstest, vilket bland annat innehåller en droganvändnings skala. Frågor om risktagande beteende besvarades med hjälp av en skala som bedömer hiv risktagande beteende. Deltagarna lämnade även ett blodprov för hiv-antikroppstestning.

Resultat

Samtliga deltagare följdes upp efter sex månader. Deltagarna fick då återigen fylla i droganvändningstestet, test om hiv risktagande beteende, samt lämna hiv-test. Utöver det fick

deltagarna lämna information om högsta risk för hiv smitta och lämna urinprov. Slutligen gjordes också en intervju med partner.

Resultaten visar att följsamheten till interventionerna var bra. Inga signifikanta skillnader i risktagande beteende kunde påvisas mellan grupperna månaden före uppföljning. Bevis fanns dock för en lägre grad av risktagande i sprutanvändning i den grupp som fick ÅP under den tyngsta risktagande veckan, räknat från den mätning som gjordes före interventionen.

Analysen visar inga tecken på att (MI) hade mer gynnsamma effekter på risktagande beteende än det vanliga metadon programmet. Inget tyder heller på att någon av de två interventionerna minskade sexuellt risktagande. Resultaten tyder på att individuella återfallsprogram kombinerat med ett motiverande samtal minskar sprutanvändningsbeteende under återfallsperioder mer effektivt än ett enskilt motiverande samtal. Ytterligare studier behövs för att utveckla resultaten. Möjligen är MI mer passande för mer socialt stabila personer.

Studie

Carey M P, Maisto S A (1997). Enhancing Motivation to Reduce the Risk of HIV Infection for Economically Disadvantaged Urban Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (4) 531-541.

Beskrivning

Studien syftade till att öka effektiviteten i existerande interventioner som syftar till att minska hiv-risk genom en kombination av motiverande strategier och färdighetsträning för att minska riskbeteende. Hypotesen var att deltagarna i interventionsgruppen (IG) i förhållande till kontrollgruppen (KG) skulle öka sina hiv-kunskaper, uppfattningen om risk, samt anamma säkrare sexuellt beteende.

Urvalet bestod av 102 afro-amerikanska kvinnor. Deltagarna skulle uppfylla minst en av följande riskfaktorer; egen erfarenhet av att injicera droger, nylig erfarenhet av STI, sexhandel, flera partners, icke monogama partners, eller partners som injicerat droger.

Genom ett randomiserat urval valdes kvinnorna ut till antingen en MI-baserad, riskreducerande intervention eller till väntelista. Medelålder var 32 år, 76 % var afro-amerikaner. Deltagarnas utbildningslängd var 11,8 år. 90 % hade en årsinkomst på mindre än 200 000 dollar per år. 73 % av dem hade hiv-testat sig, 60 % av kvinnorna kände någon som hade aids.

Inledningsvis fyllde deltagarna i en undersökning som mätte demografiska faktorer, kunskaper om hiv, motivation (i form av attityder och uppfattning av risk) samt sexuellt riskbeteende. En MI-intervention på fyra gånger 90 minuter utfördes därefter. Tre veckor efter den inledande mätningen utfördes en första utvärdering och en andra utvärdering utfördes två månader efter den första.

Kunskaper om hiv-smitta mättes med hjälp av en enkät. Motivation undersöktes utifrån två motivationsindex. Först undersöktes uppfattningen om risk. Utifrån en sjugradig skala fick deltagarna sedan även uppskatta sin benägenhet att engagera sig i riskreducerande beteenden.

Riskbeteenden i sexuell kommunikation bedömdes utifrån tre komponenter; om man talat med sin partner om säkrare sex, om man talat om att testa sig för hiv eller vägrat ha sex med partner för att denne vägrat använda kondom. Deltagarna uppmanades även att svara på om de använt alkohol eller droger innan sex. Även mängden oskyddade anala och vaginala samlag, samt antalet partners undersöktes.

Resultat

Resultaten visar att en smågruppsintervention som använder motivationsförstärkande strategier kan hjälpa kvinnor i sina försök att minska sina risker att smittas av hiv.

