



Statens
folkhälsoinstitut

Samtal om sexualitet

STI (sexuellt överförda infektioner)
och önskad graviditet
– förebyggande insatser och behov

Samtal om sexualitet

STI (sexuellt överförda infektioner)
och oönskad graviditet
– förebyggande insatser och behov

© STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT, ÖSTERSUND 2010, R 2010:06

ISSN: 1651-8624

ISBN: 978-91-7257-692-6

OMSLAGSFOTO: PHOTOS.COM

FOTO INLAGA: PHOTOS.COM

GRAFISK PRODUKTION: AB TYPOFORM

TRYCK: ELANDERS SVERIGE AB, MÖLNLYCKE, 2010

Innehåll

5	Förord	
6	Ordlista	
9	Sammanfattning	
11	Summary	
13	Inledning	
17	KAPITEL 1. Oskyddat sex och förebyggande insatser	
	Sammanfattning	18
	Samband mellan oskyddat sex och hälsa	18
	Hälsoekonomiska aspekter	18
	Är kampanjer och smittspårning kostnadseffektiva metoder?	19
	Kostnadseffektiva samhällsinvesteringar i ett bredare perspektiv	20
	Oskyddat sex och hälsa	21
	Oönskad graviditet och tonårsgraviditet	21
	Klamydia vanligast bland unga	21
	Låg kondomanvändning i Sverige	22
	Insatser och faktorer som påverkar oskyddat sex	23
	Styrdokument och vårdprogram	23
	Nationell kommunikationsstrategi	23
	Akut p-piller och andra preventivmedel	23
	Sex- och samlevnadsundervisning i skolan	24
	Skolhälsovården är en del av elevhälsan	24
	Ungdomsmottagningar	25
	Sex- och samlevnadsmottagningar (Sesam)	26
	Studentmottagningar	26
	Mansmottagningar	27
	Mottagningar för homosexuella	27
	Barnmorskemottagningar	27
	Internet – Ungdomsmottagningen på nätet	27
	Klamydiaprovtagning via nätet	28
	Regionala och lokala projekt är viktiga	28
	Opinionsbildning	28

	<i>Insatser med samtalsmetoder</i>	28
	Ojämlig tillgång till prevention, stöd, råd och service	29
	<i>Mångfald</i>	30
	<i>Heder som beskär livsutrymmet för många ungdomar</i>	31
	<i>Sexuell identitet</i>	31
	<i>Dubbelt utsatta – ungdomar med funktionsnedsättning</i>	31
	<i>Socioekonomiska faktorerens betydelse</i>	33
	<i>Personer som testar sig för STI</i>	33
	<i>Upprepade aborter</i>	33
	<i>Alkoholens effekter på sexuell och reproduktiv hälsa</i>	34
	<i>Utebliven kondom användning – men varför?</i>	35
37	KAPITEL 2. Effektiva samtalsmetoder för att förebygga STI	
	Sammanfattning	38
	Bakgrund	38
	Syfte och frågeställningar	41
	Metod	41
	<i>Val av studier (inklusionskriterier)</i>	41
	<i>Datagranskning och kvalitetsbedömning</i>	43
	Definition av intensiteten i insatsen	43
	Resultat	43
	Diskussion	49
53	KAPITEL 3. Resultatens användning i Sverige – hinder och möjligheter	
	Sammanfattning	54
	Forskning om effektiva insatser saknas i Sverige	54
	Utbildningsinsatser inom motiverande samtal (MI) är en viktig åtgärd	55
	Primärprevention	56
	Styr- och ledningsperspektiv avgörande framgångsfaktorer	57
	Andra aktörer	57
	Slutsatser	58
60	Referenser	
66	Bilaga 1. Sammanfattning av evidensen i studierna	

Förord

STATENS FOLKHÄLSOINSTITUTS huvuduppgift är att utveckla och sprida kunskap om effektiva metoder som främjar hälsa och förebygger sjukdom. Sexualitet och reproduktiv hälsa är bestämningsfaktorer som påverkar hälsan och har både hälsofrämjande och förebyggande egenskaper, men kan också påverka hälsan negativt. Negativa hälsoeffekter kan ofta förebyggas genom insatser som motiverar individer att förändra sina attityder och beteenden. Goda samhällsekonomiska argument finns för att effektivisera det förebyggande arbetet.

Den här rapporten beskriver utvecklingen i Sverige av STI (sexuellt överförda infektioner), oönskade graviditeter, förebyggande och hälsofrämjande metoder, insatser och behov inom området.

Det övergripande syftet är att öka kunskapen om effektiva metoder i det patientcentrerade arbetet med STI och oönskad graviditet. En genomgång av publicerade studier som den här rapporten presenterar, visar att samtal enligt MI (motiverande samtal) och liknande metoder, är effektiva för att förebygga STI och sexuellt risktagande. Därför finns det starkt stöd för de utbildningsinsatser inom MI som genomförts i Sverige under de senaste åren. Dessa utbildningsinsatser har emellertid främst fokuserat på områdena tobak, alkohol och fysisk aktivitet, och bör därför utvecklas för att även inkludera hur man på bästa sätt samtalar om sexuellt risktagande i rådgivande situationer, då det finns misstanke om STI eller oönskad graviditet. Det är också viktigt med ökat fokus på mäns ansvar och behov i dessa frågor.

Rapporten riktar sig till kliniskt verksamma som arbetar med prevention av STI och oönskade graviditeter, beslutsfattare, politiker, studenter, ideella organisationer och andra intresserade.

Rapporten har sammanställts av *Marlene Makenzius*, utredare vid Statens folkhälsoinstitut.

Granskarna av rapporten har lång erfarenhet av patientcentrerat arbete och har bidragit med värdefulla synpunkter; *Astri Brandell Eklund*, specialist i allmänmedicin och expert inom Motiverande samtal, *Lotti Helström*, docent, specialist kvinnosjukvård och förlossning, Institutionen Södersjukhuset, Karolinska Institutet, Stockholm, *Margareta Larsson*, docent vid Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet.

Östersund, april 2010

Sara Wamala
Generaldirektör

Ordlista

Förebyggande	Förebyggande insatser handlar om insatser som förhindrar uppkomsten av icke önskvärda händelser, handlingar, beteenden och tillstånd. Insatserna syftar inte alltid till att förebygga sjukdom, exempelvis så är oönskad graviditet ett tillstånd och ingen sjukdom.
Hiv	Humant immunbristvirus (hiv) som smittas via blod eller genom sexuella kontakter utan kondom, vaginalt, oralt och analt. Cirka 33 miljoner människor världen över beräknas vara smittade, och viruset har alltsedan sitt utbrott skördat runt 30 miljoner människoliv. Omkring sju tusen smittas varje dag och mer än 5 700 dör varje dag i hiv-relaterade sjukdomar.
Hälsofrämjande	Hälsofrämjande insatser som beskrivs i den här rapporten kan liknas med olika förhållningssätt som utgår från en positiv syn på hälsa, i det här fallet sexualitet och reproduktiv hälsa. Hälsan ses som en resurs som ska tas tillvara och stärka individens möjlighet att göra goda val och minska risktagande. Men, även vid diagnosticerad STI (sexuellt överförd infektion) eller oönskad graviditet möjliggöra för en snabb och säker behandling och återhämtning. Ofta överlappar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande begrepp varandra, men om insatserna syftar till att reducera en riskfaktor kallas den ofta förebyggande. Om den istället bidrar till att öka tillgången till en skyddsfaktor (friskfaktor) kallas den hälsofrämjande.
Incidens	Ett epidemiologiskt begrepp som anger antalet händelser som inträffar i en viss population under en avgränsad tid, som exempelvis registrerade klamydiafall, oönskade graviditeter och aborter.
Intensitet	I den här rapporten används begreppen ”låg”, ”måttlig” och ”hög” intensitet när vi beskriver den givna insatsens omfattning. Begreppen finns definierade och beskrivna på sidan 43.

Intervention	Begreppet intervention används frekvent i de amerikanska studier, som den här rapporten bygger på. För att underlätta för läsaren har emellertid begreppet, som heter samma sak på svenska, bytts ut mot bl.a. samtalsmetoder, samtal, insatser och studier beroende på sammanhanget. I bilagan längst bak i rapporten samt i de tabeller som förekommer inne i rapporten, står begreppet intervention kvar eftersom resultatet i tabellerna är hämtat direkt från de amerikanska rapporterna.
Klamydia	Klamydia är en STI (sexuellt överförd infektion) orsakad av bakterien Chlamydia trachomatis. Klamydia är den vanligast förekommande anmälningspliktiga STI:n i Sverige. Det finns ett flertal arter av Chlamydia, men trachomatis är den mest kända. Den smittar vid vaginalt, oralt och analt sex utan kondom.
MI	<p>Motiverande samtal (eng. Motivational Interviewing) är både ett förhållningssätt och en metod som syftar till att förändra ett riskfyllt eller skadligt beteende. Det motiverande samtalet har som mål att öka klientens vilja att förändra sitt beteende och underlätta att komma vidare i förändringsprocessen. Stor vikt läggs vid klientens självständighet (autonomi) i motsats till ett mer konfrontativt förhållningssätt, där klienten blir tillsagd vad hon bör göra och där hennes val ibland inte accepteras utan betraktas som ett resultat av bristande insikt.</p> <p>Motiverande samtal har sin utgångspunkt i klientens egna erfarenheter, värderingar och prioriteringar, och fokuserar på att klienten har – eller själv kan skaffa sig – de färdigheter som behövs för en förändring. Rådgivarens roll är att styra samtalet i rätt riktning.</p>
RCT	Randomiserad kontrollerad studie (RCT) är en undersökningsmetod som genomförs på friska eller sjuka människor för att studera effekten av ett läkemedel eller som i den här rapporten en behandlingsmetod. Idén med kliniska prövningar är att man ska jämföra en kontrollgrupp som inte får behandling med en grupp som faktiskt får behandling. En randomiserad klinisk prövning kan anses vara den gyllene standarden för att jämföra två olika behandlingsformer. RCT-studierna i den här rapporten syftar till att utvärdera och identifiera metoder som är lämpliga att använda inom primärvården för att

förebygga STI och sexuellt risktagande i befolkningen och bland olika grupper.

Sjukdomsförebyggande Sjukdomsförebyggande insatser handlar om att förebygga en specifik sjukdom som exempelvis klamydia, hiv och cancer. Ofta är hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande begrepp som överlappar varandra, men om insatserna syftar till att reducera en riskfaktor kallas den ofta förebyggande.

STI STI (eng. Sexually Transmitted Infections) betyder sexuellt överförda infektioner. Det är infektioner som smittar vid alla typer av sexuella kontakter där slemhinna kommer i kontakt med slemhinna och i vissa fall via blod, exempelvis hiv och hepatit. En del infektioner är anmälningspliktiga enligt den svenska smittskyddslagen och klamydia är den vanligaste anmälningspliktiga STI:n i Sverige. Herpes och kondylom är inte anmälningspliktiga infektioner, men är mer vanligt förekommande i Sverige än klamydia, gonorré och hiv, som är anmälningspliktiga.

Sammanfattning

TROTS FRAMSTEG INOM det förebyggande arbetet och behandlingen av STI (sexuellt överförda infektioner), är dessa fortfarande en viktig orsak till sjukdom och dödlighet i ett globalt perspektiv. Goda samhällsekonomiska argument finns därför för att effektivisera och samordna det förebyggande arbetet i en nationell policy för sexualitet och reproduktiv hälsa.

I Sverige lever fler människor än någonsin med hiv, och klamydia har ökat med över 200 procent sedan 1997. I linje med utvecklingen av STI är också trenden de senaste åren att aborterna ökar i alla åldersgrupper förutom bland tonåringarna. Att förebygga STI innebär också att förebygga oönskade graviditeter, två områden som överlappar varandra och därför måste det förebyggande arbetet också samordnas nationellt, regionalt och lokalt. Mer fokus behövs på faktorer som främjar sexuell hälsa och minskar sexuellt risktagande, men också på effektiva metoder i det patientcentrerade arbetet med STI och oönskad graviditeter. Syftet med den här rapporten är att beskriva utvecklingen av STI och oönskade graviditeter i Sverige, förebyggande insatser och behov i det patientcentrerade arbetet. I Sverige finns en stor bredd i det preventiva arbetet med sexualitet och reproduktiv hälsa på alla nivåer i samhället, men få av insatsernas effekter har utvärderats. Dessutom är tillgängligheten av förebyggande insatser ojämnt fördelade i landet, som bl.a. landets ungdomsmottagningsverksamhet och skolans sex- och samlevnadsundervisning. Dessa verksamheter är viktiga, framför allt i det primärpreventiva arbetet, och därför behöver deras innehåll och struktur utvärderas, kvalitetssäkras samt vara tillgängliga för alla på lika villkor.

I kapitel 2 presenteras kunskap om effektiva samtalsmetoder inom primärvården, vilka kan förebygga STI och minska sexuellt risktagande. Eftersom svensk forskning saknas inom området bygger den här rapporten på en amerikansk systematisk kunskapssammanställning. Flera av de målgrupper som samtalsmetoderna riktade sig till i de amerikanska studierna är generaliserbara till svenska förhållanden. Därför är det troligt att metoderna även är lämpade för svenskt preventionsarbete. De flesta artiklarna, av de 21 som presenteras, är randomiserade kontrollerade studier (RCT), vilka har utvärderat effekterna av olika former av samtalsmetoder som syftar till att minska STI och sexuellt risktagande. Samtalen genomfördes individuellt eller i grupp men har utgått från en gemensam teori: att genom patientens tillåtelse ge kunskap, stöd, vägledning samt skapa motivation hos individen att själv förändra sitt beteende.

Det finns evidens för en måttlig minskning av STI och minskat sexuellt risktagande med upprepade samtal riktade till ungdomar och vuxna. De starkaste effekterna uppnåddes bland sexuellt aktiva tonåringar, dem med tidigare erfarenhet av STI, dem med flera sexualpartner, socioekonomiskt utsatta, minoritetsgrupper och

bland dem som lever i storstadsmiljöer. Målgruppens riskutsatthet och intensiteten i insatsen har betydelse för hur stor effekten blir på antalet nya STI-fall under uppföljningstiden och det sexuella risktagandet. Det finns ingenting som talar för att samtalen var skadliga eller ökade risken att smittas av en STI.

Ytterligare studier behövs för att utvärdera beteendearikade insatser av lägre intensitet bland dem med hög riskutsatthet. Likaså behövs mer forskning om insatser för grupper med lägre riskutsatthet, vilka inte primärvården når ut till med sin verksamhet. Generellt finns fler studier om kvinnor än om män inom området och mer forskning om samtalsmetoder riktade till män behövs.

Slutsatsen är att STI och oönskade graviditeter är vanligare bland ungdomar än bland vuxna och de löper därför större risk att smittas med en STI eller bli oönskat gravida. Effekten av insatser med samtalsmetoder blir därför också sannolikt störst om de riktas till ungdomar. Förebyggande samtalsinsatser bör riktas rutinmässigt till följande grupper:

- sexuellt aktiva tonåringar
- ungdomar och unga vuxna med många sexpartner
- personer som har en pågående eller misstänkt STI eller har haft det under det senaste året
- oönskat eller misstänkt oönskat gravida
- pojkar och män som är involverade i en oönskad graviditet.

Psykisk ohälsa, sexuell identitet, annan etnisk bakgrund än svensk och socioekonomisk utsatthet är särskilt viktiga faktorer att ta hänsyn utifrån utvecklingen i Sverige av sexuellt risktagande.

Prioriteringen kan motiveras av den nuvarande bristen på forskning och utvärderingar inom området, och den kostnad i tid och pengar som generella insatser med hög intensitet skulle orsaka primärvården. Skolans sex- och samlevnadsundervisning och elevhälsan är särskilt viktiga för primärpreventivt arbete.

I de studier som den här sammanställningen presenterar finns starkt stöd för de utbildningsinsatser i MI (motiverande samtal) som genomförts i Sverige under de senaste åren. Utbildningsinsatserna har främst fokuserat på tobak, alkohol och fysisk aktivitet. Därför bör dessa utvecklas och inkludera hur man på bästa sätt samtalar om sexuellt risktagande i rådgivande situationer vid misstanke om STI eller oönskad graviditet samt öka fokus på mäns ansvar och behov i dessa frågor.

Rapporten ska sprida kunskap om

- utvecklingen av STI och oönskad graviditet i Sverige samt förebyggande och hälsofrämjande insatser – kapitel 1
- samtalsmetoder inom primärvården för att förebygga STI och sexuellt risktagande – kapitel 2
- resultatens användning i Sverige, hinder och möjligheter, samt avslutande slutsatser presenteras i kapitel 3.

Rapporten kan även användas som ett uppslagsverk som beskriver ungdomars olika behov av stöd, råd och service på lika villkor utifrån perspektiven jämställdhet, jämlikhet och genus.

Summary

Sexuality and Counselling

– Prevention of STI (Sexual Transmitted Infections) and Unintended Pregnancies

DESPITE ADVANCES IN prevention and treatment of sexually transmitted infections (STI), STI is still a major cause of morbidity and mortality in a global perspective. In Sweden, there are more people than ever living with HIV, while chlamydia has increased by over 200 percent since 1997. In line with the increase in STI, the numbers of induced abortions are increasing in all age groups except among teenagers. The work to prevent sexually transmitted infections is therefore also important for avoiding unintended pregnancies. These two topics overlap each other and prevention efforts should be coordinated nationally, regionally and locally. It is evident that there is room for more action in society to reduce sexual risk-taking in order to reduce the spread of infection and unplanned pregnancies. More knowledge is also needed about effective methods for the client-centred work in primary care.

The purpose of this report is to present knowledge in effective counselling methods feasible in primary care settings, which can prevent sexual transmitted infections and reduce sexual risk taking. The report is based on an American systematic review. The majority of the 21 articles are based on randomized controlled trials that evaluated different types of behavioural counselling methods. These methods were defined as any intervention that included some provision of education, skills training, and/or guidance on how to change sexual behaviour, delivered alone or in combination with other interventions intended to promote sexual risk reduction or risk avoidance.

Good-quality evidence suggests that behavioural counselling interventions with multiple sessions conducted in STI clinics and primary care effectively reduces STI incidence in adolescent and “at-risk” adult populations. There is no evidence that the counselling interventions given were harmful or increased the incidence of STIs.

The populations’ risk exposure and the intensity of the intervention are correlated with the intervention effect on STI incidence and self-reported sexual risk-taking behaviour. More trials among women than among men were included in the review. Additional trial evidence for both lower-intensity behavioural counselling interventions and lower-risk populations would nonetheless be judicious.