IG ökade sina hiv-kunskaper, sina avsikter att undvika osäkert sex, kommunikationen om sina avsikter till sexuell partner, samt minskade droganvändningen innan sex. IG var även mindre benägna att delta i oskyddat vaginalt samlag. Förändringarna kunde observeras efter interventionen och de flesta utfallsvariablerna var oförändrade vid uppföljningen efter tre månader.

Kunskaperna om hiv-risk var i jämförelse med KG högre, både vid mätningen efter interventionen och vid uppföljningen. Skillnaden var inte signifikant i jämförelse med KG.

Uppfattningen om risk var högre än KG, både vid mätning efter interventionen och uppföljning. IG hade även säkrare avsikter vad gäller beteende än KG, både efter interventionen och efter uppföljningen.

Vad gäller *kommunikationen med partnern*, visade IG jämfört med KG en statistiskt signifikant skillnad vid mätningen efter interventionen men inte vid uppföljningen.

Deltagarna var mindre benägna att använda *droger och alkohol* efter interventionen. Skillnaden hade dock försvunnit vid uppföljningen.

Medelvärde på effektstorleken i denna studie överstiger de man uppnått i andra färdighetsbaserade ansatser med denna målgrupp. Den överstiger också de effekter som uppnått i andra kontexter som syftar till att förändra hälsobeteende. Storleken på den effekt som uppnås motiverar alltså att den motiverande ansatsen undersöks ytterligare med större urval och mer utvecklad design.

Studie

Carey M P et al (2000). Using Information, Motivational Enhancement, and Skills Training to Reduce the Risk of HIV Infection for Low-Income Urban Women: A second randomized Clinical trial. *Health Psychology*, 19 (1), p 3-11.

Beskrivning

Syftet var att upprepa Carey et al's studie från 1997. För interventionen användes därför exakt samma upplägg, men på ett nytt urval. Designen förstärktes även, bland annat genom att deltagarna rekryterades med utgångspunkt från risk, och genom användandet av en strukturellt likvärdig kontrollgrupp.

Urvalet bestod av 197 kvinnor som rekryterades antingen till en intervention (IG), som syftade till att minska sexuellt riskbeteende genom att stärka motivationen att förändra sitt beteende med hjälp av motiverande samtal, eller till en hälsoförebyggande kontrollgrupp (KG). Urvalskriterierna var desamma som i Carey et al (1997).

Inledningsvis fyllde samtliga deltagare i en enkät för att mäta demografiska faktorer, HIV-relaterad kunskap, motivation (uppfattning om risker och beteende intentioner), samt sexuellt riskbeteende. Två faktorer användes även för att avgöra om deltagarna använt alkohol eller droger före sexuella aktiviteter de senaste två veckorna. Fem faktorer användes för att bedöma frekvensen av oskyddade och skyddade anala och vaginala samlag, samt antalet manliga partners de senaste två veckorna.

Den *MI-baserade interventionen* (IG) bestod av fyra gruppsessioner i liten grupp som varade i 90 minuter. Interventionen syftade till att stärka motivationen genom att bygga upp en beredskap att förändra sig, och en uppskattning av varför förändring var viktigt. Sessionerna

förmedlade hiv-kunskap, träning i färdigheter i att använda kondomer, sexuellt beslutstagande, problemlösning och hanterande av risksituationer (för fullständiga detaljer se även Carey et al 1997). Den *hälsoförebyggande kontrollinterventionen* (KG) bestod också av fyra tillfällen. Denna intervention tog upp ämnen som stresshantering, näringslära och hälsa. Rådgivarna följde också upp deltagarnas utveckling mot hälsoinriktade mål.

Resultat

Eftermätning utfördes tre veckor efter start och *uppföljning* tolv veckor efter den inledande mätningen med enkät. Ekonomisk ersättning utgick vid varje tillfälle.

Resultaten bekräftar att en intervention som bygger på såväl motiverande som färdighetsbaserade komponenter är en användbar ansats för att minska beteenden som ökar risken att smittas med hiv. Vid eftermätningen hade de *hiv-relaterade kunskaperna* ökat i IG. Medelvärdet låg också högre än jämförelsegruppens. Även vid uppföljningen låg det högre. Vad gäller *varseblivning av risk* förändrade ingen av grupperna sina resultat från eftermätning och till uppföljning. Vad gäller *handlingsintentioner* visade analysen att båda grupperna ökade sina värden vid eftermätningen. IG:s värden var heller inte signifikant starkare än KG:s. Vid uppföljningen däremot hade handlingsintentionerna i KG avtagit, och en avgörande skillnad kunde då ses mellan grupperna vad gäller avsikter. Vad beträffar riskrelaterade beteenden visade eftermätningen ingen skillnad i kondomanvändning mellan grupperna. Inte heller vid uppföljningen kunde någon skillnad påvisas.

De deltagande kvinnorna förstärkte alltså över tid sin kunskap och sina avsikter att minska sina risker. Ingen skillnad kunde urskiljas mellan grupperna, vad gäller kondomanvändning förutom för de kvinnor som uttryckte "fel" avsikter. De kvinnor som vid eftermätningen gav uttryck åt "fel" avsikter ökade sin kondomanvändning. Av de kvinnor som talade om kondomanvändning och hiv-testning med sina partners, gjorde IG det vid flest tillfällen. IG var också mer benägna att ha nekat sin partner sex. Riskuppfattningen ökades däremot inte. Inte heller minskades antalet sexuella partners. Ytterligare ett resultat var att endast de kvinnor som gav uttryck åt "fel" avsikter rapporterade en minskning av risktagande.

Variabler som kärlek och fysiologisk upphetsning påverkar enligt författaren sexuellt beslutsfattande i högre utsträckning än vad som erkänns i de sociala kognitiva modeller som utformats för att minska hiv-risk. Resultaten tyder på att det förutsägande värdet i dessa modeller kan ökas om sådana icke-kognitiva variabler inkluderas i modeller som syftar till att minska hiv- riskbeteende.

Studie

Kalichman S C, Cherry C, Browne-Sperling F (1999). Effectiveness of a Video-Based Motivational Skills building HIV Risk-reduction intervention for Inner-City African American men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6) 959-966.

Beskrivning

Studien utgår från hypotesen att en intervention som integrerar motivationsförstärkande komponenter med utveckling av kognitiva och beteendeariktade färdigheter bör resultera i en minskning av sexuella vanor som ökar risken att smittas av hiv bland män som har sex med kvinnor. Studien prövar vilka effekter interventioner som minskar risken att smittas av hiv och utgår från en IMB-modell (Information-Motivation-Behavioral skills) har på afroamerikanska män. Modellen utgår från MI-tekniker som tidigare beskrivits av Miller et al (1992) och som anpassats för hiv-prevention av Carey et al (1997).

Deltog i studien gjorde 117 afroamerikanska män i USA, som bodde i ett område med ett stort antal AIDS-fall. Studien vände sig till heterosexuella. Medelåldern var 33 år. Medellängd på utbildning var 11, 7 år. Deltagarna visade förhöjda risker att smittas av hiv eller någon annan STI. 82 % var tidigare behandlade för någon STI. 71 % bytte sex mot droger och pengar. 16 % hade haft både manliga och kvinnliga partners de senaste tre månaderna. 81 % var tidigare straffade. 25 % hade haft sex med en partner som injicerade droger. 94 % var testade för antikroppar mot hiv.

Männen valdes slumpmässigt ut antingen till en videobaserad gruppintervention inriktad på att öka motivation och färdigheter (MI), eller till en videobaserad hiv-utbildning, vilken utgjorde kontrollgruppen (KG). Interventionen var uppdelad på två gånger vardera tre timmar långa. Grupperna bestod av 6-10 deltagare och två gruppleddare. Mätningar fokuserade på demografisk information, aids-relaterad kunskap, attityder till kondom, avsikter att undvika hiv-risk, tillämpning av riskreducerande strategier, sexuellt beteende samt drogbruk vid tre, respektive sex månaders uppföljning.

Resultat

Båda grupperna visade liknande mönster vad gäller kunskap och attityder till hiv/AIDS över alla mätningar.

Vid 3 mån uppföljning rapporterade de män som deltog i den MI-baserade och färdighetstränande interventionen (IG), högre antal skyddade samlag och ökad kondomanvändning. Det förekom också oftare att de talade med partnern om aids.

Vid 6 mån uppföljning var skillnaden inte längre signifikant, men männen i IG planerade och talade med partnern om kondomanvändning i större utsträckning i jämförelse med KG.