Conclusion: The incidence of sexually transmitted infections and unplanned pregnancies in Sweden are more common in youth groups when compared with the adult population. Adults are therefore conceivably at lower risk than young people to be infected with an STI or become unintentionally pregnant. The potential benefits of counselling interventions are likely to be higher for youth groups. Opportunistic

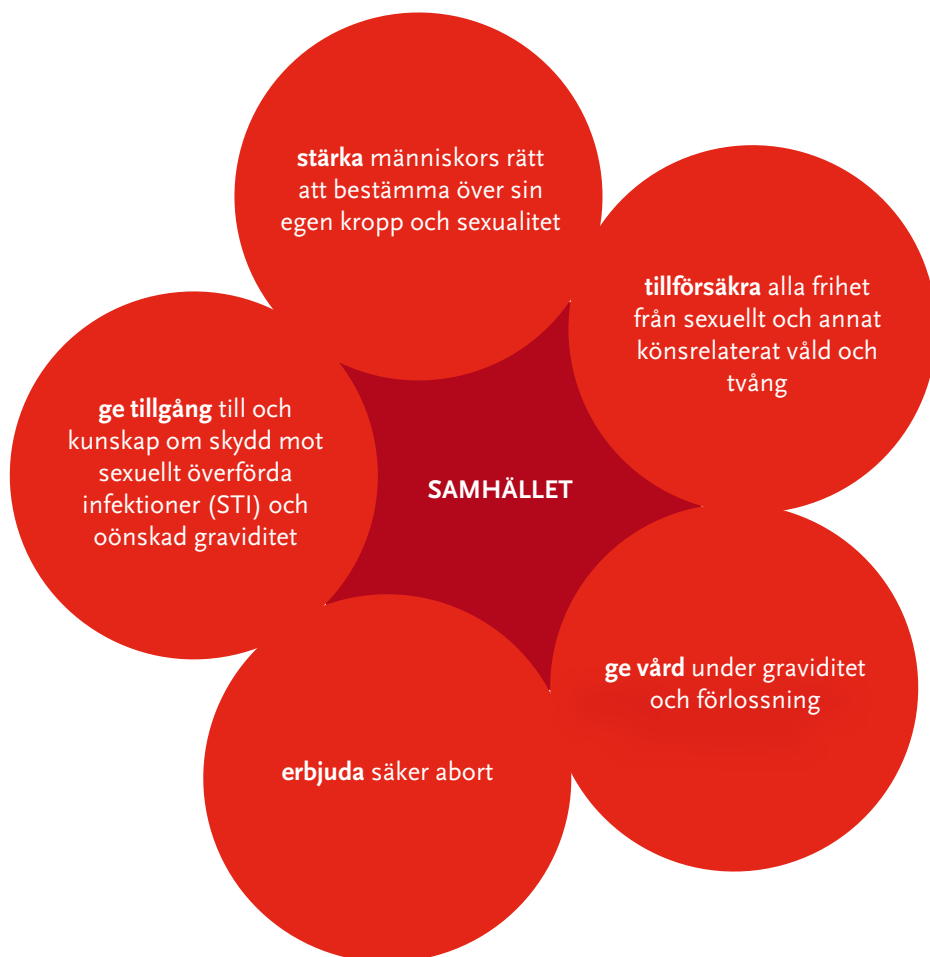
chlamydia screening among adult women in Sweden has not proven effective for reducing the incidence of this STI. Given the current lack of research and evaluations in the field, the cost in time and money to work with high intensity interventions is significant for primary care actors. Counselling intervention should therefore be prioritized in groups with higher risk, regardless of sexual identity: sexually active teenagers, young adults with many sexual partners, currently or recently infected individuals, girls and women in unplanned pregnancies and their male counterparts.

The studies presented in this review strongly support national educational efforts in motivational interviewing methodology that professionals in the health care system have been trained for in recent years in Sweden. These educational efforts should nonetheless be developed and include sexual risk-taking in advisory situations in cases of suspected sexually transmitted infections or unplanned pregnancies, and increase the focus on men's responsibilities and needs in these issues.

INLEDNING



SEXUALITET OCH REPRODUKTION har betydelse för alla människors samlevnad, relationer och livskvalitet under hela livet. Samhällets åtgärder för att tillförsäkra alla sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) ska:



(Regeringens proposition 2002/03:35, 2002; World Health Organization [WHO], 2009)

Viktiga skyddsfaktorer för ungdomars hälsa är generellt en god relation till de egna föräldrarna, trivsel och närvaro i skolan. Exempel på generella evidensbaserade metoder som stärker skyddsfaktorerna och förhindrar att problembeteenden uppkommer är social och emotionell träning samt föräldrastöd (Malmgren, Ljungdahl, & Bremberg, 2008).

Ungdomstiden är generellt en period där det är naturligt att experimentera och utforska sin identitet. Sexualiteten bör ses som något positivt som främjar ungdomars hälsa och samtidigt som något man bör vara rädd om och ta ansvar för, utan att för den skull skuld- eller skambelägga området. Det är också viktigt att beakta vissa skillnader inom och mellan olika ungdomsgrupper samt samband mellan sexualvanor och andra levnadsvanor. Olika levnadsvillkor och strukturella förutsättningar är grundläggande faktorer att ta hänsyn till i det förebyggande arbetet inom sexuell och reproduktiv hälsa. Ett riskbeteende blir en hälsofara först när beteendet upprepas och blir ett mönster. Individuella riskbeteenden som exempelvis att inte använda kondom vid tillfälliga sexuella kontakter, är mer ett konstaterande som inte alltid tar hänsyn till bakomliggande orsaker till varför skydd inte används. Genom att undersöka bakomliggande orsaker kan man få insikt i varför en del är mer riskbenägna än andra. Därför är det alltid av värde att belysa psykosociala aspekter i resonemang om utsatta grupper och hur preventiva insatser tar hänsyn till dem.

Inom forskningen har man efterlyst mer studier av olika ungdomsgrupper i syfte att identifiera dem som är mer riskbenägna än andra. Sådana kartläggningar skulle kunna ge viktig information om vad man bör ta hänsyn till när man planerar och genomför kampanjer, undervisning och insatser. Samtidigt måste man också beakta att så länge det inte går att bota hiv och aids måste insatserna fokusera brett på attityd- och beteendeförändringar i samhället, i kombination med fokus på enskilda riskgrupper. Risker med att enbart måla ut riskgrupper, är att man befäster fördomar och stereotypa uppfattningar, vilket ökar stigmat och kan försvåra ett framgångsrikt preventionsarbete (SOU 2006:37, 2006).

Ett viktigt styrdokument för det nationella arbetet med sexualitet och reproduktiv hälsa är kommunikationsstrategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (Socialstyrelsen, 2008). Målet med strategin är främst att begränsa spridningen av hiv och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för den enskilde. Indirekt innebär detta arbete även att förebygga oönskade graviditeter. Men arbetet behöver samordnas och följa den övergripande nationella folkhälsopolitiken som syftar till att skapa samhällseliga förutsättningar som främjar hälsa på lika villkor för hela befolkningen och förebygger sjukdom. De folkhälsopolitiska målområdena som främst berörs är målområde 8, Sexualitet och reproduktiv hälsa, samt målområde 7, Skydd mot smittspridning (Regeringens proposition 2007/08:110, 2007).

Ett samordnat nationellt arbete som syftar till att minska antalet STI och oönskade graviditeter kräver ett utvecklat samarbete mellan områdena smittskydd, folkhälsa och samhällsmedicin. Patientcentrerade metoder behövs inom hälso- och

sjukvården och insatserna bör genomsyras av ett genus- och jämställdhetsperspektiv. En annan viktig grund för preventionsarbetet är skolans obligatoriska sex- och samlevnadsundervisning.

KAPITEL 1



Oskyddat sex och förebyggande insatser

Sammanfattning

- Tydligt samband finns mellan oskyddat sex och ohälsa.
- Goda samhällsekonomiska argument finns för att effektivisera det förebyggande arbetet.
- Klamydia och oönskade graviditeter är vanligast bland unga.
- Kondom är ett bra skydd mot STI (sexuellt överförda infektioner) och oönskad graviditet.
- Många faktorer kan underlätta respektive försvåra beslut och initiativ till att använda kondom, exempelvis tillgängligheten, alkoholkonsumtion, attityder, självkänsla, etiska och religiösa värderingar, vilka kan förstärkas på ett negativt sätt på grund av bristande jämställdhet mellan könen.
- Ett brett folkhälsoarbete på olika nivåer bedrivs i Sverige men tillgängligheten av insatserna är inte jämt fördelat i landet och mellan olika grupper.
- Unga män är en särskild målgrupp som bör uppmärksammas mer avseende roller, ansvar och behov inom det förebyggande arbetet med sexualitet och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Samband mellan oskyddat sex och hälsa

Oskyddat sex, dvs. sexuellt umgänge utan kondom, kan leda till oönskad graviditet men också STI. Komplikationer till följd av en klamydiainfektion kan medföra negativa konsekvenser för fruktsamheten hos både män och kvinnor (Bezold, Politch, Kiviat, & et al, 2007; Genuis & Genuis, 2004; Hermann, 2006; Idahl, Boman, Kumlin, & et al, 2004). Kondom skyddar mot både STI och oönskad graviditet, om den är på under hela samlaget och inte går sönder. Övriga preventivmedel och abort är metoder för att förebygga oönskad graviditet och reglera barnafödande. Ett skäl att förebygga graviditeter hos unga är att tonårsmammor och deras barn löper en ökad risk för att få ekonomiska och sociala problem senare i livet (Danielsson, Rogala, & Sundström, 2003; Ekéus, 2004; UNICEF, 2001).

Hälsoekonomiska aspekter

Bortsett från att ett effektivt STI-förebyggande arbete skulle öka befolkningens hälsa och välbefinnande, så finns det goda samhällsekonomiska argument för att effektivisera det förebyggande arbetet. För det första finns kostnader i samband med diagnostik och behandling av STI. För det andra finns det risk för långsiktiga hälso-

effekter och kostnader för exempelvis bäckeninflammatoriska sjukdomar (som kan orsaka utomkvedshavandeskap och infertilitet), hiv, livmoderhalscancer och andra genitala cancerformer, hepatit, kronisk leversjukdom och levercancer, genital herpes, bakteriell vaginos och prematur förlossning. Samhällskostnader och psykologiska konsekvenser uppstår också till följd av oönskade graviditeter, aborter samt av sexuella övergrepp. Även oplanerade tonårsgraviditeter orsakar samhälleliga kostnader eftersom tonårsföräldrar och deras barn i högre grad drabbas av socioekonomiska svårigheter och är mer våldsutsatta än äldre föräldrar och deras barn (Payne & O'Brien, 2005).

Är kampanjer och smittspårning kostnadseffektiva metoder?

Klamydiamåndagen har arrangerats runt om i landet de senaste sju åren. Myndigheter, vårdcentraler, ungdomsmottagningar och Sesam-mottagningar, skolor, frivilla organisationer, annonskampanjer i tidningar, kollektivtrafik, radio och tv är exempel på aktörer som är engagerade och som kräver en hel del samhälleliga resurser. Samhällsmedicinska institutionen i Lund har på uppdrag av Socialstyrelsen utvärderat klamydiakampanjer på nationell nivå. Huvudfrågan var att besvara huruvida särskilda testdagar eller veckor är ett bra sätt att få fler att testa sig och att hitta fler som är smittade. Den årliga klamydiamåndagen eller klamydiaveckan kom särskilt i fokus och rapporten visar att denna typ av kampanj faktiskt ökar uppmärksamheten och människors benägenhet att testa sig. Eftersom fler testar sig i samband med kampanjen så hittar man också något fler smittade, räknat i absoluta tal. Rapporten visar emellertid att man hittar en större andel smittade genom rutinmässig smittspårning, än vad man gör genom tillfälliga kampanjer (Magnusson, 2009).

I en svensk studie har utgifterna för Klamydiamåndagen i Stockholm jämförts med de vinster i hälsa insatsen genererar, i en så kallad kostnadseffektivitetsanalys. Resultatet visade att Klamydiamåndagen i Stockholm är ett bra utnyttjande av samhällets resurser. I analysen mättes hälsa i kvalitetsjusterade levnadsår – QALYS (Quality Adjusted Life Years). Måttet används för att väga olika medicinska insatser mot varandra och de extra levnadsår och hälsorelaterad livskvalité en insats ger. Enligt detta sätt att räkna skattas ett extra levnadsår med fullgod hälsa lika högt som två extra år med halvgod hälsa. Om sjukdom förebyggs genom en insats, i detta fall Klamydiamåndagen, övergår den hotande förlusten till en vinst i hälsa. En sådan insats bör kosta under 500 000 kr per kvalitetsjusterat levnadsår för att vara kostnadseffektiv och Klamydiamåndagen kostar inte mer än cirka 35 000 kronor per QALY. Klamydiamåndagen i Stockholm kan därför konstateras vara kostnadseffektiv, för kvinnor men också för män när man tar hänsyn till att man når många män med klamydia genom smittspårning. Genom att tidigt diagnostisera och behandla klamydia minskar risken för framtida ohälsa och samhällskostnader relaterad till infektionen (Deogan, Bocangel, Wamala, & Månsdotter, 2010).

Att genom kampanjer nå ut till fler personer som testar sig innebär ett unikt tillfälle att individuellt föra fram information som kan motivera personer att förändra ett eventuellt sexuellt risktagande. Kampanjerna är också ett sätt att påminna

allmänheten om att klamydia i dag är en utbredd infektion i Sverige. Magnussons rapport sammanfattas med att kampanjer har potential men behöver utvecklas. Tydligare målsättning och utveckling av olika möjliga inriktningar mot avgränsade målgrupper samt samordning skulle kunna ge mer effekt av de insatta resurserna (Magnusson, 2009).

Kostnadseffektiva samhällsinvesteringar i ett bredare perspektiv

Samhällsinvesteringar i sexuell och reproduktiv hälsa ger bra valuta för pengarna och kan vara kostnadsbesparande i ett längre perspektiv. En hälsoekonomisk analys i England (Payne & O'Brien, 2005), ger exempel på kostnadseffektiva åtgärder som ligger i linje med svensk politik (Regeringens prop 2007/08:110) och prioriterade preventionsinsatser på samhällelig nivå

- generös spridning av kondomer
- uppsökande utbildningsinsatser om säker sex till grupper med högre riskutsatthet
- sex- och samlevnadsundervisning i skolan
- sprututbytesprogram
- screeningprogram för STI-provtagning för särskilda målgrupper
- hög kvalitet och snabb tillgång till provtagning och rådgivning
- brett urval av preventivmedelstjänster
- abortrådgivningssamtal och fri tillgång till säker abort utan fördröjning.



Oskyddat sex och hälsa

Oönskad graviditet och tonårsgraviditet

Sverige har de högsta aborttalen i Norden. Graviditetstalet minskade under första hälften av 1980-talet och steg sedan fram till 1990, därefter sjönk det återigen under första hälften av 1990-talet. Under början av 2000-talet var tonårsgraviditeter återigen vanligare, vilket sammanfaller med ökning av antalet graviditeter i övriga åldersgrupper. Aborterna har totalt sett ökat från 34 978 år 2005 till 38 053 år 2008. De flesta aborterna gör kvinnor i åldersgruppen 20–24 år. Tonårsaborterna har legat på en relativt stabil nivå och år 2005 genomfördes 24,3 aborter per 1 000 kvinnor, år 2008 var siffran 24,4 aborter per 1 000 kvinnor. De geografiska skillnaderna är dock stora, den högsta frekvensen av tonårsaborter år 2008 hade Gotland, Stockholms kommun samt Södermanlands län. Lägst var antalet tonårsaborter per 1 000 kvinnor i Kronobergs, Jönköpings och Blekinge län. Majoriteten (81 procent av tonårsgraviditeterna slutar med abort. År 2008 valde 1 799 tonårsflickor att fullfölja sin graviditet, 5,8 per 1 000 kvinnor (Socialstyrelsen, 2009f).

Klamydia vanligast bland unga

Ungdomar och unga vuxna mellan 15 och 29 år står för drygt 85 procent av alla klamydiafall. Mellan åren 1997 och 2007 skedde en ökning med över 200 procent, trots att sex- och samlevnadsundervisning är obligatorisk och ungdomsmottagningarna har byggts ut successivt i landet. Dessutom är Sverige unikt med sin lagstiftning som ger hälso- och sjukvården ett tydligt ansvar att förhindra smittspridning, bland annat genom smittspårning (Smittskyddsinstitutet, 2010).

Övriga STI (gonorré, syfilis, hiv och hepatit B) klassas också som allmänfarliga sjukdomar i smittskyddslagen. Dessa infektioner sprids huvudsakligen i andra riskgrupper i Sverige än bland ungdomar och unga vuxna, till exempel bland män som har sex med män (MSM). År 2009 anmäldes 486 fall av hiv till Smittskyddsinstitutet, vilket är 38 fler fall än 2008. Av dessa fall var 221 heterosexuellt smittade, 134 var smittade via sex mellan män och 27 smittade via intravenöst missbruk. Över hälften har smittats före ankomst till Sverige i länder med hög förekomst av hiv, framförallt afrikanska länder söder om Sahara samt i Thailand. Ökningen bekräftar trenden att antalet hivfall har ökat under 2000-talet, vilket speglar en ökad förekomst av hiv i världen och en ökad global migration (Smittskyddsinstitutet, 2010).

Utvecklingen av klamydiaepidemin tyder på att dagens förebyggande arbete inte är tillräckligt effektivt. Under större delen av 2000-talet har antalet personer som smittats av klamydia ökat förutom de två sista åren, 2008 och 2009. Största minskningen av klamydia har skett i åldersgruppen 15–19 år. Även i åldersgrupperna 20–24 och 25–29 år har antalet klamydiafall gått ned de senaste åren. Nedgången kan delvis betraktas som en återhämtning från den muterade stammen av klamydia som missades i många landsting mellan åren 2005–2006. År 2008 hade de flesta landsting testmetoder som fångade upp den muterade stammen och klamydiafallen ökade dramatiskt under perioden 2007–2008. Under 2009 har antalet klamydia-

fall minskat, vilket delvis kan förklaras av återhämtningen från muteringen, men utvecklingen visar dock inte att trenden är helt bruten, kurvan är fortsatt stigande i flera landsting (Smittskyddsinstitutet, 2010).

Skillnaderna, dels i testfrekvens, dels i antalet klamydiafall, mellan olika landsting tyder på att det finns möjligheter att förbättra preventionsarbetet. Trenden de senaste åren har varit att fler testar sig och ju fler man testat desto fler fall kan identifieras eftersom mörkertalet anses vara stort, framför allt bland män. Eftersom fler kvinnor testas i alla landsting diagnostiseras också fler kvinnor än män med klamydia. För att hitta fler klamydiafall och begränsa spridningen bör testfrekvensen öka framför allt bland unga män. Den största andelen klamydiafall bland män upptäcks via kontaktspårning, vilket tydligt visar att det behövs mer effektiva vägar att nå män än de som används i dag (Hermann, 2006).

Internationella jämförelser är svåra att göra. Möjligheten till jämförelser begränsas av att det är i relativt få länder som klamydia är en rapporteringspliktig infektion och i en del av dessa länder är infektionen kraftigt underrapporterad. De bästa rapporteringarna finns i de nordiska länderna bland de tolv länder som har en systematiserad övervakning. Norge, Danmark, Finland och Storbritannien rapporterar liknande förekomst av diagnostiserad klamydia som Sverige. I dessa länder är det också fler kvinnor som testar sig och därmed också fler som diagnostiseras med en klamydiainfektion, (Smittskyddsinstitutet, 2010).