Grupperna testades även för skillnader i drogbruk före samlag, sexuellt beteende, riskreducerande beteende. Deltagarna i IG rapporterade då lägre drogbruk i samband med samlag samt lägre alkoholanvändning före samlag. De rapporterade även lägre användning av droger före samlag vid sex månader uppföljning.

Resultaten visar att en videobaserad intervention som kombinerar motiverande samtal och metoder för att utveckla riskstrategier och andra färdigheter har effekt. Intressant i denna studie är att effekterna börjar avta först efter sex månader, till skillnad från andra fall då denna tendens kan visa sig redan vid tre månader. En slutsats är dock att genomförande av hiv-risk reducerande interventioner på samhällsnivå kan behöva ytterligare uppföljande insatser för att nå bestående förändringar.

Studie

Picciano J F, Roffman R A, Kalichman S C, Rutledge S E (2001). A Telephone Based Brief Intervention Using Motivational Enhancement to Facilitate HIV Risk Reduction Among MSM: A pilot Study. *Aids and Behaviour*, 5(3) 251-261.

Beskrivning

Syftet med denna randomiserade studie, var att utvärdera om en telefonbaserad kort rådgivning, i form av ett motiverande samtal, kan minska sexuellt risktagande bland män som har sex med män (MSM). Studien vände sig mot individer som för närvarande var engagerade i osäkert sex men som inte kände sig förpliktade att göra några förändringar för att göra sina sexvanor säkrare.

Studien genomfördes helt på telefon. Lämpliga var de som var över 18 år, män, hade deltagit i åtminstone tre oskyddade anala eller orala samlag med en manlig partner under de senaste sex

veckorna, och som hade ett förhållande som inte var ömsesidigt monogamt eller där man förhandlat om säkerhet. Intresserade fick besvara en enkät som sedan åtföljdes av ett samtal på 90 minuter. Resultaten i enkäten var avgörande för om de kunde slumpas till att ingå i den grupp som kom för omedelbar rådgivning (IG) eller fördröjd rådgivning, vilken utgjorde kontroll gruppen (KG).

Med utgångspunkt från enkäten gjordes en personlig återkoppling. Ett rådgivningstillfälle på 90-120 minuter genomfördes en timme senare. Sex veckor senare gjordes en 90 minuters uppföljning. Deltagarna i KG fick däremot vänta i sju veckor på att få genomgå en uppföljningsbedömning och därefter genomföra en likadan rådgivningssession. En MI- inriktad intervjustil tillämpades. Intervjun var inriktad på att öka viljan till förändring, främja ökade intentioner att använda kondom och att stödja säkrare sexmetoder.

Mätningar utfördes av demografiska data, villighet att förändra sexuellt beteende, avsikter i sexuellt beteende, drogmissbruk, tidigare ansträngningar att minska risker.

Beredskap att förändra sexuellt beteende rapporterades dels utifrån Prochaskas transteoretiska modell för förändring och dels genom en särskilt utarbetad skala med 8 komponenter.

Resultat

Resultaten visar att vad gäller beredskapen att förändra sexuellt beteende, klassificerades mer än hälften av deltagarna (55 %) i faserna "före begrundan" och "begrundan" vid det inledande samtalet. Vid uppföljning i sjunde veckan visade det sig att fler deltagare i IG gruppen, i jämförelse med KG-gruppen, hade förändrat sin vilja till förändring från "före begrundan" till "begrundan", eller till "förberedelse", "handling" eller "vidmakthållande av förändring". Skillnaden är dock inte statistiskt signifikant. Däremot finns en signifikant lägre nivå vad gäller ambivalens till att förändra sexuellt beteende vid uppföljningen den grupp som fick omedelbar rådgivning. Således visar resultaten att de som fick omedelbar rådgivning uttrycker större beslutsamhet att anamma säkrare sexvanor vid uppföljningen än inledningsvis. Vad gäller förändring av sexuellt beteende uppvisar resultaten inga tydliga skillnader mellan grupperna.

Slutsatsen är att en kort intervention som bygger på motiverande principer för att främja skyddat sex bland män som har sex med män, och som därmed löper en ökad risk att smittas av hiv, har positiv effekt.