Låg kondom användning i Sverige

Världshälsoorganisationens (WHO) undersökning bland sexuellt aktiva femtonåriga skolungdomar visade att Sverige låg sämst till beträffande kondom användning. Endast 65 procent uppgav att de använt kondom vid senaste samlaget jämfört med 85 procent av femtonåringarna i Spanien. Det bör i detta sammanhang påpekas att en betydligt högre andel av de svenska flickorna uppgav att de använt hormonella preventivmedel vid senaste samlaget jämfört med de spanska flickorna (27 procent respektive 5 procent). Holland låg högst beträffande användandet av p-piller, följt av Belgien, Tyskland och Danmark (Godeau et al., 2008; WHO, 2005/2006b).

Kondom användningen i Sverige går inte hand i hand med den allt liberalare synen på tillfälliga sexuella kontakter och ökade medvetenheten om hälsorisker (Darj & Bondestam, 2003). Andelen i åldrarna 16–44 år som uppger att de haft samlag ”första kvällen” det senaste året har nästan fördubblats på 20 år. I gruppen 16–24 år uppgav 47 procent av männen att de använt kondom någon gång under den senaste månaden, respektive 33 procent av kvinnorna. Under hela perioden 1987–2007 har andelen 16–17-åringar som använt kondom någon gång den senaste månaden legat högre än genomsnittet (Herlitz, 2008).

Insatser och faktorer som påverkar oskyddat sex

Styrdokument och vårdprogram

Det finns ett samband mellan landstingens styrdokument och de faktiska vårdprogram och rutiner som används inom primärvården. År 2005 fanns ”sexualitet och reproduktiv hälsa” omnämnt i endast 5 av 21 landstings styrdokument, dock utan anvisad verksamhetsnivå (Socialstyrelsen, 2005a).

Nationell kommunikationsstrategi

År 2007 presenterade Socialstyrelsen en kommunikationsstrategi som beskriver olika aktörers uppdrag, roller och åtgärder inom det förebyggande arbetet mot STI och vissa blodburna sjukdomar. Åtgärderna omfattar särskilt riskutsatta grupper: ungdomar, män som har sex med män (MSM), asyl-sökande, flyktingar och injektionsmissbrukare (Socialstyrelsen, 2008).

Socialstyrelsens arbete i samverkan med andra aktörer har mynnat ut i en nationell handlingsplan för klamydiaprevention för perioden 2009–2014 (Socialstyrelsen, 2009d). Planen bygger dels på riktlinjer från det europeiska programmet European Centre for Disease Prevention and Control (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2009), dels på riktlinjer från United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS) (United Nations [UN], 2001). Den svenska handlingsplanen är ett dokument som stödjer ett målinriktat arbete och samordning av insatserna på olika nivåer i samhället. Den ska hjälpa olika aktörer att se vilka åtgärder som de behöver genomföra och prioritera. De viktigaste preventiva insatserna i handlingsplanen är bl.a. hälsofrämjande kommunikation och förbättrad undervisning för ungdomar i skolan.

Akut p-piller och andra preventivmedel

Akut p-piller är en beteckning på ett hormonpreparat som tas efter ett samlag för att förhindra befruktning. I Sverige blev det tillåtet att sälja dessa preparat receptfritt 2004. Pillret delas även ut fritt på ungdomsmottagningarna runt om i landet. Subventioneringen av preventivmedel är olika i landet och gäller för olika åldrar. Socialdepartementet föreslår därför en likartad subventionering i hela landet av preventivmedel och akut p-piller upp till 25 år (Milton, 2009).

En svensk avhandling visade redan 2004 att akut p-piller var en känd och accepterad preventivmetod i Sverige. Nästan alla kvinnor kände till att akut p-piller existerar, tre av fyra kunde tänka sig att använda metoden och 30 procent hade använt den någon gång. Men, trots den ökade försäljning och användningen har aborttalen inte minskat, vilket innebär att akut p-piller måste betraktas som endast ett av verktygen i det förebyggande arbete mot oönskad graviditet, som måste bedrivas på många arenor och av olika aktörer (Larsson, Eurenus, Westerling, & Tydén, 2004). Idag, år 2010, vet vi att aborttalen har minskat bland tonåringar medan de har ökat i övriga åldersgrupper. Akut p-piller har frikostigt delats ut på landets ungdomsmottagningar sedan 2004, då preparatet blev receptfritt, vilket kan ha bidragit till de senaste årens sjunkande tonårsaborter.

Sex- och samlevnadsundervisning i skolan

Skolan är den enskilt viktigaste arenan för att förebygga oskyddat sex genom insatser i form av sex- och samlevnadsundervisning, jämställdhetsarbete och elevhälsovård (Forsberg, 2007). Granskning visar att undervisningen är av skiftande karaktär och i vissa fall bristfällig (Skolverket, 1999). En arbetsgrupp utsedd av Socialdepartementet föreslår en vidareutveckling av arbetet med att kvalitetssäkra skolans sex- och samlevnadsundervisning och integrera ämnet i lärarutbildningen samt att fortbilda lärare (Milton, 2009). Skolverket har uppmärksammat behovet och från hösten 2009 finns en fortbildningskurs ”Sex- och samlevnadsundervisning i skolan” (7,5 hp), att söka för lärare. Kursen har varit populär och utbildningsplatserna kommer att utökas 2010, då fler universitet kommer att kunna erbjuda kursen.

En svensk avhandling visar att mycket av sex- och samlevnadsundervisningen kretsar kring tjejer och attityder till kvinnlig sexualitet medan killar framställs som viktiga att förändra (Bäckman, 2003). Romantiska föreställningar förknippades med tjejer medan killar antas ha mer renodlade sexuella begär. Undervisningen tenderar att skapa en bild av att den lustfyllda sexualiteten ses som manlig och den kärleksorienterade eller romantiska sexualiteten som kvinnlig. Tjejer är rädda för dåligt rykte och för att bli betraktade som lössläppta medan samma beteende hos killar anses vara mer i likhet med hjältedåd.

Ungdomars föreställningar om homosexualitet formas av tänkandet kring kön, vilket leder till en form av könskategorisering. Homosexualitet ses inte alltid som en enda företeelse utan som två, manlig och kvinnlig homosexualitet. Den sexuella aktiviteten reserverades för männen och samkönad manlig sexualitet var mer provocerande än kvinnlig (Bäckman, 2003). Behovet av att arbeta mer med jämställdhet, jämlikhet och genus inom ramen för skolans verksamhet har uppmärksamats från flera håll och mynnat ut i nya regeringsuppdrag till Skolverket.

Skolhälsovården är en del av elevhälsan

Skolhälsovården har i uppdrag att organisera och erbjuda hälsovård för barn och ungdomar, inom ramen för skolans verksamhet. De grundläggande styrdokumenterna som reglerar skolhälsovården är FN:s konvention om barnets rättigheter, Hälso- och sjukvårdslagen och Skollagen. Skolhälsovårdens uppdrag är bl.a. att följa elevers utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor. Hälsosamtal med eleverna är ett arbetssätt som genom uppsökande verksamhet når ut till många elever, både flickor och pojkar, och ger unika tillfällen för att arbeta preventivt med bl.a. sexualitet och reproduktiv hälsa. Närheten till eleverna underlättar också återkommande kontakter och att bedriva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, på både individ- och gruppnivå samt en mer generell nivå (Socialstyrelsen, 2009e).

Skolhälsovården har en självklar roll i skolans inre arbete och utgör en resurs för varje elevs välbefinnande, utveckling och lärande. Den har en viktig uppgift i skolans elevvårdande arbete, där det bl.a. finns tillgång till skolkurator, skolpsykolog och specialpedagog. En vanlig beteckning för detta samlade arbetslag med kompletterande kompetenser, där skolhälsovården ingår, är elevhälsan (Socialstyrelsen, 2009e).

Många regionala och lokala projekt pågår inom ramen för skolan, skolhälsovården och elevhälsan tillsammans med externa aktörer. Ett exempel är Kungsmarkskolan i Munkedals kommun och lokala ungdomsmottagningen som samarbetade med Amphi Produktion i ett genus- och jämställdhetsprojekt. Grunden för projektet var att Sveriges ungdomsmottagningar har svårt att nå ut till pojkar och unga män. Att majoriteten pojkar och unga män inte ser ungdomsmottagningen som en plats för dem är ett hälsoproblem och ett hinder för jämställda relationer mellan killar och tjejer. Konsekvenserna av detta är, förutom att pojkar och män får sämre stöd och hjälp i att upprätthålla sin sexuella och reproduktiva hälsa, att ansvaret för preventionsmedel och sexuell hälsa lämnas till flickor och kvinnor. Därför genomfördes under våren 2007 åtta träffar med tolv pojkar från en av skolans niondeklasser. Övergripande fokus för projektet var jämställdhet, manlighet och förändringsmöjligheter och varje träff byggde på nya teman som presenterades med hjälp av övningar, diskussionsgrupper, filmer och individuella skrivuppgifter. I de muntliga och skriftliga utvärderingar som genomfördes med pojkarna framgick att de tyckte att samtalen under träffarna var givande, viktiga och intressanta. Projektet resulterade också i ökad besöksfrekvens av pojkar till den lokala ungdomsmottagningen för rådgivning, provtagning och som medföljande till deras partner som sökte preventivmedel (Amphi produktion; Elevhälsan.se).

Ungdomsmottagningar

Det övergripande målet för landets ungdomsmottagningar är att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomar i identitetsutvecklingen så att de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga STI och oönskade graviditeter (FSUM, 2010).

Till ungdomsmottagningen kan ungdomar vända sig för stöd, råd och service. Majoriteten av besökarna är flickor och unga kvinnor, cirka 10–15 procent är manliga besökare. En del mottagningar har särskilda killmottagningar för att öka möjligheten för pojkar och unga män att ta del av den verksamhet som erbjuds. Lokala och regionala skillnader finns för den övre åldersgränsen (mellan 20–24 år). På ungdomsmottagningarna arbetar framförallt barnmorskor, kuratorer och läkare och ibland psykologer. Utformningen och innehållet skiljer sig dock åt mellan mottagningarna i landet men basverksamheten bör bland annat erbjuda

- rådgivning och tester för STI och hiv
- preventivmedelsrådgivning och förskrivning av preventivmedel
- gratis kondomutdelning och subventionerad försäljning
- gratis akut p-piller
- samtal om
 - kärlek och relationer
 - graviditet
 - sexuell identitet
 - livsfrågor
 - psykisk hälsa och välbefinnande
 - utsatthet, våld och övergrepp (FSUM, 2010).

Sex- och samlevnadsmottagningar (Sesam)

Till Sesam-mottagningar (sex- och samlevnadsmottagningar) kan unga vuxna vända sig, dvs. de som är något äldre än de som besöker ungdomsmottagningarna. Mottagningarna har i regel samma utbud av tjänster som ungdomsmottagningarna, de ger exempelvis råd och stöd, provar ut preventivmedel och testar för STI . Sesam-mottagningarna är dock främst etablerade i de större städerna.

Studentmottagningar

Studentmottagningarna tar emot kvinnor och män som studerar vid högskola eller universitet. Verksamhetens utbredning och innehåll i landet ser olika ut men vanligtvis kan rådgivning och stödsamtal erbjudas, och på en del ställen erbjuds även preventivmedelsrådgivning och förskrivning samt STI-provtagning.



Mansmottagningar

På enstaka ställen i Sverige finns mansmottagningar som erbjuder män provtagning och rådgivning kring hiv, andra STI samt möjlighet till samtal om sexualitet och relationer. I Stockholm finns Järva mansmottagning som också erbjuder utbildning och information till bl.a. skolor, organisationer och föreningar.

Mottagningar för homosexuella

I de större städerna finns ett större utbud av personal och mottagningar med särskild homokompetens. Exempelvis finns det i Stockholm en sex- och samlevnadsmottagning som har en särskild gynekologisk mottagning för kvinnor som är homo- eller bisexuella. På Södersjukhuset finns Venhälsan som är en sex- och samlevnadsmottagning som främst vänder sig till män som har sex med män. Här kan män testa sig och få behandling för hiv och andra STI.

Barnmorskemottagningar

Barnmorskemottagningen eller mödravårdscentralen (MVC) som den också kallas, tar emot kvinnor i alla åldrar och finns i hela landet. Huvudverksamheten är graviditetsövervakning men även arbete med preventivmedelsrådgivning, oönskade graviditeter och STI-provtagning ingår i verksamhetens uppdrag.

Internet – Ungdomsmottagningen på nätet

Det finns många fördelar med Internet. Där kan t.ex. ungdomar hämta information och kunskap i frågor som berör den sexuella och reproduktiva hälsan. Men det finns också en risk i och med att exponeringen av sexualitet i media och på Internet skynkar på dagens unga in i vuxenlivets sexualitet. Fler tjejer än killar upplever detta som stressande, att behöva komma i kontakt med sex överallt. En ökad tillgänglighet av sex och pornografi på Internet bidrar till normaliserande och tillåtande attityder kring sexualitet. De flesta ungdomar håller med om att attityderna och normerna kring pornografikonsumtion har blivit mer tillåtande (Löfgren-Mårtensson & Månsson, 2006).

Mansforskare menar att media kan skapa en idealiserad bild av manligheten som kan stärka killars överdrivna krav på sig själva. Det är därför viktigt att pojkar får tillgång till andra informationskällor än kompisar och media, då dessa informationskällor ofta är missvisande och överdrivna. Personer som arbetar med hälsoupplýsning måste vara medvetna om hur ungdomars sexualitet representeras i media för att kunna ge den information som ungdomarna behöver. Utbildning är ett av de bästa sätten att påverka ungdomars sexualkunskap (Centerwall, 1995).

Ungdomsmottagningen på nätet (www.umo.se) är en webbplats med information och rådgivning som lanserades 2008. Syftet med webbplatsen är att göra det lättare för unga att hitta kvalitetssäkrad information om sex, hälsa och relationer. Stor omsorg har lagts på utformningen av tjänsterna som erbjuds avseende aspekter på genus, jämställdhet och jämlikhet, vilket verkar tilltala pojkar och unga män som lämnar många frågor i frågelådan (UMO, 2009).

Klamydiaprovtagning via nätet

Vid konventionell provtagning är det fler kvinnor som testar sig än män (75 respektive 25 procent). Klamydiatest som beställs via internet är en effektiv metod för att jämna ut könsskillnaderna och nå fler män för provtagning (Novak, 2006). Möjligheten att beställa sådana tester har utökats i landet men fortfarande har de flesta landsting inte den servicen (Socialstyrelsen, 2009c).

Regionala och lokala projekt är viktiga

Många län och regioner driver egna verksamheter, projekt och utvecklingsarbeten, ofta i samverkan med myndigheter, ideella organisationer, föreningar och privata aktörer, i syfte att minska STI och sexuellt risktagande. Det arbetet är mycket viktigt för att skapa engagemang bland yrkesverksamma, beslutsfattare och den lokala befolkningen men är ofta svårt att systematiskt kartlägga och utvärdera. Bland andra har Region Skåne, Västra Götaland, Västerbotten och Stockholm lång erfarenhet av att samverka med andra aktörer i olika lokala och regionala projekt, som också har bidragit till värdefull kunskap på nationell nivå.

Ett exempel är Stockholms län som har Lafa (Landstinget förebygger aids), vilket är ett kunskapscentrum för sex- och samlevnadsfrågor. Enheten har till uppgift att utifrån ett hälsofrämjande perspektiv förebygga spridningen av hiv och andra STI samt oönskade graviditeter. Informationsinsatser är en stor del av verksamheten, och nytt informationsmaterial arbetas fram regelbundet och kan beställas eller laddas ner från deras webbsidor (www.lafa.nu, www.kondom.nu, www.p-guiden.nu). Materialet är gratis för personal i Stockholms län men kostar för dem utanför länet. Lafa har anställda utbildningsledare som samarbetar med externa aktörer. Syftet är att förstärka det förebyggande arbetet med STI och oönskade graviditeter inom hälso- och sjukvården i Stockholms län. Lafa har särskilt varit drivande i att synliggöra och skapa strukturer för insatser riktade till män (Lafa, 2010).

Opinionsbildning

Opinionsbildning och stöd till utsatta grupper sker ofta via frivilligorganisationerna, t.ex. genom RFSL (Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter) och RFSU (Riksförbundet för sexuell upplysning). Tillgång till säkra preventivmedel och aborter, sex på ens egna villkor och homo- bi- och transsexualitet är fortfarande inte självklarheter eller accepterat överallt. RFSU och RFSL är starka och viktiga aktörer som driver frågorna på bred front nationellt, inom EU och internationellt (RFSL, 2010; RFSU, 2010).

Insatser med samtalsmetoder

Insatser med samtalsmetoder som syftar till att skapa motivation hos mottagaren att förändra ett sexuellt risktagande anses vara särskilt lämpliga i samband med rådgivning och provtagning av STI (Kamb et al., 1998; Rietmeijer, 2007). Breda utbildningsinsatser har under de senaste åren genomförts i Sverige inom den evidensbaserade samtalsmetoden och förhållningssättet MI (Motiverande samtal), av

bl.a. Statens folkhälsoinstitut (2009) och Adlongruppen (2009). Adlongruppen har utbildat personal som arbetar med att identifiera och säkerställa provtagning av dem som en smittad person uppger att de har haft en sexuell kontakt med under det senaste året (anmälningspliktig STI, ex. klamydia). Syftet med Adlons utbildningsinsats är att minska smittspridningen samt motivera personer med pågående STI att förändra sitt beteende för att undvika att återigen bli smittad med en STI. Insatserna från Statens folkhälsoinstitut har inte systematiskt inkluderat sexuellt risktagande utan har främst fokuserat på tobak, alkohol och fysisk aktivitet.

Ojämlig tillgång till prevention, stöd, råd och service

Ungdomsmottagningar når många ungdomar och unga vuxna, men framför allt kvinnor. Det har visat sig vara svårt att nå unga män i det förebyggandet arbetet med klamydia och oönskad graviditet. Endast en femtedel av landets ungdomsmottagningar erbjuder unga män stödsamtal i samband med en oönskad graviditet, trots att forskning visar att de har liknande behov som unga kvinnor i dessa situationer (Lars Holmberg, 2007). En lägesbeskrivning från 2008 konstaterar att det finns ett uppenbart behov av (ungdoms)mottagningar anpassade för pojkar och unga män (Ideström, 2008). Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar skriver i sitt policyprogram: ”Det är viktigt att utveckla arbetssätt för att i större utsträckning än i dag nå unga män. Ungdomar ska också ha möjlighet att möta personal av båda könen.” (FSUM, 2010).



Ungdomsmottagningarnas verksamhet är inte reglerad i lag eller kvalitetssäkrad och därför finns stora lokala och regionala skillnader i landet. Socialstyrelsen har arbetat fram ett vägledande dokument om förebyggande insatser för bl.a. ungdomsmottagningar och elevhälsan, som bedriver hiv och STI-prevention. Syftet är att skapa ett tydligare innehåll och en struktur för dessa verksamheter (Socialstyrelsen, 2009a).

För åldersgruppen 20–24 år, där aborter och STI är vanligast, finns inte alltid en självklar arena att vända sig till inom området för sexuell och reproduktiv hälsa. Ungdomsmottagningarnas verksamhet har i regel en övre åldersgräns som ligger runt 20–25 år. Barnmorskemottagningar och familjevårdscentraler är ofta överbelastade och prioriterar lagstadgad graviditetsövervakning. Socialdepartementets arbetsgrupp föreslår en nationell utveckling av Sesam-mottagningar, vilka når unga vuxna som har en för hög ålder för ungdomsmottagningarna (Milton, 2009).

Mångfald

Ett alldeles särskilt sätt att visa bristande respekt för människor från andra kulturkretsar anses vara att säga; att vi avstår från att ha synpunkter på deras syn på sexualitet och samlevnad av respekt för deras kulturella särart. Ett sådant resonemang skulle betyda att det vi arbetar med på nationell, regional och lokal nivå bara skulle vara uttryck för något slags provinsiell syn på olika typer av mänskliga värden. Rätten att sträva efter kärlek, lust och gemenskap är grundad i långt mer universella värden än sådant som kan behöva omgärdas av respekt för någons kulturella särart (Mossberg, 1996).

Flickor med utländsk bakgrund, antas ibland agera enligt andra ramar än flickor med svensk bakgrund. Oskuld ses som ett tecken på respektabilitet i högre grad hos flickor med utländsk bakgrund och det finns olika regelsystem att förhålla sig till, vilka förmedlas av sin omgivning; föräldrar, släktingar och familjer med samma etniska bakgrund. Om flickorna bryter mot regelsystemet riskerar de att utsättas för ryktesspridning, något som också kan drabba deras familj och därigenom hota familjens sociala status. Flickor med svensk bakgrund anses ha, och har oftast, större frihet i förhållande till de normer som rör sexualitet, än vad flickor med utländsk bakgrund har (Forsberg, 2005).

Delar av vårt svenska samhälle är mer eller mindre mångkulturella, och skildras ofta som ett problem i medierna och den offentliga debatten. Detta gäller också de pojkar som bor där. Unga män i mångkulturella förorter skapar kön och sexualitet i relation till faktorer som klass, plats och etnicitet. De är väl medvetna om dessa problembilder, vilka ofta påverkar hur de talar om andra killar, tjejer, sex och om sig själva. Förväntningarna på vad de unga männen ska tycka och hur de ska agera finns hela tiden närvarande i deras interaktion med sin omgivning. Det gäller förväntningar på dem som ”killar”, ”invandrare”, ”heterosexuella”, ”svenskar”, ”förortsbor” och så vidare. Att tillskrivas en kategori innebär ofta att det egna handlingsutrymmet begränsas till de egenskaper som knyts till kategorin, uppfyller omgivningens förväntningar på hur man bör och ska vara. Hur vi benämner och ser

på varandra är således viktigt för hur vi som människor kan agera, menar forskaren (Hammarén, 2008).

Heder som beskär livsutrymmet för många ungdomar

Den klassiska bilden av hedersrelaterat våld och tvång är att förövaren vanligtvis är fadern eller en bror till en förtryckt flicka eller kvinna. Men, förövaren kan vara en kvinna, mödrar som förtrycker sina döttrar. Förtrycket kan handla om att modern tvingar dottern att bära slöja eller kontrollerar hennes sexualitet. Unga män kan bli tvingade av en eller båda föräldrarna att bevaka en systers beteende ute i samhället. Pojkar och unga män tvingas också till tvångsgifte eller att utföra en del handlingar i kontrollsyfte mot sin egen vilja. Den unge mannen betar sig som en förövare för att upprätthålla familjens heder men är samtidigt ett offer och lider av de krav som ställs på honom och de handlingar han tvingas utföra (Hanberger, Ghazinour, & Mårald, 2008).

För att man ska kunna analysera och förstå mekanismerna bakom det hedersrelaterade våldet krävs synsätt från olika perspektiv samt förståelse för hur dessa samverkar. Maktperspektivet är viktigt i en analys av våldet då det framför allt är flickorna som befinner sig i underordnade maktpositioner utifrån kön men också ålder, sexuell läggning, etnicitet och klass. Hedersrelaterat förtryck utgör ett hinder för de mänskliga rättigheterna och begränsar både flickors och pojkars livsutrymmen. Regeringens insatser har framför allt riktats direkt och indirekt till offer, i första hand flickor och unga kvinnor. Insatser riktade till pojkar, unga män och HBT-ungdomar har genomförts i betydligt mindre omfattning inom ramen för hedersrelaterat våld och tvång (Hanberger et al., 2008).

Sexuell identitet

Det finns få mottagningar som riktar sig till personer med annan sexuell identitet än heterosexuell. Exempelvis så finns det bättre tillgång till kvalitativ rådgivning och service i samband med hivtestning för män som har sex med män i storstäderna (Tikkanen, 2007). För dem som bor utanför storstäderna finns knappt någon verksamhet alls förutom hos de ideella organisationerna som RFSL (Riksförbundet för sexuell likaberättigade). Det finns därför ett behov av att utveckla rådgivningen i samband med hivtestning. Män som har sex med män är en viktig målgrupp för arbetet med prevention av hiv och STI. De större mottagningarna i storstäderna skulle kunna utgöra goda exempel för mindre verksamheter ute i landet (Tikkanen, 2007).

Dubbelt utsatta – ungdomar med funktionsnedsättning

Övriga utsatta grupper som kan vara svåra att nå i det förebyggande arbete med STI och oönskad graviditet är ungdomar och unga vuxna med funktionsnedsättning (Löfgren-Mårtenson, 2005; Socialstyrelsen, 2005b). Exempelvis inom omsorgen saknas riktlinjer för personalen som ger vägledning om hur man ska hantera ungdomar med psykisk funktionsnedsättning och deras sexualitet. Det innebär att personalens synsätt och agerande sker utifrån deras egna värderingar och normer

om vad som är accepterat och inte. Majoriteten av den personal som omger människor inom omsorgen är företrädesvis kvinnor. Kvinnor har visat sig vara mer restriktiva än män till sexuella uttryck, vilket leder till förmedlande av en stereotyp och traditionell syn på sexualitet. Männens sexualitet anses generellt vara hotande för kvinnorna och därför försöker man skydda kvinnorna. Kvinnornas sexualitet anses vara mer av vänskaplig karaktär och ses inte som signaler för sexuella uttryck (Löfgren-Mårtenson, 2005; Socialstyrelsen, 2005b).

Människor med funktionsnedsättning kan behöva extra praktisk hjälp och stöd från omgivningen för att hitta sina sexuella uttryck, våga utforska sin kropp, sin sexualitet och utveckla relationer till andra människor. Vid fysiska svårigheter kan det finnas behov av att hitta tekniska hjälpmedel och handlar det om psykiska svårigheter behövs i regel pedagogiska hjälpmedel (Nordeman, 2005). Ungdomar med psykisk funktionsnedsättning kan även behöva hjälp med att tolka sexuella signaler då de själva har begränsade möjligheter att tolka och förstå sin omgivning. Kroppen till en person med funktionsnedsättning blir lätt en allmän egendom på grund av svårigheter att själv skapa en egen fysisk integritet, vilket omgivningen måste hjälpa till med genom att stärka, skydda och förmedla (Hulter, 2004).



Socioekonomiska faktorerers betydelse

En internationell undersökning visar att ungdomar från socioekonomiskt utsatta familjer har en tidigare samlagsdebut än andra ungdomar. Detta mönster var mest tydligt i Östeuropa och bland pojkar (WHO, 2005/2006a). Flera mindre studier i Sverige, där man har undersökt sexuellt beteende och attityder till sexualitet bland gymnasieelever, visar att elever som studerade på yrkesförberedande program löpte större hälsorisker än de studieförberedande eleverna. I den gruppen var det mer vanligt förekommande med rökning, tidigare sexuell debut, låg preventivmedelsanvändning, sexuella övergrepp och att de hade fler sexuella partner jämfört med elever på studieförberedande program (Edgardh, 2000, 2002b; L Holmberg & Berg-Kelly, 2002; Häggström-Nordin, Hanson, & Tydén, 2002; Klanger, Tydén, & Ruusuvaara, 1993; Makenzius, Gillander-Gådin, Tydén, Romild, & Larsson, 2009). Ungdomar som hoppat av skolan, är riskgrupper som är mest benägna att ägna sig åt flertalet hälsoriskbeteenden och är svårast att nå med olika insatser från bl.a. skolan (Edgardh, 2002a; Edgarh & Ormstad, 2000).

Personer som testar sig för STI

Vi vet i dag att de som testar sig för en STI är en högriskgrupp för att smittas med en STI i framtiden. I dag är det betydligt fler kvinnor än män som testar sig för klamydia, trots att andelen smittade i befolkningen är tämligen likartad för kvinnor och män. Hälften av de positiva klamydiafallen bland män identifieras genom smittspårning. Det begränsar möjligheten att arbeta preventivt inom vården med just unga män, eftersom det saknas naturliga kontaktytor för dem. Förklaringen till skillnaden är delvis att unga kvinnor testar sig ofta i samband med andra besök, exempelvis uppföljningsbesök för p-pillerbehandling.

När män besöker en STI- eller ungdomsmottagning, är det ofta ganska självklart i vilket syfte de är där, d.v.s. att testa sig för en STI. En vanlig uppfattning är att kvinnor oftare än män kan besöka dessa mottagningar av skäl som inte är förknippade med STI, exempelvis förskrivning av p-piller. Det är sådant som kan upplevas stigmatiserande och hämmande för män att söka kontakt, varför speciella killmottagningar (tider avsatta enbart för pojkar och unga män) är viktiga i arbetet med prevention av både STI och oönskade graviditeter (Makenzius et al., 2009). I dag saknas samhällsliga strukturer för hälsa på lika villkor, för båda könen.

Upprepade aborter

Oönskade graviditeter har ökat under hela 2000-talet och de förebyggande insatserna är riktade främst till kvinnor (bl.a. ungdomsmottagningsverksamhet, mödra- och hälsovård samt akut p-piller och övriga hormonella preventivmedel). Uppenbarligen räcker inte det för att minska antalet oönskade graviditeter. Trettioåtta procent av dem som söker för en abort har genomfört minst en tidigare abort (Socialstyrelsen, 2009f). Det innebär att varje abortsökande kvinna har en hög risk att återigen bli oönskat gravid. En minskning av antalet aborter för varje kvinna är i sig en vinst.

En studie i Stockholm visade att kvinnor med utländsk bakgrund (själva födda utomlands eller med minst en förälder som var född utomlands), gör förhållandevis oftare abort och har tidigare erfarenhet av abort, än kvinnor med svensk bakgrund. I linje med detta hade också kvinnorna med utländsk bakgrund mindre erfarenhet av preventivmedelsanvändning, än de svenska kvinnorna. Flyktingar och invandrare är utlandsfödda som oftare associeras med arbetslöshet, lägre utbildningsnivå och socialt stöd, än svenskfödda personer. Forskaren menar att med bättre tillgång till anpassad preventivmedelsrådgivning och subventionerade preventivmedel borde antalet aborter kunna minskas (Helström, Zätterström, & Odland, 2006).

Den allmänna uppfattningen bland dem som arbetar med unga män är att de har liknande behov av information, stöd, råd och vägledning i samband med en önskad graviditet, som unga kvinnor (L. Holmberg & Wahlberg, 1999). Statens folkhälsoinstitut föreslog i *Folkhälsopolitisk rapport 2005*, att regeringen måste satsa mer resurser på att sprida kunskap om arbetssätt och metoder för att nå pojkar och unga män i samband med önskad graviditet. I uppdraget bör också ingå att identifiera samt sprida kunskap om risken för upprepade aborter bland båda könen (Statens folkhälsoinstitut, 2005).

Alkoholens effekter på sexuell och reproduktiv hälsa

Alkoholen kan vara en faktor som stärker självförtroendet för att inleda nya kontakter och relationer. Dessvärre går ofta de positiva egenskaperna hand i hand med många negativa effekter. Ett flertal studier visar att alkoholintag försämrar ungdomens förmåga att avstå från sex och att risken att inte använda skydd ökar (Edgardh, 2002, Häggström-Nordin et al., 2002, Darj & Bondestam, 2003, Holmberg & Berg-Kelly, 2002, Edgarh, 2000, Ekstrand et al., 2005). Trots att man var rädd för att få en STI eller att en önskad graviditet skulle inträffa verkade samlag i samband med alkoholpåverkan förkomma mycket ofta.

Nästan hälften av eleverna i gymnasiets andra år uppgav i en rikstäckande undersökning att de druckit alkohol någon gång under de senaste sju dagarna. Var fjärde elev svarade att de någon gång haft oskyddat sex till följd av den egna alkoholkonsumtionen. Bland pojkarna var det ca 30 procent och bland flickorna ca 20 procent som uppgav att de bråkat eller slagits på grund av att de druckit alkohol. Det var dubbelt så många som uppgav att de haft önskat eller oskyddat sex bland konsumenterna jämfört med genomsnittet. Eleverna med hög alkoholkonsumtion hade också i betydligt större utsträckning prövat narkotika och skolkade avsevärt mer än övriga ungdomar (Hvitfeldt & Rask, 2007). Även andra studier styrker detta resultat, att många unga har ångrat samlag de haft under alkoholpåverkan (Forsberg, 2005).

Tidig sexuell debut är associerat till riskfaktorer som rökning, alkoholkonsumtion och droganvändning i högre grad än hos dem som har en senare sexuell debut (Robertson & Plant, 1988; Traeen B & Lundin Kvalem, 1996; Wellings, 2006; WHO, 2005/2006b).

Sexualbrotten fortsätter att öka i Sverige. Anmälningbenägenheten har ökat men även den faktiska brottsligheten har ökat. Attityder, Internet och ökad alkoholkonsumtion beskrivs bl.a. som möjliga orsaker till ökningen av sexualbrotten (Brottsförebyggande rådet, 2009).

Bland homo- och bisexuella personer finns det en större andel som inte konsumerar alkohol alls, samtidigt som det finns en större andel som är riskkonsumenter av alkohol än i den övriga befolkningen, i synnerhet bland unga homo- och bisexuella kvinnor. Att använda cannabis är dessutom betydligt vanligare bland framför allt unga homo- och bisexuella personer än i den övriga befolkningen (Roth, Boström, & K, 2006).

Begreppet "MSM" inkluderar de män som själva har identifierat sig som homo- eller bisexuella, men även de män som inte betraktar sig som homo- eller bisexuella och som trots detta, har sex med andra män. En svensk studie konstaterar att män som har sex med män och som redan har eller har haft en STI har ett ökat riskbeteende än de som aldrig haft en STI. Av de 2 600 deltagarna var fyra procent hivpositiva. När man enbart tittade på homosexuella män över 36 år, som bor i något av storstadsområdena, var tio procent hivpositiva. Mer än dubbelt så många av de hivpositiva i studien hade haft en STI tidigare. Över hälften (59 procent) upplevde att alkoholrus hade inverkan på risktagandet (Tikkanen, 2008).

Alkoholkonsumtionen i sig kan vara ett potentiellt större problem än att ungdomar inte använder kondom vid senaste samlaget. Att informera om hur viktig kondomanvändningen är leder troligtvis inte någonstans om huvudproblemet är alkoholkonsumtionen. Att en person dricker mycket alkohol kan också grunda sig i låg självkänsla, och det blir ytterligare ett hinder för att föra samtal om kondomanvändning eller ta initiativ till kondomanvändning. Det är därför viktigt att anpassa metoderna utifrån individuella behov, levnadsförhållanden och villkor, vilka ofta påverkas av många faktorer och skiljer sig mellan olika individer (Socialstyrelsen, 2009a).

Även internationell forskning (WHO, 2005), visar att alkohol går hand i hand med ökat risktagande och ohälsa som

- tillfälliga sexuella kontakter
- oskyddad sex
- våldtäkter
- prostitutionsköp
- psykisk ohälsa
- försvagning av immunförsvaret som ökar cellernas mottaglighet för hivviruset
- tobaksanvändning
- droganvändning.

Utebliven kondomanvändning – men varför?

Förutom alkoholens negativa påverkan på omdömet som tidigare har beskrivits, är även kostnaden för kondomer ett av de vanligast förekommande hindren för utebliven kondomanvändning. Men, kondomanvändning påverkas också av attityder, etiska och religiösa värderingar, och svårigheten att prata om kondomanvändning,

vilket ofta förstärks av bristande jämställdhet mellan könen. Även stigmat kring kondomanvändning kan vara en faktor som bidrar till utebliven kondomanvändning, ex. om personen föreslår kondomanvändning kan det uppfattas som ett missstroende mot partnern, att han eller hon har en smitta som man inte vill riskera att smittas av och vice versa. Psykisk ohälsa och låg självkänsla kan också utgöra hinder för att förhandla om att använda kondom (Christianson, Johansson, Emmelin, & Westman, 2003; Socialstyrelsen, 2009a).

Hos en och samma individ kan flera olika hinder förekomma. Därför måste insatserna anpassas individuellt. Att rikta insatser mot enstaka enskilda faktorer är inte tillräckligt. I det sammanhanget blir det tydligt att exempelvis alkoholen är en enskild faktor bland många som bidrar till att individer avstår från att använda kondom (Socialstyrelsen, 2009a).

KAPITEL 2



Effektiva samtalsmetoder för att förebygga STI

Sammanfattning

- Det finns evidens för att motivationshöjande samtal minskar STI och sexuellt risktagande bland ungdomar och vuxna.
- De starkaste effekterna fanns bland grupper med högre riskutsatthet, som sexuellt aktiva tonåringar, tidigare erfarenhet av STI, flera sexualpartner, socioekonomisk utsatthet, utländsk bakgrund och bland dem som lever i storstadsmiljöer.
- Målgruppens riskutsatthet och intensiteten i insatsen har betydelse för hur stor effekten blir på STI-incidensen och det sexuella risktagandet.
- Det fanns ingenting som talade för att samtalen var skadliga eller ökade STI-incidensen.
- Fler utvärderingar behövs om effekter av insatser med låg intensitet.
- Mer forskning behövs om insatser riktade till grupper med låg riskutsatthet.
- Generellt finns fler studier om kvinnor än om män inom området och mer forskning om samtalsmetoder riktade till män behövs.

Sammanställningen är en översättning av en amerikansk systematisk kunskaps-sammanställning:¹ *Behavioral Counseling to Prevent Sexually Transmitted Infections: A Systematic Review for the U.S. Preventive Service Task Force* (Lin, Whitlock, O'Connor, & Bauer, 2008). Svenska förhållanden har beskrivits i de fall det har varit meningsfullt i syfte att framför allt påtala likheter och applicerbarheten till svenska förhållanden. Kunskapssammanställningen och arbetsprocessen kan hämtas från Agency for Healthcare Research and Quality, via länken www.ahrq.gov/clinic/uspstf08/sti/stiart.htm.

Bakgrund

Trots framsteg inom förebyggande arbete och behandling av STI, är dessa fortfarande en viktig orsak till sjuklighet i ett globalt perspektiv. Bara i USA uppskattas 19 miljoner nya STI inträffa varje år, varav nästan hälften är i åldersgruppen 15–24 år. I USA beräknas de medicinska kostnaderna för STI ligga runt 15 miljarder dol-

1 Resultatet och rekommendationer är oberoende av den amerikanska regeringen och bör därför inte tolkas som en officiell ståndpunkt från USA. Detta betonas med anledning av att USA tidigare har förespråkade avhållsamhet framför andra beteendeariktade åtgärder, vilka utvärderingar har visat är verkningslösa.

lar per år. I Sverige är trenden att klamydia fortsätter att öka. Klamydia har som tidigare nämnts, ökat med över 200 procent sedan 1997. I linje med utvecklingen av STI är trenden att oönskade graviditeter ökar i alla åldersgrupper förutom bland tonåringarna.

I Sverige lever fler människor än någonsin med hiv. Även om spridningen av hiv är begränsad inom ungdomsgruppen är den allt mer liberala inställningen till tillfälliga sexuella kontakter oroande, eftersom den inte går hand i hand med ökad kondomanvändning. STI orsakar en betydande ekonomisk börda och de indirekta kostnaderna är svåra att uppskatta.

Den pågående klamydiaepidemin är omfattande och har en generell spridning bland ungdomar och unga vuxna varför särskilda åtgärder med fokus på klamydiainfektionen måste vidtas. I den nationella strategin för det förebyggande arbetet mot STI (Socialstyrelsen, 2008) påtalas behovet av bättre förebyggande åtgärder inom hälso- och sjukvården. Det finns belägg för att man skulle kunna göra mycket mer som främjar ett minskat sexuellt risktagande och minskad smittspridning. Det preventiva arbetet innebär att ge ungdomar ökad kunskap och självinsikt för att motivera dem till minskat sexuellt risktagande. För detta arbete krävs mer strukturella insatser som ökar och förbättrar förutsättningarna för ungdomarna, vilket måste förankras och prioriteras på ledningsnivå inom hälso- och sjukvårdens organisation.

Ur ett förebyggande och hälsofrämjande perspektiv avseende sexualitet och reproduktiv hälsa överlappar åtgärderna varandra och bör ses som en helhet. Det innebär att förbättringsåtgärder kan ge större eller mindre effekter på både STI och oönskade graviditeter. Detta är två områden som i högre grad behöver samordnas i det förebyggande arbetet (Socialstyrelsen, 2008).

Individuella riskfaktorer för att smittas av en STI baseras på riskfyllda beteenden som exempelvis sex med många partner, sex första kvällen, sex med personer som tillhör högriskgrupper, oskyddat sex, sex i samband med berusning och sex i utbyte mot pengar (Herlitz, 2008). Dessa beteenden påverkas av individens kunskap, attityder, färdigheter, självkänsla och den kontext individen lever i: faktorer som kan förebygga risktagande men också bidra till ett riskfyllt beteende (Zenilman, 2005). Det är en riskfaktor att ingå i en grupp där förekomsten av STI är högre än genomsnittet i befolkningen (ex. bland ungdomar och unga vuxna, svarta och latinamerikaner i USA, män som har sex med män, personer med psykisk funktionsnedsättning, socioekonomiskt utsatta och de som lever i storstadsområden). Riskfaktorer i befolkningen leder också till ökad sjuklighet av STI i särskilt utsatta grupper, såsom gravida (Centers for Disease Control and Prevention, 2007; U.S. Preventive Services Task Force, 2007). I Sverige överensstämmer flera av dessa grupper med de målgrupper som är prioriterade i preventionsarbetet för STI och hiv: ungdomar och unga vuxna, gravida, män som har sex med män, asylsökande och flyktingar samt injektionsmissbrukare (Socialstyrelsen, 2008).

Flera nationella och internationella organisationer rekommenderar kontinuerligt arbete med riskbedömningar av sexualvanor för att avgöra vilka patienter som kan

få störst nytta av STI-screening eller riskreducerande samtalsmetoder (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2009; Meyers, Halvorson, & Luckhaupt, 2007; Socialstyrelsen, 2008). Trots detta finns det stora variationer inom primärvården: mellan 15 och 90 procent ställer frågor om sexuella erfarenheter och gör riskbedömningar i USA. Dessutom är STI-rådgivning och kondominformation låg inom primärvården, från en tredjedel till hälften av läkarna arbetar med detta i USA (Henderson, Tao, & Irwin, 2005). I en telefonstudie bland ungdomar i New York, med högre prevalens av socioekonomisk utsatthet, STI och oönskad graviditet, uppgav endast 50 procent att de någon gång fått rådgivning om STI-prevention i samband med besök inom hälso- och sjukvården (Fairbrother et al., 2005). En annan amerikansk undersökning bland läkare i primärvården visade att endast 40 procent ställde frågor om ungdomarnas sexualvanor och 31 procent rapporterade att de samtalade med och utbildade ungdomarna om olika smittvägar för STI (Millstein, Igra, & Gans, 1996).

I Sverige finns inga liknade studier att jämföra med, men 2005 fanns ”Sexualitet och reproduktiv hälsa” omnämnt i endast 5 av 21 landstings styrdokument, dock utan anvisad verksamhetsnivå (Socialstyrelsen, 2005a). Socialstyrelsens pågående arbete i samverkan med andra aktörer om insatser för att minska hiv och STI kan komma att förändra situationen vid en ny kartläggning av landstingens styrdokument (Socialstyrelsen, 2009d).

I Sverige är den största arenan för STI-rådgivande arbete bland ungdomar landets ungdomsmottagningar, där personalen i regel har goda kunskaper om både STI och kondomanvändning. Inte sällan utgör ungdomsmottagningarna en form av konsultverksamhet för skolpersonal, elevhälsan och övriga aktörer som arbetar med dessa frågor, såväl lokalt som regionalt (FSUM, 2010; Idestrom, 2008; Milton, 2009). Verksamheten är inte lagstyrd eller kvalitetssäkrad och därför finns stora lokala och regionala skillnader i landet.

I Sverige finns inga studier som har utvärderat insatser med samtalsmetoder för att förebygga STI men i USA har man arbetat betydligt mer med dessa frågor. Redan 1996 rekommenderade man att alla ungdomar och vuxna patienter skulle informeras om riskfaktorer för STI och få rådgivning om effektiva åtgärder för att minska risken för infektion (U.S. Preventive Services Task Force, 2007). Råden och stödet skulle utgå från evidensbaserade metoder. Problemet var att dessa inte hade testats inom ramen för primärvårdens verksamhet, än mindre hade effekterna utvärderats. Efter 1996 har många studier och utvärderingar gjorts, vilket den här översikten kommer att beskriva.

Syfte och frågeställningar

Syftet med den här amerikanska systematiska kunskapssammanställningen är att beskriva fördelar och nackdelar med samtalsmetoder som använts inom primärvården i syfte att förebygga STI.

1. Finns det stöd för att insatser med samtalsmetoder inom primärvården minskar riskfyllt sexuellt beteende med utfallet minskad STI-incidens eller relaterad sjuklighet och dödlighet?
2. Leder insatser med samtalsmetoder i primärvården till förändrade beteenden bland patienterna mätbart som handlingar som främjar säkrare sex?
3. Har primärvårdens insatser med samtalsmetoder för att förebygga STI resulterat i andra fördelar än säkrare sex och minskad STI-incidens?
4. Kan primärvårdens samtalsmetoder som syftar till att förebygga STI skada patienterna i något avseende?

Metod

Datakällor: Medline, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Psyc INFO från januari 1988 till december 2007. Litteratur från 1988 har granskats eftersom det var det första året som det publicerades studier om sexuella beteenden och rådgivning i den globala hivspridningen. Sammanställningen är kompletterad med andra litteratursökningar från externa källmaterial från experter på området och bibliografier om gällande relevanta systematiska översikter.

Datakällorna: Totalt identifierade forskarna 3 197 abstrakts men med hänsyn till inklusions- och exklusionskriterierna utmynnande granskningsprocessen i 21 artiklar som innehöll 15 randomiserade kontrollerade studier (RCT) av god eller tillräckligt god kvalitet, vilka har utvärderat samtalsmetoder inom ramen för primärvårdens verksamhet (inklusive STI-mottagningar). Därutöver identifierades en (1) kontrollerad studie med tillräckligt god kvalitet samt en (1) kontrollerad studie av hög kvalitet. Studier som saknade kontrollgrupper uteslöts.

Val av studier (inklusionskriterier)

Studier som inkluderades för den här sammanställningen har utvärderat samtalsmetodologiska samtalsmetoder, genomförda inom ramen för primärvårdsverksamhet (tabell 1). Definitionen av samtalsmetoderna utgår från en gemensam grund: att genom patientens tillåtelse ge information, kunskap om strategier, stöd och vägledning vilket syftar till att skapa motivation hos individen att själv förändra sitt sexuella beteende. Samtalet ges som enskild insats eller i kombination med andra insatser, i syfte att främja ett minskat sexuellt risktagande eller undvika risker. I handlingar innebär det att betona det egna ansvaret i valet av livsstil, motivera genom att ge kunskap och färdigheter som kan bidra till en livsstilsförändring. Det innebär också att underlätta införlivandet och vidmakthållandet av den nya livsstilen i det normala vardagliga livet.

Tabell 1. Sammanfattning av inklusions- och exklusionskriterier för frågeställningarna 1 till 4.

Studiekaraktär	Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
STI	STI orsakade av virus och bakterier; hiv, hepatit B och C, herpes simplex, kondylom (HPV), klamydia, gonorré, syfilis och trichomonas.	Andra smittovägar för blodburna STI; mödrabarnöverföring, blodtransfusioner, oavsiktliga nålstick, samt smitta genom delade kanyler.
Studiedesign	Engelskspråkiga RCT och kontrollerade studier; kontrollgrupper som inte har fått någon intervention alls, minimal insats (sedvanlig information som inte översteg 15 minuter), eller uppmärksamhetskontroller – "attention controls" (dvs. personer som fått liknande insatser som genomförts vid en annan plats/område).	Studier som inte har inkluderat kontroller; alla observationsstudier.
Målgrupper	Vuxna (gravida och icke-gravida), ungdomar (sexuellt aktiva och de som inte har samlagsdebuterat).	Personer med hiv.
Verksamhetsnivå	Primärvården (barn- och ungdomsmottagningar, obstetriska/gynekologiska mottagningar, mödrhälsovård, vårdcentraler, elevhälsovård. Specialistmottagningar (STI- och urologimottagningar, hivprovtagningsmottagningar, psykiatrimottagningar) beaktades med anledning av att det fanns begränsade studier inom primärvårdsverksamhet.	Behandlande verksamheter, skolbaserade program, missbruksvård, hivkliniker och specialistsjukvård.
Interventioner	Genomförda inom ramen för primärvårdsverksamhet. Bedömda att kunna genomföras inom ramen för primärvårdsverksamhet: a) individbaserade insatser, b) insatser vanligtvis utförda av hälso- och sjukvårdspersonal eller kopplade till hälso- och sjukvårdssystemet genom patienten, c) insatser riktade till enskilda individer eller små grupper, d) gruppbaseade insatser, > 8 gruppsessioner och interventionstiden översteg inte 12 månader. Interventioner som kan hänföras till primärvården, genomförs som en del av sjukvården eller är allmänt tillgängliga i samhället på nationell nivå.	Kommun- och landstingsbaserade program (arbetsplatsbaserade program, skolbaserade program), social marketing-interventioner (mediekampanjer), policy-skapande interventioner (lokala eller mer övergripande policyer eller hälso-politiska inriktningar).
Utfall	Biologiskt utfall måste ha utvärderats efter minst 3 månader i form av verifierade provresultat eller självrapportering alternativt självrapporterad beteendeförändring.	Självrapporterad mätning av attityder, kunskap, tilltro, förmåga och självkänsla.

Datagranskning och kvalitetsbedömning

Två utredare granskade alla abstrakts för beslut om eventuell inkludering i sammanställningen. Totalt granskades 3 197 abstrakts och 287 kompletta artiklar för de viktigaste frågeställningarna ett till fyra. De två utredarna betygsatte, oberoende av varandra, alla artiklar utifrån inklusionskriterierna. Därefter sammanställde en ny granskare all relevant fakta från abstrakten i tabellform och ytterligare en person granskade hela sammanställningsprocessen.

Definition av intensiteten i insatsen

På grund av olikheterna mellan studiepopulationerna, verksamheterna, utformningen av samtalsmetoderna och resultaten, gjordes inga försök att kvantifiera erhållna data utan arbetet mynnade ut i en kvalitativ sammanställning. Intensiteten i givna samtalsmetodologiska insatser har därför definierats enligt följande:

- **LÅG INTENSITET** beskriver enstaka insatser som varade mindre än 30 minuter eller någon form av insats som kunde hänföras till vanliga primärvården utan betydande extra besökstid
- **MÅTLIG INTENSITET** beskriver åtgärder som varade längre än 30 minuter men mindre än 2 timmar totalt
- **HÖG INTENSITET** beskriver flera besöksinsatser som krävde mer än 2 timmar totalt.

Finansieringskällornas roll

Sammanställningen är ett amerikanskt samverkansprojekt där författarna under hela arbetet har haft ett nära samarbete med experter, olika kontaktpersoner och företrädare för myndigheter och kliniska verksamheter under olika skeden. Arbetet har granskats av fem externa experter och därefter har sammanställningen ytterligare justerats. Hela processen har dokumenterats och för ytterligare information om metoder och resultat hänvisar vi till den fullständiga rapporten som kan nås via länken www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm.

Resultat

I Bilaga 1 finns en sammanfattning av evidensen i de artiklar som presenteras under det här kapitlet. Sammanfattningen inkluderar även vilka typer av mottagningar och populationer som har studerats.

FRÅGESTÄLLNING 1

Finns det stöd för att insatser med samtalsmetoder inom primärvården minskar riskfyllt sexuellt beteende med utfallet minskad STI-incidens eller relaterad sjuklighet och dödlighet?

Vuxna

Åtta studier med tillräcklig god kvalitet hade undersökt effekten av individbaserad samtalsmetodik för att minska STI-incidens bland vuxna (Bilaga 1) (Boyer, Barrett, Peterman, & Bolan, 1997; Carey et al., 2004; L. S. Jemmott, Jemmott, & O'Leary, 2007; Kamb et al., 1998; Petersen, Albright, Garrett, & Curtis, 2007; Scholes et al., 2003; Shain et al., 2004; Shain et al., 1999). Av dessa åtta studier var tre randomiserade, kontrollerade studier (RCT), vilka hade genomförts inom ramen för primärvårdens verksamhet (L. S. Jemmott et al., 2007; Petersen et al., 2007; Scholes et al., 2003). Fem studier inkluderade endast kvinnor (L. S. Jemmott et al., 2007; Petersen et al., 2007; Scholes et al., 2003; Shain et al., 2004; Shain et al., 1999). Vid de kliniska studierna, med undantag för en (Petersen et al., 2007), ansågs det föreliggande hög risk för STI utifrån sociodemografiska faktorer eller individuella riskfaktorer, inklusive deltagare med en anamnes av nuvarande eller tidigare STI. Intensiteten i insatserna varierade från låg intensitet (t.ex. distribution av skraddarsydd material för hjälp till självhjälp) till hög intensitet (t.ex. flera samtalsessioner, upp till tio sessioner).

Det största bevisvärdet (5 RCT, n = 8122) tyder på en måttlig reduktion av bakteriella STI vid 12 månaders uppföljning bland vuxna med hög risk som fick insatser av måttlig till hög intensitet (Carey et al., 2004; L. S. Jemmott et al., 2007; Petersen et al., 2007; Shain et al., 2004; Shain et al., 1999). Endast en av dessa fem studier genomfördes inom primärvården (L. S. Jemmott et al., 2007). Studien av Jemmott et al. (n = 564), hade hög kvalitet och visade att kvinnor som antingen fick insatser på individnivå med låg intensitet eller gruppterapi med hög intensitet hade lägre andel bakteriella STI än kontrollgruppen (14–15 procent jämfört med 27 procent). Resultaten redovisades inte enskilt för de två grupperna – låg intensitet och hög intensitet – utan hade slagits ihop. Den troliga anledningen till hopslagningen är att den individbaserade interventionsgruppen inte hade ett självständigt statistiskt signifikant värde. Tre studier som genomfördes på STI-kliniker (n = 7 150) visade en måttlig minskning av bakteriell STI-incidens vid tolv månaders uppföljning, i jämförelse med traditionell rådgivning där det i regel ingår en begränsad rådgivning.

Den mest omfattande kliniska STI-studien är projektet Respect (Review, Enhance, Situation, Plan, Examine, Challenge, Tell), utförd av Kamb et al. (1998), n = 5758. Studien visade att personer som fick antingen måttlig eller hög intensitet av patientcentrerad hivrådgivning med testning, hade lägre incidens av STI jämfört med personer som fick sedvanlig rådgivning med tio minuters undervisning (11,5–12,0 procent jämfört med 14,6 procent). Ingen större skillnad i effekt kunde

identifieras mellan insatser med måttlig respektive hög intensitet. Project Respect, som för övrigt var en välgjord RCT, hade endast en 70-procentig svarsfrekvens vid uppföljningen vid sex månader, respektive 66 procent efter tolv månader. I studien av Carey et al. (2004), $n = 408$, kunde effekter påvisas med mycket hög intensitet av grupperterapi vid en öppenpsykiatrisk mottagning (lägre frekvens av självrapporterad STI vid sex månader). Begränsande var att uppföljningen grundade sig på självrapporterad STI-diagnos, till skillnad från laboratorieverifierade resultat.

Tre ytterligare studier identifierades där samtalet gavs i samband med en STI-behandling. En av dessa tre studier genomfördes på personer som besökte en STI-klinik i ett område med hög prevalens av STI och de andra två studierna genomfördes på vanliga vårdcentraler i primärvården. Ingen av dessa tre studier visade någon effekt.

Den sista studien som presenterades var av god kvalitet och utförd av Boyer et al. (1997). Studien som genomfördes på en STI-klinik ($n = 393$), visade inte någon minskning av antalet nya fall av STI vid sex månader, bland deltagare som fått individanpassade insatser med hög intensitet. Denna kliniska studie genomfördes dock under kort tid och uppföljningen var begränsad (endast 70 procent ingick vid uppföljningen efter sex månader). Två ytterligare studier med hög kvalitet som endast inkluderade unga kvinnor som besökte en vårdcentral visade heller ingen statistiskt signifikant skillnad i självrapporterade eller laboratorieverifierade STI (Boekeloo et al., 1999; Petersen et al., 2007). I dessa båda studier hade kvinnorna relativt låg prevalens av STI. Således hade alla dessa tre studier begränsningar avseende utformningen, vilket kan ha begränsat möjligheten att upptäcka statistiskt signifikanta skillnader i incidens av STI.

Ungdomar

Fyra RCT-studier identifierades som hade tillräcklig eller god kvalitet (Boekeloo et al., 1999; DiClemente et al., 2004; J. B. Jemmott, Jemmott, Braverman, & Fong, 2005; Kamb et al., 1998). Studierna undersökte effekten av insatser som använde beteendeförändrande samtalsmetoder i syfte att minska förekomsten av STI, framför allt bland ungdomar. Tre av de fyra studierna inkluderade endast sexuellt aktiva tonåringar (DiClemente et al., 2004; J. B. Jemmott et al., 2005; Kamb et al., 1998), och den fjärde omfattade både sexuellt aktiva ungdomar och sådana som inte var det (12–15 år), av Boekeloo et al. (1999). Insatserna varierade från låg till hög intensitet och innehöll mellan en och fyra sessioner samt var antingen individ- eller gruppanpassad.

Mest evidens fanns för en blygsam minskning av STI-incidensen vid tolv månaders uppföljning av sexuellt aktiva ungdomar som hade fått måttlig till hög intensitet i sin rådgivning (3 RCT, $n = 1998$). Två av dessa studier var uteslutande unga flickor som fått högentensiva insatser i grupp (DiClemente et al., 2004; J. B. Jemmott et al., 2005). I en subgruppsanalys ($n = 764$) av deltagarna yngre än 20 år från Respects studie som hade fått hivrådgivning i samband med testning, sågs mindre STI vid tolv

månaders uppföljning än bland dem som fick sedvanlig vård (cirka 17–18 procent jämfört med 27 procent) (Bolu et al., 2004).

Därmed kan konstateras att endast en RCT av de ovan beskrivna inkluderade tonåringar som inte hade samlagsdebuterat (Boekeloo et al., 1999). Studien visade att insatser med låg intensitet inte minskade förekomsten av självrapporterade STI (Boekeloo et al., 1999). Troligtvis hade inte studien tillräcklig styrka för att visa skillnader i STI-incidens, med tanke på den låga provtagningsmängden, kort uppföljning samt den generellt låga STI-incidensen.

Gravida

Inga studier kunde identifieras som särskilt behandlar gravida kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna. Projektet Safe (Sexual Awareness for Everyone), fann en måttlig minskning i incidens av gonorré- och klamydiainfektioner vid 12 månaders uppföljning efter gruppterapi med hög intensitet. Cirka 30 procent var gravida kvinnor i studien men deras resultat rapporterades dock inte separat och därför kan inga slutsatser avseende just den gruppen presenteras (Shain et al., 1999).

FRÅGESTÄLLNING 2

Leder insatser med samtalsmetoder i primärvården till förändrade beteenden bland patienterna mätbart som handlingar som främjar säkrare sex?

Vuxna

Tre studier (RCT) med tillräcklig eller god kvalitet identifierades (Ehrhardt et al., 2002; Proude, D'Este, & Ward, 2004; Wenger et al., 1992). Studierna undersökte effekten av beteendearbetade samtalsmetoder i syfte att minska självrapporterat riskfyllt sexuellt beteende eller främja beteende som främjar säkrare sex hos vuxna. Begränsningen var dock att hälsoutfallet inte mättes med laboratorieverifierade provresultat, utan utgick från självrapporterade uppgifter. Alla tre studierna genomfördes inom ramen för primärvårdsverksamhet. Intensiteten i samtals-sessionerna varierade mellan låg (kort engångsbesök) till hög (upprepade besök upp till 18 timmar), men endast en (n = 360) av dessa tre studier uppnådde kravet på god kvalitet (Ehrhardt et al. 2002). Denna studie visade en minskning av antalet självrapporterade oskyddade samlag och en 18-procentig ökning av den självrapporterade kondomvändningen bland kvinnorna som fick en extremt intensiv beteendearbetad samtalsbehandling bestående av nio tvåtimmars gruppsessioner. Kvinnorna besökte två olika typer av mottagningar, en familjeplaneringsklinik och en STI-klinik men kvinnorna uppskattades vara lika riskutsatta då nästan 60 procent tidigare hade haft en STI.

De andra två studierna hade tillräckligt hög kvalitet och visade ingen minskning av självrapporterat riskfyllt sexuellt beteende såsom färre oskyddade samlag eller färre sexpartner eller en ökning av konsekvent kondomvändning (Proude et al.,

2004; Wenger et al., 1992). Den ena av dessa var från Australien (n = 312), genomförd av Proude med flera som hade utvärderat en lågintensiv samtalsmetodologisk insats utförd av läkare. Studien hade dock begränsningar p.g.a. kort uppföljningsperiod (tre månader). Den andra RCT-studien av Wenger et al. (n = 370) genomfördes vid en studenthälsa vid ett universitet. Resultatet visade inte några förändringar i användandet av kondom eller antalet sexpartner, med måttlig intensitet av insatsen, men även denna studie hade en relativt kort uppföljningsperiod (sex månader).

Metoder för datainsamlingen varierade mellan studierna avseende om data var självrapporterade eller laboratorieverifierade provresultat. Skillnader fanns även i hur man hade samlat in data (t.ex. intervju eller frågeformulär) för frågor om sexuella beteenden, exempelvis oskyddade samlag, kondomanvändning och antalet sexualpartner, vilket ytterligare begränsade möjligheten till jämförelser mellan studierna.

Ungdomar

En studie identifierades som var av tillräckligt god kvalitet, vilken undersökte effekten av samtalsinsatser inom primärvården som främjar säkrare sex bland manliga gymnasieelever (Danielson, Marcy, Plunkett, Wiest, & Greenlick, 1990). Resultatet visade ingen ökning av kondomanvändning eller avhållsamhet efter en timmes samtal jämfört med kontrollgruppen.

Gravida

Inga studier kunde identifieras som uppfyllde inklusionskriterierna som särskilt riktade sig till gravida kvinnor.

FRÅGESTÄLLNING 3

Har primärvårdens beteendeinriktade insatser för att förebygga STI resulterat i andra fördelar än säkrare sexuella beteenden och minskad STI-incidens?

Ett par studier redovisade andra beteendeinriktade eller biologiska resultat, t.ex. självrapporterade åtgärder för att reducera riskerna för andra riskabla beteenden, eller minskning av oönskad graviditet eller graviditet bland tonåringar. För vuxna fanns bevis från Safe (n = 617) att högintensiva beteendeinriktade insatser kan öka följsamheten av behandlingsrekommendationer för kvinnor som besöker en STI-klinik (Ehrhardt et al., 2002; Shain et al., 2004; Shain et al., 1999). För ungdomar fanns evidens för att måttlig till hög intensitet på beteendeinriktade insatser kan minska andra riskfyllda beteenden och oönskad graviditet hos sexuellt aktiva unga kvinnor (Carey et al., 2004; J. B. Jemmott et al., 2005; Scholes et al., 2003) samt öka kondomanvändningen bland unga män (Boekeloo et al., 1999; Danielson et al., 1990; DiClemente et al., 2004; J. B. Jemmott et al., 2005).

I studien av Jemmott och medarbetare (2005), $n = 682$, kunde man konstatera att hög intensitet av gruppsamtal minskade det genomsnittliga antalet tillfällen studiepersonerna hade haft sex när de var alkohol- eller drogpåverkad. DiClemente et al. (2004), undersökte unga färgade flickor ($n = 522$). Resultatet visade att hög intensitet av gruppsamtal minskade självrapporterad graviditet. Boekeloo och medarbetare (1999) studerade ungdomar ($n = 219$), resultatet indikerade att lågintensiv insats kan minska antalet självrapporterade graviditeter. Resultatet var inte statistiskt signifikant. Studien från 1999 av Danielson et al. ($n = 1\,195$) visade att måttlig intensitet av individanpassad samtalsmetodik gav en ökad kondomanvändning bland gymnasiepojkar.

FRÅGESTÄLLNING 4

Kan primärvårdens samtalsinsatser för att förebygga STI ge motsatt effekt eller skada patienterna i något avseende?

Vuxna

Elva studier ($n = 11\,826$) utvärderar insatser med samtalsmetoder som syftar till att minska risktagandet bland unga vuxna och vuxna. Resultaten visade inte någon ökad förekomst av STI eller självrapporterade riskfyllda beteenden i övrigt, inklusive ökning av oskyddat sex eller fler sexpartner (Boyer et al., 1997; Carey et al., 2004; Ehrhardt et al., 2002; L. S. Jemmott et al., 2007; Kamb et al., 1998; Petersen et al., 2007; Prouté et al., 2004; Scholes et al., 2003; Shain et al., 2004; Shain et al., 1999; Wenger et al., 1992). De åtta studier ($n = 10\,462$) som rapporterade biologiska resultat visade inte heller på en ökad förekomst av STI, genom egen rapport eller laboratorieverifierade provresultat (Boyer et al., 1997; Carey et al., 2004; L. S. Jemmott et al., 2007; Kamb et al., 1998; Petersen et al., 2007; Scholes et al., 2003; Shain et al., 2004; Shain et al., 1999). Tio studieresultat som utgick från självrapportering, visade inga tecken på ökning av antalet oskyddade samlag eller minskad kondomanvändning (Boyer et al., 1997; Carey et al., 2004; Ehrhardt et al., 2002; L. S. Jemmott et al., 2007; Kamb et al., 1998; Petersen et al., 2007; Prouté et al., 2004; Scholes et al., 2003; Shain et al., 1999; Wenger et al., 1992). Sex studier visade inga tecken på självrapporterad ökning av antalet sexuella partner (Boyer et al., 1997; Carey et al., 2004; Kamb et al., 1998; Prouté et al., 2004; Shain et al., 2004; Wenger et al., 1992).

Ungdomar

Fem studier ($n = 3\,382$) utvärderade samtalsmetodologiska insatser som syftade till att minska risktagandet bland ungdomar. Resultatet visade ingen ökning av STI eller självrapporterat riskbeteende, inklusive oskyddat sex, fler sexuella partner eller tidigare sexuell debut (Boekeloo et al., 1999; Danielson et al., 1990; DiClemente et al., 2004; J. B. Jemmott et al., 2005). De fyra studierna ($n = 2\,187$) som undersökte



biologiskt utfall visade inte någon ökad förekomst av STI, vare sig genom självrapportering eller genom laboratorieverifierade provresultat. Ytterligare fem studier (självrapportering), visade heller ingen ökning av oskyddat sex eller minskning av kondom användning. Två studier visade ingen självrapporterad ökning av antalet sexpartner.

Studien från år 1999 av Boekeloo och medarbetare (n = 219) visade en övergående ökning av självrapporterade vaginala samlag efter tre månader, men inte vid nio månaders uppföljning, av ungdomar i åldern 12–15 år. Självrapportering av den totala samlagsfrekvensen (vaginalt, oralt eller analt), ökade dock inte.

Diskussion

Studierna i den här amerikanska systematiska kunskapsöversikten hade genomförts inom primärvården och målgrupperna bedömdes ha en högre riskutsatthet (till exempel sexuellt aktiva tonåringar och unga vuxna). På grundval av resultaten från dessa studier kan vi konstatera att det finns evidens för att måttlig till hög intensitet av beteendeariktade insatser med samtal genomförda inom ramen för primärvårdens verksamhet minskar förekomsten av STI (förutom herpes simplex-virus) bland vuxna med högre risk och bland sexuellt aktiva ungdomar. Den starkaste evidensen fanns för prevention av klamydia och gonorré. I studierna var effekterna till övervägande del självrapporterade men resultaten bekräftas även i de studier som mätte effekterna genom laboratorieverifierade provsvar.

Inga studier kunde identifieras som hade utvärderat effekterna av beteendeorienterade samtalsmetoder i syfte att förebygga STI bland grupper med låg riskutsatthet. Ytterligare studier behövs för att utvärdera beteendeorienterade insatser bland grupper med lägre riskutsatthet. I Sverige förs diskussioner om att kvalitetssäkra skolans sex- och samlevnadsundervisning, vilket är den enskilt viktigaste insatsen för att arbeta preventivt med yngre ungdomar (Forsberg, 2007; Idestrom, 2008; Milton, 2009; Riksförbundet för sexuell upplysning [RFSU], 2009; Statens folkhälsoinstitut, 2005).

Med stöd av elva studier kan vi också konstatera att inga skador eller någon ökad STI-incidens har kunnat härledas till insatserna. För unga tonåringar som fått insatser med låg intensitet för att minska sexuellt risktagande, såg man initialt en övergående ökning av självrapporterade vaginala samlag. Betydelsen av detta övergående fynd är dock oklart, eftersom det inte påverkade den totala sexuella aktiviteten eller vaginala samlagsaktiviteten vid uppföljningen efter nio månader (Boekeloo et al., 1999).

Endast en studie undersökte sexuell debut, och man fann att samtal inte ökade den sexuella aktiviteten bland dem som inte var sexuellt aktiva innan samtalet genomfördes (Danielson et al., 1990). Resultaten för den här sammanställningen överensstämmer med en nyligen publicerad metaanalys som inkluderade samtliga studier av en specifik hiv-inriktad insats som syftade till att reducera risktagande: ingen ökning av den sexuella aktiviteten eller antalet sexuella partner kunde identifieras (Smoak, Scott-Sheldon, Johnson, & Carey, 2006).

Målgruppens riskutsatthet och intensiteten i själva insatsen har betydelse för effekten på STI-incidens och självrapporterad beteendeförändring. Generellt identifierades fler studier bland kvinnor än bland män, så det behövs fler studier som inkluderar män. Bland unga vuxna fick insatserna de starkaste effekterna bland grupper med högre riskutsatthet: svarta och spansktalande i USA, populationer med låg inkomst, de som bor i storstäder, befolkningsgrupper med en högre förekomst av STI än genomsnittet, personer som tidigare haft en STI, personer med psykisk funktionsnedsättning och missbrukare.

Stark evidens för behandlingseffekter fanns också bland sexuellt aktiva tonåringar, särskilt i etniska minoriteter, familjer med låg inkomst eller i storstadsområden. Dessa riskutsatta grupper är i stort generaliserbara även till svenska förhållanden och följande grupper: ungdomar, socioekonomiskt utsatta, personer med tidigare erfarenhet av STI eller oönskad graviditet, de som har många sexpartner, män som har sex med män, injektionsmissbrukare, asylsökande och flyktingar (Edgardh, 2000, 2002b; Herlitz, 2008; Häggström-Nordin et al., 2002; Makenzius et al., 2009; Socialstyrelsen, 2008).

De amerikanska forskarna menar vidare att intensiteten i insatsen kan vara en viktigare faktor för effektiviteten än själva utformningen eller den specifika beteendevetenskapliga metoden. Ingen studie hade använt interventioner med låg intensitet (dvs. ett kort eller enstaka korta besök) för grupper med högre risk (besökare vid STI-mottagningar). Variationen av intensitet för effektiva insatser varierade från

2x40 minuters samtal i kombination med hivtestning (Kamb et al., 1998) till 18 timmar fördelat på nio besök (Ehrhardt et al., 2002).

En studie visade en potentiell effektivitet för att minska STI med samtal med låg intensitet (20 minuter). Minskningen av STI kunde verifieras via laboratorietestade prover vid tolv månader, men författarna gjorde ingen specifik analys av gruppen som fick låg intensitet, utan redovisade både grupperna tillsammans, troligen på grund av att den gruppen inte ensam uppnådde säkerställd effekt (L. S. Jemmott et al., 2007).

Tre studier i populationer med hög risk genomfördes inom primärvården (n = 1 429). Studierna visade inte någon minskning av incidens i självrapporterade STI efter insatser med låg intensitet (Boekeloo et al., 1999; L. S. Jemmott et al., 2007; Scholes et al., 2003). De effektiva insatserna byggde på individuell riskbaserad rådgivning och vägledning i en skraddarsydd utformning i syfte att minska risktagandet. De flesta av dessa insatser har utvecklats med hjälp av kunskap och forskning om målgruppen.

För sexuellt aktiva tonåringar fanns två effektiva samtalsmetoder som också innehöll kondomkunskap. I den ena studien, av Jemmott och medarbetare (2005), visades att i gruppen som bara fick kondomkunskap sjönk STI-incidensen. Alla effektiva insatser utgick från liknande beteendevetenskapliga modeller och förhållningssätt, inklusive bl.a. motiverande samtal. Dessa beteendemodeller och sociala teorier var dock också de som användes i de metoder som inte resulterade i minskat risktagande eller lägre STI-incidens bland primärvårdens patienter (Boekeloo et al., 1999; Danielson et al., 1990; Scholes et al., 2003).

De amerikanska forskarna beskriver flera begränsningar i den här systematiska sammanställningen. För det första: även om inte alla samtalsmetoder visade på statistiskt signifikanta effekter så innebär det inte att dessa är helt verkningslösa eller ineffektiva. Den totala incidensen av t.ex. klamydia är relativt låg, vilket är problematiskt då styrkan i studierna lätt blir otillräcklig och mätfel kan uppstå (typ II). För det andra: studier som besvarade frågeställning 2 genom självrapporterade utfall bör tolkas med försiktighet därför att det saknas konsekventa eller enhetliga riktlinjer eller graderingar av de olika beteendeförändringarna som mättes. Självrapporterad STI-incidens och självrapporterade beteenden är särskilt föremål för både rapporterings- och utvärderingsproblem, även om metodologiska förbättringar kan minska dessa systematiska problem (Zenilman, 2005). För det tredje har författarna bedömt att den interna validiteten inte är optimal eftersom insatserna bedömdes vara beroende av den specifika forskargruppens insatser, skillnader i intensitet mellan utformningen av samtalsmetoderna samt i studiepopulationerna, vilket begränsar generaliserbarheten ytterligare.

Alla grupper med hög riskutsatthet finns heller inte representerade i dessa studier, vilket också är en begränsning i sammanställningen. Författarna refererar dock till annan litteratur avseende exempelvis män som har sex med män och injektionsmissbrukare, där man vet att samhälleliga insatser är effektiva för att minska risktagan-

det (Coyle, Needle, & Normand, 1998; Herbst et al., 2007; Johnson, Hedges, & Diaz, 2005; Underhill, Operario, & Montgomery, 2007).

Ännu viktigare än begränsningar av tillämpligheten på olika populationer och hur överförbar det beteendeorikta samtalet är i praktiken. Dessa frågor är särskilt relevanta för den här sammanställningen eftersom alla identifierade effektiva insatser innehöll måttlig till hög intensitet med utbildade och tränade rådgivare. Alla studier hade dessutom hängivna forskare som ansvarade för rekryteringen, samtalen och bedömningarna.

Utformningen av de få studier som hade utvärderat samtalsmetoder med låg intensitet kan ha påverkat resultatet, som inte var statistiskt signifikant. Vi kan därför konstatera att fler studier behövs som utvärderar effekten av lågintensiva insatser, särskilt för grupper med lägre riskutsatthet.

Vi kan också konstatera att graden av riskutsatthet i olika grupper och intensiteten i själva insatsen verkar vara de starkaste faktorerna för effektiviteten av insatsen. Vidare så finns det tillräcklig evidens i de här studierna för att påstå att måttliga till högintensiva insatser sänker STI-incidensen bland grupper med hög riskutsatthet inom verksamheter för primärvården inklusive STI-mottagningar.

Det fanns fler studier som utvärderade insatser riktade främst till unga kvinnor, i syfte att förebygga STI, än till unga män. Därför behövs fler studier som inkluderar män, för att säkerställa användbarheten och generaliserbarheten av samtalsmetoder vars syfte är att minska förekomsten av framför allt STI men också oönskade graviditeter.

KAPITEL 3



Resultatens användning i Sverige

– hinder och möjligheter

Sammanfattning

- Sverige bedriver ett brett och strategiskt folkhälsoarbete för att främja en positiv syn på sexualitet och reproduktiv hälsa samt förebyggande arbete för att minska framför allt sexuellt risktagande och STI.
- Förebyggande arbete mot oönskad graviditet bör integreras och synliggöras mer i det STI- och hiv-förebyggande arbetet.
- En nationell policy för sexualitet och reproduktiv hälsa behövs som sammanför olika inriktningar inom området och skapar acceptans för att arbeta med de bakomliggande orsakerna, med utgångspunkt i jämställdhet, jämlikhet och genus.
- Systematiska kartläggningar och uppföljning av det regionala och lokala preventionsarbetet behövs för att identifiera framgångsfaktorer och spridning av dessa.
- Kvalitetssäkring av landets ungdomsmottagningsverksamhet behövs för att säkerställa tillgängligheten på lika villkor.
- Det finns starkt stöd för de utbildningsinsatser i MI som genomförts i Sverige under de senaste åren. Men utbildningsinsatserna bör utvecklas för att även inkludera hur man på bästa sätt samtalar om sexuellt risktagande i rådgivande situationer vid misstanke om STI eller oönskad graviditet samt öka fokus på mäns ansvar och behov i dessa frågor.
- Förebyggande samtalsinsatser bör riktas rutinmässigt till grupper med högre risk.

Forskning om effektiva insatser saknas i Sverige

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet bör anpassas till regionala och lokala förutsättningar och den specifika utvecklingen av problemet i det område som verksamheten betjänar. Om befolkningen i området har en högre incidens av STI än genomsnittet i landet bör insatserna mer konsekvent erbjudas sexuellt aktiva som inte lever i fasta förhållanden. I Sverige ser både hivincidensen och klamydiaincidensen olika ut i länen och regionerna, till exempel är STI och hiv vanligare i storstäderna.

Det finns ingen kartläggning eller forskning i dag som förklarar skillnaderna mellan de olika landstingen och regionerna. Exempelvis skiljer sig Västerbotten från många andra landsting genom att antalet klamydiafall sjunker där. Västerbotten har under de senaste åren satsat på personalutbildning och gratis kondomutdelning till

universitetsstuderade samt centraliserat smittspårningen. Mot bakgrund av dessa skillnader har Socialstyrelsen nyligen gett i uppdrag till forskare vid Karolinska institutet att identifiera insatser som bidragit till att sänka klamydiaincidensen i en del landsting och regioner.

I Sverige finns heller inga studier inom området som kan jämföras med de amerikanska studierna som presenterades i kapitel 2. Men, för tillfället utvärderas en större studie med fokus på STI och MI (motiverande samtal) i Umeå. Effektiviteten av olika samtalsmetoder har jämförts och dess effekter på sexuell risktagande och STI, varav motiverande samtal är en av metoderna. Resultaten från den studien kan komma att få betydelse för nationella riktlinjer eller rekommendationer inom området.

Flera av de målgrupper som samtalsmetoderna riktade sig till i de amerikanska studierna som presenterades i kapitel 2, är generaliserbara till svenska förhållanden. Därför är det troligt att också metoderna är lämpade för svenskt preventionsarbete. De mest framgångsrika insatserna var samtal med hög intensitet, dvs. upprepade samtalsbesök enskilt eller i grupp (den totala tiden varierade från tre till nio timmar). Ytterst lite evidens fanns för att enstaka insatser och åtgärder som varar mindre än 30 minuter var effektiva för att minska spridningen av STI. Endast en studie visade att måttlig intensitet var effektiv (20 minuters samtal före och efter hivtest). Slutsatsen är att det kommer att krävas omfattande insatser som också är kostsamma för primärvården om man ska införa rutinmässiga arbetssätt som ligger i linje med det resultatet. Därför är det viktigt att identifiera målgrupper med högre riskutsatthet och framför allt rikta insatserna till dem, i väntan på mer forskning inom området.

Utbildningsinsatser inom motiverande samtal (MI) är en viktig åtgärd

De studier som den här sammanställningen presenterar ger också starkt stöd för de utbildningar i motiverande samtal som genomförts i Sverige under de senaste åren (Adlongruppen, 2009; Statens folkhälsoinstitut, 2009). Statens folkhälsoinstituts utbildningsinsatser har främst fokuserat på alkohol, tobak och fysisk aktivitet. Adlongruppen är ett regionalt nätverk som har utbildat smittspårare i motiverande samtal. Utbildningen syftade till att minska smittspridningen och att förebygga att personer som har en diagnostiserad anmälningspliktig STI återsmittas. Nationella utbildningsinsatser bör utvecklas i högre grad till att systematiskt omfatta kunskap om hur man på bästa sätt samtalar i rådgivande situationer vid misstanke om STI eller önskad graviditet, samt utvärdera dessa metoder.

Primärprevention

Redovisningen i kapitel 2 kunde inte identifiera några effektiva insatser med samtal för tonåringar som inte hade debuterat sexuellt. Resultatet måste tolkas med försiktighet eftersom de bara kunde identifiera en studie. Primärvården är vanligtvis inte organiserad så att den har en uppsökande inriktning för ungdomar, med undantag för folkhälsoandvården, och därför kan det vara svårt att nå tonåringar som ännu inte har debuterat sexuellt. Det innebär att för just den gruppen blir grundskolans sex- och samlevnadsundervisning och elevhälsan en ytterst viktig arena för primärprevention.

Det förs en nationell diskussion om primärpreventiva insatserns betydelse i ett längre perspektiv. En sammanställning från Socialstyrelsen (Forsberg, 2007), konstaterar att skolan har den enskilt viktigaste rollen när det gäller att nå yngre ungdomar och att tydligt utformad undervisning inom området bidrar till minskat risktagande hos ungdomar. Problem kvarstår att nå de ungdomar som inte fullföljer sin skolgång och som är en särskilt utsatt grupp avseende flera levnadsvaneområden som tobak, alkohol, droger, våld och övergrepp (Edgardh & Ormstad, 2000).

Det som saknas både i Sverige och internationellt är mer kunskap om olika faktorer som skyddar och främjar en trygg och säker sexualitet och reproduktiv hälsa (salutogent perspektiv) i motsats till det som orsakar ohälsa. Det är lätt att konstatera att ökad kondomanvändning skulle minska antalet STI och oönskade graviditeter, men det är desto svårare att förklara orsakerna till varför en del väljer att använda kondom och andra inte.

Orsakerna bakom orsakerna till olika beteenden, kan ge viktig information om skyddsfaktorer och faktorer som ökar risken för sexuellt risktagande. Alla människor ingår i ett större sammanhang som också påverkar möjligheten till att utvecklas och att göra rationella val i olika situationer. Att blunda för interaktionen mellan individen och samhället, begränsar möjligheten att förebygga riskfyllda beteenden. Oavsett om man är två i en relation så är alltid samhället med som en tredje part (Helmius, 2000). Med ett samhällsperspektiv på ungdomar kan sexuellt risktagande och psykosomatiska symptom ofta förklaras av bakomliggande orsaker som grundar sig i psykosocialt ohälsosamma miljöer.

Även om resultatet i kapitel 2 inte kunde påvisa effekter med samtalsinsatser med låg intensitet, innebär det inte att resultatet skulle bli detsamma i alla liknande situationer. Mer forskning behövs, framför allt i Sverige, för att man ska kunna dra mer definitiva slutsatser om effekter av lågintensiva insatser. Det är också viktigt att betona att resultaten för insatser med hög intensitet inte gäller för dem som inte har debuterat sexuellt. Mer forskning behövs för att förklara skillnaderna mellan olika typer av insatser, deras intensitet och vilka målgrupper de vänder sig till.

Styr- och ledningsperspektiv avgörande framgångsfaktorer

I de studier som presenteras i kapitel 2, hade de som genomförde samtalen, i de fall inte forskarna själva genomförde samtalen, fått särskilda utbildningsinsatser. Engagerade forskare följde också arbetet på nära håll under hela studietiden. Det är inte den verkligheten som dagligdags råder inom hälso- och sjukvården, varken i Sverige eller internationellt. Som tidigare beskrivits i kapitel 1, så var det få lands-ting år 2005 som hade sexualitet och reproduktiv hälsa omnämnt i sina styrdokument (Socialstyrelsen, 2005a).

En viktig del i det fortsatta preventionsarbetet är att ta reda på beredskapen och villigheten inom primärvården att arbeta preventivt med STI och oönskad graviditet. Resursåtgången för olika insatser prioriteras utifrån styr- och ledningsdokument. Politiker och beslutsfattare har ett stort inflytande på om nya arbetsätt, metoder och strategier överhuvud taget kan införas. Men, ju mer evidens och erfarenhet som kan produceras och presenteras för olika målgrupper, desto lättare är det att argumentera för en förändring.

Det finns ett behov av att samla in alla inriktningar inom området för sexualitet och reproduktiv hälsa under en gemensam nationell policy som utgör en grund för samsyn på alla nivåer, i syfte att de mer grundläggande värderingarna genomsyrar enskilda uppdrag och inriktningar. Det skulle också skapa högre acceptans och förståelse för behovet av att arbeta mer med bakomliggande orsaker till olika beteenden. De grundläggande värderingarna är desamma oavsett om det handlar om prevention av STI, oönskad graviditet eller sexuellt våld och tvång, dvs. perspektiv på jämställdhet, jämlikhet och genus. Väldigt få insatser har en primärt förebyggande ansats som betonar de mer grundläggande värdenas betydelse för sexualitet och reproduktiv hälsa. Det förebyggande arbetet som värnar det friska och som bidrar till positiva effekter tenderar att "drunkna" i analyserna av huruvida statistiken på klamydia eller våra säkert utförda aborter ökar eller minskar med någon procentenhet.

Andra aktörer

Den här rapporten har främst fokuserat på primärvården men resultaten kan givetvis användas inom andra verksamheter inom kommuner och landsting, samt inom den privata och ideella sektorn. Samverkan mellan olika aktörer och på olika nivåer är framgångsfaktorer i preventionsarbetet. Socialstyrelsen har det nationella uppdraget att ansvara för samordning av det förebyggande arbetet med hiv och andra STI. Statens folkhälsoinstitut är en bland flera aktörer som arbetar tillsammans med Socialstyrelsen i detta uppdrag (Regeringens prop 2005/06:60). Ingen på nationell nivå har ett samordningsansvar för att förebygga oönskade graviditeter, trots att dessa ökar och 38 procent av kvinnor som söker för en abort har gjort minst en tidigare abort. I den folkhälso-politiska rapporteringen från 2005 föreslog man en nationell handlingsplan för oönskade graviditeter samt att de som gör upprepade aborter och män bör utgöra särskilda målgrupper för det arbetet.

Slutsatser

Även om intentionen i Sveriges politik och pågående arbete följer internationell forskning och riktlinjer så finns brister inom området. Goda samhällsekonomiska argument finns för att effektivisera det förebyggande arbetet. Sverige ska erbjuda god vård på lika villkor till alla medborgare i landet, oberoende av personens bostadsort, ålder, kön, sexuell identitet eller eventuell funktionsnedsättning. Denna jämlikhetssträvan uppfylls inte idag när det gäller sexualitet och reproduktiv hälsa och ungdomars möjligheter att få information, råd, service, stöd och behandling vid landets ungdomsmottagningar. Det är därför angeläget att säkerställa tillgängligheten på lika villkor mot bakgrund av att vi vet att ungdomsmottagningar är bra på att möta och samtala med ungdomar (Idestrom, 2008) med olika grader av riskutsatthet, och ungdomar i allmänhet.

Grunden i ungdomsmottagningarnas verksamhet utgår från en helhetssyn, vilket innebär att de möter och försöker förstå ungdomar mot bakgrund av det sociala och kulturella sammanhang de ingår i. Personal behöver därför ha ett tvärprofessionellt arbetssätt (FSUM, 2009). Resurser och prioriteringar av innehållet i basverksamheten ser dock olika ut i landet, vilket bidrar till stora skillnader avseende det som erbjuds ungdomarna i området (Idestrom, 2008).

Ett nationellt samordnat preventionsarbete som inkluderar patientcentrerade metoder kan försvåras av dessa strukturella skillnader på regional och lokal nivå. Även om det är viktigt att rikta insatser utifrån regionala och lokala skillnader och behov så bör det finnas en reglerad miniminivå som säkerställer resurser för att kunna upprätthålla en verksamhet som når ut på lika villkor till ungdomar och unga vuxna i landet. Med fokus på det pågående preventionsarbetet och utvecklingen av STI, oönskade graviditeter och sexualbrott är tiden inne för att kvalitetsgranska och kvalitetssäkra ungdomsmottagningsverksamheten, i linje med mödra- och barnhälsovården. Generellt finns behov av att utvärdera och implementera evidensbaserade metoder inom verksamheter som arbetar med att förebygga STI, oönskade graviditeter och sexualbrott.

Slutsatsen är att flera av de målgrupper som samtalsmetoderna riktade sig till i de amerikanska studierna är generaliserbara till svenska förhållanden. Därför är det troligt att också metoderna är lämpade för svenskt preventionsarbete. STI och oönskade graviditeter är vanligare bland ungdomar än bland vuxna och de löper därför större risk att smittas med en STI eller bli oönskat gravida. Effekten av insatser med samtalsmetoder blir därför också sannolikt störst om de riktas till ungdomar. Exempelvis har rutinmässig klamydiatestning bland vuxna kvinnor i Sverige inte haft någon effekt för att sänka antalet smittade (Löfdahl, Rydevik, Blaxhult, & Herrmann, 2008).

Med tanke på nuvarande brist på forskning och utvärderingar inom området och den kostnad i tid och pengar som insatser med hög intensitet orsakar primärvården, bör rutinmässiga insatser riktas till grupper med högre risk. De grupperna är

- sexuellt aktiva tonåringar
- ungdomar och unga vuxna med många sexpartner
- personer som har en pågående eller misstänkt STI eller har haft det under det senaste året
- oönskat eller misstänkt oönskat gravida
- pojkar och män som är involverade i en oönskad graviditet.

Psykisk ohälsa, sexuell identitet, annan etnisk bakgrund än svensk och socioekonomisk utsatthet är särskilt viktiga faktorer att ta hänsyn utifrån utvecklingen i Sverige av sexuellt risktagande.

Den här rapporten har främst fokuserat på heterosexuella populationer. För mer information om män som har sex med män och insatser riktade till injektionsmissbrukare och flyktingar hänvisas till Socialstyrelsens rapporter och pågående arbete inom området (Socialstyrelsen, 2009b).

Som tidigare har nämnts är forskningsläget om effektiva insatser riktade till heterosexuella pojkar och män särskilt begränsad. Mer forskning behövs som synliggör pojkars och mäns roller, behov och ansvar i det förebyggande arbetet av STI och oönskade graviditeter. Insatser riktade till män gynnar även kvinnor i ett längre perspektiv. Jämlikhet och jämställdhet mellan könen är också grundläggande för att förebygga sexuella övergrepp och våld.

Studierna som den här sammanställningen presenterar ger starkt stöd för de utbildningsinsatser i MI som genomförts i Sverige under de senaste åren (Adlongruppen, 2009; Statens folkhälsoinstitut, 2009). Utbildningsinsatserna från Statens folkhälsoinstitut har främst fokuserat på alkohol, tobak och fysisk aktivitet. Utbildningsinsatserna i motiverande samtal bör därför utökas och inkludera hur man på bästa sätt för samtal om sexuellt risktagande i rådgivande situationer vid misstanke om STI eller oönskad graviditet. Det är också viktigt att öka fokus på mäns ansvar och behov i dessa frågor.

Referenser

- Adlonggruppen. (2009). Regional samverkan kring HIV/AIDS OCH STI. Hämtad 2009-10-24, från <http://www.adlonggruppen.se/>
- Amphi produktion. Skolan. Hämtad 2009-03-19, från <http://amphi.se/amphi/skola/>
- Bezold, G., Politch, J., Kiviat, N., & et al. (2007). Prevalence of sexually transmissible pathogens in semen from asymptomatic male infertility patients with and without leukocytospermia. *Fertil Steril*, 87(5), 1087–1097.
- Boekeloo, B. O., Schamus, L. A., Simmens, S. J., Cheng, T. L., O'Connor, K., & D'Angelo, L. J. A. (1999). STD/HIV prevention trial among adolescents in managed care. *Pediatrics*, 103, 107–115.
- Bolu, O. O., Lindsey, C., Kamb, M. L., Kent, C., Zenilman, J., & Douglas, J. M. (2004). HIV/sexually transmitted disease prevention counseling effective among vulnerable populations?: a subset analysis of data collected for a randomized, controlled trial evaluating counseling efficacy (Project RESPECT). *Sex Transm Dis*, 31, 469–474.
- Boyer, C. B., Barrett, D. C., Peterman, T. A., & Bolan, G. (1997). Sexually transmitted disease (STD) and HIV risk in heterosexual adults attending a public STD clinic: evaluation of a randomized controlled behavioral risk-reduction intervention trial. *AIDS*, 11, 359–367.
- Brottsförebyggande rådet. (2009). Statistik om brottslighet. Brottsförebyggande Rådet – BRÅ. Hämtad 10-08, 2009, från http://www.bra.se/extra/pod/?module_instance=4
- Bäckman, M. (2003). *Kön och känsla: Samlevnadsundervisning och ungdomars tankar om sexualitet*. Stockholms universitet, Stockholm.
- Carey, M. P., Carey, K. B., Maisto, S. A., Gordon, C. M., Schroder, K. E., & Venable, P. A. (2004). Reducing HIV-risk behavior among adults receiving outpatient psychiatric treatment: results from a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 72, 252–268.
- Centers for Disease Control and Prevention, C. (2007). Trends in Reportable Sexually Transmitted Diseases in the United States. Department of Health and Human Services. Hämtad 2010-01-10, från <http://www.cdc.gov/std/stats07/default.htm>
- Centerwall, E. (1995). *Sexuality education for adolescent boys*. Stockholm: RFSU. Riksförbundet för sexuell upplysning.
- Christianson, M., Johansson, E., Emmelin, M., & Westman, G. (2003). ”One night stands” – risky trips between lust and trust: qualitative interviews with Chlamydia trachomatis infected youth in north Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 44–50.
- Coyle, S. L., Needle, R. H., & Normand, J. (1998). Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data. *Public Health Rep*, 113 Suppl 1, 19–30.
- Danielson, R., Marcy, S., Plunkett, A., Wiest, W., & Greenlick, M. R. (1990). Reproductive health counseling for young men: what does it do? *Fam Plann Perspect*, 22, 115–121.
- Danielsson, M., Rogala, C., & Sundström, K. (2003). Få tonårsgraviditeter i Sverige – jämförelse mellan fem västländer. *Läkartidningen*, 23(100), 2063–2066.
- Darj, E., & Bondestam, K. (2003). Ungdomars syn på kondomanvändning. *Läkartidningen*, 44 (100), 3510–3516.

- Deogan, C., Bocangel, M., Wamala, S., & Månsdotter, A. (2010). A cost-effectiveness analysis of the Chlamydia Monday – a community-based intervention to decrease the prevalence of chlamydia in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(2), 141–150.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K. F., Lang, D. L., Davies, S. L., & Hook, E. W. (2004). Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: a randomized controlled trial *JAMA*, 292, 171–179.
- Edgardh, K. (2000). Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17 year old Swedish girls. *Sexual Transmitted Infections*, 76, 98–102.
- Edgardh, K. (2002a). Adolescent sexual health in Sweden. *Sex Transm Infect*, 78(5), 352–356.
- Edgardh, K. (2002b). Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17 year old Swedish boys. *Acta Paediatrica*, 91, 985–991
- Edgardh, K., & Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatrica*, 88, 310–319.
- Ehrhardt, A. A., Exner, T. M., Hoffman, S., Silberman, I., Leu, C. S., & Miller, S. (2002). A gender-specific HIV/STD risk reduction intervention for women in a health care setting: short- and long-term results of a randomized clinical trial. *AIDS Care*, 14, 147–161.
- Ekéus, C. (2004). *Teenage parenthood : paternal characteristics and child health outcomes* Karolinska institutet, Stockholm.
- Elevhälsan.se. Skola och ungdomsmottagning i gemensamt jämställdhetsprojekt för killar. Hämtad 2009-03-19, från <http://www.elevhalsan.se/cldoc/1851.htm>
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2009). Programme on HIV, STI and blood-borne viruses Hämtad 2009-10-04, från http://ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/Pages/Programme_on_HIV_STI_and_blood-borne_viruses.aspx
- Fairbrother, G., Scheinmann, R., Ostheimer, B., Dutton, M. J., Newell, K. A., & Fuld, J. (2005). Factors that influence adolescent reports of counseling by physicians on risky behavior *J Adolesc Health*, 37, 467–476.
- Forsberg, M. (2005). *Ungdomar och sexualitet – en kunskapsöversikt 2005* Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Forsberg, M. (2007). *Ungdomars sexuella hälsa. Internationella kunskapsammansättningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- FSUM. (2010). Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar - Policyprogram. Hämtad 2010-02-02, från www.fsum.org
- Genuis, S. J., & Genuis, S. K. (2004). Managing the sexually transmitted disease pandemic: a time for reevaluation. *Am J Obstet Gynecol.*, 191(4), 1103–1112.
- Godeau, E., Gabhainn, S., Vignes, C., Ross, J., Boyce, W., & Todd, J. (2008). Contraceptive use by 15 year-old students at their last sexual intercourse – results from 24 countries. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(1), 66–73.
- Hammarén, N. (2008). *Förorten i huvudet. Unga män om kön och sexualitet i det nya Sverige*. Doktors avhandling, Göteborgs universitet, Göteborg.
- Hanberger, A., Ghazinour, M., & Mårald, G. (2008). *Regeringens insatser mot hedersrelaterat våld 2003–2007 - slutrapport från den nationella utvärderingen* Umeå Centre for Evaluation Research
- Helmius, G. (2000). *Manus för mognad*. Sala: Mimers Brunn.

- Helström, L., Zätterström, C., & Odland, V. (2006). Abortion Rate and Contraceptive Practices in Immigrant and Swedish Adolescents *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 19(3), 209–213.
- Henderson, Z., Tao, G., & Irwin, K. (2005). Sexually transmitted disease care in managed care organizations. *Infect Dis Clin North Am*, 19, 491–511.
- Herbst, J. H., Beeker, C., Mathew, A., McNally, T., Passin, W. F., & Kay, L. S. (2007). Task Force on Community Preventive Services. The effectiveness of individual-, group-, and community-level hiv behavioral risk-reduction interventions for adult men who have sex with men: a systematic review. *Am J Prev Med*, 32, 38–67.
- Herlitz, C. (2008). *HIV och AIDS i Sverige. Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1989-2007*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Hermann, B. (2006). Klamydia ökar kraftigt också i Sverige. *Läkartidningen*, 103(18), 1413–1415.
- Holmberg, L. (2007). *Health, Risk-Taking Behaviour and Sexuality in Swedish Adolescents*. Uppsala universitet.
- Holmberg, L., & Berg-Kelly, K. (2002). Health, health-compromising behaviour, sexuality and involvement in pregnancy among 18-year old Swedish males: a cross-sectional survey. *Acta Paediatrica*, 91, 838–843.
- Holmberg, L., & Wahlberg, V. (1999). The Staffs' Views Regarding Young Men Involved in Decisions on Abortion: Preliminary Information from a Study of Outpatient Clinics for Adolescents in Sweden. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 47, 177–181.
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa. Begränsningar och möjligheter*: Studentlitteratur.
- Hvitfeldt, T., & Rask, L. (2007). *Skolelevers drogvänor 2006*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Häggström-Nordin, E., Hanson, U., & Tydén, T. (2002). Sex behavior among high school students in Sweden: Improvement in Contraceptive Use over time. *Journal of Adolescent Health*, 30, 288–295.
- Idahl, A., Boman, J., Kumlin, U., & et al. (2004). Demonstration of Chlamydia trachomatis IgG antibodies in the male partner of the infertile couple is correlated with a reduced likelihood of achieving pregnancy. *Journal of Human Reproduction*, 19(5), 1121–1126.
- Idestrom, M. (2008). *Att förebygga oönskade graviditeter. Kartläggning, beskrivning och analys av verksamhetens arbete med unga och unga vuxna*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., Braverman, P. K., & Fong, G. T. (2005). HIV/STD risk reduction interventions for African American and Latino adolescent girls at an adolescent medicine clinic: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159, 440–449.
- Jemmott, L. S., Jemmott, J. B., & O'Leary, A. (2007). Effects on sexual risk behavior and STD rate of brief HIV/STD prevention interventions for African American women in primary care settings. *Am J Public Health*, 97(1034–40).
- Johnson, W. D., Hedges, L. V., & Diaz, R. M. (2005). Interventions to modify sexual risk behaviors for preventing HIV infection in men who have sex with men. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Kamb, L., Fishbein, M., Jm., D., Rhodes, J., Rogers, J., Bolan, G., et al. (1998). Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexual transmitted diseases. A randomized controlled trial. *JAMA*, 280(13), 1161–1167.
- Klanger, B., Tydén, T., & Ruusuvaara, L. (1993). Sexual behaviour among teenagers in Uppsala, Sweden. *Journal of Adolescent Health*(14), 468–474.
- Lafa. (2010). Landstinget förebygger AIDS. Hämtad 2010-02-02, från <http://www.lafa.nu/>

- Larsson, M., Eurenus, K., Westerling, R., & Tydén, T. (2004). Emergency contraceptive pills over-the-counter: a population-based survey of young Swedish women. *Contraception*, 69(4), 309–315.
- Lin, J., Whitlock, E., O'Connor, E., & Bauer, V. (2008). Behavioral Counseling to Prevent Sexually Transmitted Infections: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force *Annals of Internal Medicine*, 149(7), 497–508.
- Löfdahl, M., Rydevik, G., Blaxhult, A., & Herrmann, B. (2008). Klamydia hos kvinnor i Sverige: Smittspårning och rutiner för rapportering måste förbättras. *Läkartidningen*, 105(44), 3116–3120.
- Löfgren-Mårtenson, L. (2005). *Får jag lov? Om sexualitet och kärlek i den nya generationen unga med utvecklingsstörning*. Lund: Studentlitteratur.
- Löfgren-Mårtensson, L., & Månsson, S. (2006). *Sex överallt, typ?! Om unga och pornografi*. Stockholm: Gothia.
- Magnusson, D. (2009). *Klamydiakampanjer. En utvärderingsstudie*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Makenzius, M., Gillander-Gådin, K., Tydén, T., Romild, U., & Larsson, M. (2009). Male students' behaviour, knowledge, attitudes, and needs in sexual and reproductive health matters. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 14, 268–276.
- Malmgren, L., Ljungdahl, S., & Bremberg, S. (2008). *Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop? En systematisk kunskapsöversikt över sambanden och förslag till förebyggande insatser* Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Meyers, D. S., Halvorson, H., & Luckhaupt, S. (2007). Screening for chlamydial infection: an evidence update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 147, 135–142.
- Millstein, S. G., Igra, V., & Gans, J. (1996). Delivery of STD/HIV preventive services to adolescents by primary care physicians. *J Adolesc Health*, 19, 249–257.
- Milton, A. (2009). *Bättre förutsättningar för det förebyggande arbetet – en idépromemoria från Socialdepartementets arbetsgrupp för förebyggande av oönskade graviditeter*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Mossberg, M. B. (1996). *Det mest privata i det svenska folkhälsoarbetet: Sex, samlevnad och hiv/aids i ett mångkulturellt samhälle*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Nordeman, M. (2005). *När känslan tar över... Sexualitet. Utvecklingsstörning. Autism*. Falun: Scan Book AB.
- Novak, D. (2006). *Improving the prevention of sexual transmitted infections (STIs)*. Umeå universitet, Doctor thesis.
- Payne, N., & O'Brien, R. (2005). *Health Economics of Sexual Health: A Guide for Commissioning and Planning*. London: Department of Health.
- Petersen, R., Albright, J., Garrett, J. M., & Curtis, K. M. (2007). Pregnancy and STD prevention counseling using an adaptation of motivational interviewing: a randomized controlled trial. *Perspect Sex Reprod Health*, 39(21–28).
- Proude, E. M., D'Este, C., & Ward, J. E. (2004). Randomized trial in family practice of a brief intervention to reduce STI risk in young adults. *Fam Pract*, 21, 537–544.
- Regeringens prop 2005/06:60. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar Hämtad, från <http://www.regeringen.se/sb/d/5692/a/55679>
- Regeringens prop 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringen.
- Regeringens proposition 2002/03:35. (2002). *Mål för folkhälsan*.

- Regeringens proposition 2007/08:110. (2007). *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringen.
- RFSL. (2010). Riksförbundet för homosexuella, bisexuella och transpersoners rättigheter. Hämtad 2010-02-02, från www.rfsl.se
- RFSU. (2010). Riksförbundet för sexuell upplysning. Hämtad 2010-02-02, från www.rfsu.se
- Rietmeijer, C. A. (2007). Risk reduction counselling for prevention of sexually transmitted infections: how it works and how to make it work. *Sex. Transm. Inf.*, 83, 2–9.
- Riksförbundet för sexuell upplysning [RFSU]. (2009). Hämtad 2009-12-09, 2008, från <http://www.rfsu.se/>
- Robertson, J., & Plant, M. (1988). Alcohol, sex and risks of HIV infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 22(1), 75–78.
- Roth, N., Boström, G., & K, N. (2006). *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Scholes, D., McBride, C. M., Grothaus, L., Civic, D., Ichikawa, L. E., & Fish, L. J. (2003). A tailored minimal self-help intervention to promote condom use in young women: results from a randomized trial. *AIDS*, 17, 1547–1556.
- Shain, R. N., Piper, J. M., Holden, A. E., Champion, J. D., Perdue, S. T., & Korte, J. E. (2004). Prevention of gonorrhea and chlamydia through behavioral intervention: results of a two-year controlled randomized trial in minority women. *Sex Transm Dis*, 31(401–8).
- Shain, R. N., Piper, J. M., Newton, E. R., Perdue, S. T., Ramos, R., & Champion, J. D. (1999). A randomized, controlled trial of a behavioral intervention to prevent sexually transmitted disease among minority women. *N Engl J Med*, 340, 93–100.
- Skolverket. (1999). *Nationella kvalitetsgranskningar 1999. Skolverkets kvalitetsgranskning av skolans sexual- och samlevnadsundervisning*: Skolverket.
- Smittskyddsinstitutet. (2010). Fakta om smittsamma sjukdomar. Hämtad 2010-01-08, från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/>
- Smoak, N. D., Scott-Sheldon, L. A., Johnson, B. T., & Carey, M. P. (2006). Sexual risk reduction interventions do not inadvertently increase the overall frequency of sexual behavior: a meta-analysis of 174 studies with 116, 735 participants. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 41, 374–384.
- Socialstyrelsen. (2005a). *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2005b). *Våld mot kvinnor med psykiska funktionshinder: Förekomst, bemötande och tillgång till stöd*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2008). Nationell kommunikationsstrategi för det förebyggande arbetet mot hiv, sexuellt överförda infektioner och vissa blodburna sjukdomar 2008-2013. Hämtad 2009-10-08, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-7>
- Socialstyrelsen. (2009a). *Att förebygga STI och HIV bland ungdomar och unga vuxna*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2009b). Det svenska arbetet mot hiv/STI. Hämtad 2009-07-02, från <http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/folkhalsa/HIV-STI/specnavigation/sosroll/vartuppdrag.htm>
- Socialstyrelsen. (2009c). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum [EpC].
- Socialstyrelsen. (2009d). Nationell klamydiahandlingsplan 2009-2014. Hämtad 2009-10-07, 2009, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-180>.
- Socialstyrelsen. (2009e). *Skolhälsovårdens metoder för att förebygga psykisk ohälsa – en nationell inventering*.

- Socialstyrelsen. (2009f). *Sveriges officiella statistik. Statistik – Hälsa och Sjukdomar. Aborter 2008*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum [Epc].
- SOU 2006:37. (2006). *Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering*
- Statens folkhälsoinstitut. (2005). *Folkhälsopolitisk rapport 2005*. Stockholm.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009). Motiverande samtal. Hämtad 2010-01-10, från http://www2.fhi.se/templates/Page___8716.aspx
- Tikkanen, R. (2007). *Kunskapsbaserad hivprevention riktad till män som har sex med än*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Tikkanen, R. (2008). *Person, relation och situation. Riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män. FOU Rapport 2008:1* (Doktorsavhandling). Malmö högskola: Samhälle och hälsa.
- Traeen B, & Lundin Kvale, I. (1996). Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction*, 9(7), 995–1006.
- U.S. Preventive Services Task Force, U. (2007). Screening for chlamydial infection: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*, 147(2), 128–134.
- UMO. (2009). Nationell ungdomsmottagning på nätet. Hämtad 10-02, 2009, från www.umo.se
- Underhill, K., Operario, D., & Montgomery, P. (2007). Abstinence-only programs for HIV infection prevention in high-income countries – systematic review. *BMJ*, 335(7613), 248–259.
- UNICEF. (2001). *A league table of teenage birth in rich nations*. Florence: Innocenti Research Centre.
- United Nations [UN]. (2001). UNAIDS – United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS). Hämtad 2010-01-08, 2008, från <http://www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/Goals/UNGASS/>
- Wellings, K. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368, 1706–1728.
- Wenger, N. S., Greenberg, J. M., Hilborne, L. H., Kusseling, F., Mangotich, M., & Shapiro, M. F. (1992). Effect of HIV antibody testing and AIDS education on communication about HIV risk and sexual behavior. A randomized, controlled trial in college students. *Ann Intern Med* 117, 905–911.
- WHO. (2005). Alcohol Use and Sexual Risk Behaviour: A Cross-Cultural Study in Eight Countries. Hämtad 2010-01-01, från http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_sexual_risk_crosscultural.pdf
- WHO. (2005/2006a). *Sexual behaviour: Experience of sexual intercourse. Inequalities in young people's health*. Hämtad 2009-06-26, från http://www.euro.who.int/Document/E91416_Ch2_4.pdf
- WHO. (2005/2006b). *Sexual behaviour: Experience of sexual intercourse. Inequalities in young people's health*. Hämtad 06-26, 2008, från http://www.euro.who.int/Document/E91416_Ch2_4.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2009). Sexual and Reproductive Health - SRH. Hämtad 2009-10-07, från http://www.who.int/reproductivehealth/about_us/en/
- Zenilman, J. M. (2005). Behavioral interventions-rationale, measurement, and effectiveness. *Infect Dis Clin North Am*, 19(2), 541–562.

Bilaga 1. Sammanfattning av evidensen i studierna

	Studier	Begränsningar	Validitet	Sammanfattning av resultaten
FRÅGESTÄLLNING 1. STI-INCIDENS				
VUXNA	8 RCT	Heterogena verksamheter, målgrupper och interventioner; skillnader i studiedesign, gruppens riskutsatthet och interventionens intensitet.	Intern: Tillräckligt god till god. Extern: Tillräckligt god. Grupper med hög riskutsatthet; kvinnor och minoriteter i stadsmiljöer.	Fyra (n = 7 714) av de 6 fallstudierna som mätte laboratoriediagnostiserad STI, visade en måttlig minskning av STI-incidens efter 12 månader bland vuxna med hög riskutsatthet, som fått interventionsinsatser med måttlig till hög intensitet. En studie (n = 737) visade inte någon minskning av STI-incidens vid 12 månader bland kvinnor som fått interventionsinsats med måttlig till hög intensitet (Internetbaserad). En studie (n = 393) visade ingen minskning av STI-incidensen vid 6 månader bland vuxna som fått interventionsinsatser med hög intensitet från en STI-klinik. En studie vid en psykiatrisk mottagning (n = 408) visade en måttlig minskning av självrapporterad STI-incidens efter interventionsinsatser med hög intensitet. En studie (n = 1 210) visade ingen minskning av självrapporterad STI bland vuxna som fått interventionsinsatser med låg intensitet. Självrapporterade data avseende STI bör tolkas med försiktighet.
UNGDOMAR	4 RCT	Heterogena målgrupper och interventioner; skillnader i resultat mellan sexuellt aktiva ungdomar och generellt bland unga i befolkningen samt intensiteten i interventionerna.	Intern: Tillräckligt god till god. Extern: Tillräckligt god. Studierna är genomförda huvudsakligen i städer och på flickor och minoriteter.	Sexuellt aktiva ungdomar: Tre studier (n = 1 998) visade en måttlig minskning av laboratoriediagnostiserad STI-incidens efter 12 månader bland sexuellt aktiva ungdomar som fått interventionsinsatser med måttlig till hög intensitet. Ungdomar som inte har debuterat sexuellt och sexuellt aktiva ungdomar: En studie (n = 219) visade ingen minskning av självrapporterad STI-incidens vid 3 eller 9 månader bland unga tonåringar som fått interventionsinsatser med låg intensitet. Självrapporterade data avseende STI bör tolkas med försiktighet.

	Studier	Begränsningar	Validitet	Sammanfattning av resultaten
FRÅGESTÄLLNING 2. FÖRÄNDRING AV BETEENDE				
VUXNA	3 RCT	Heterogena målgrupper och interventioner; skillnader i resultat beroende på målgruppens risksatthet och intensiteten i interventionen.	Extern: Tillräckligt god. Intern: Tillräckligt god. Grupper med hög risksatthet.	Två av de 3 studierna visade ingen minskning av självrapporterat riskfyllt sexuellt beteende (det vill säga minskning av oskyddade samlag, flera sexpartner, eller en ökning av självrapporterad kondom användning bland männen) hos vuxna som fått rådgivning med låg till hög intensitet. Endast 1 studie visade en självrapporterad minskning av oskyddade samlag och ökad självrapporterad kondom användning (män och kvinnor) vid 12 månader bland kvinnor med en hög andel som tidigare hade haft en STI. Intensiteten av insatsen var mycket hög (18 tim). Den andra gruppen som fick en intervention med något lägre intensitet, men som ändå klassades som hög (10 tim), visade ingen minskning av riskfyllt beteende.
UNGDOMAR	1 RCT	Endast 1 studie.	Extern: Tillräckligt god. Intern: Tillräckligt god. Genomförd på pojkar i högstadiet.	Ungdomar som inte har samlagsdebuterat och sexuellt aktiva ungdomar: Denna studie visade ingen ökning av kondom användningen eller avhållsamhet vid 12 månader bland högstadiepojkar som fått en interventionsinsats med måttlig intensitet.

	Studier	Begränsningar	Validitet	Sammanfattning av resultaten
FRÅGESTÄLLNING 3. ANDRA POSITIVA RESULTAT				
VUXNA	4 RCT	Begränsat antal studier rapporterade ytterligare positiva resultat; Ingen studie rapporterade några allvarliga effekter orsakade av interventionen.	Extern: Tillräckligt god. Intern: Tillräckligt god. Grupper med hög riskutsatthet i städer och på kvinnor och minoriteter.	Två studier som genomfördes på STI-kliniker visade att kvinnor som fått gruppinterventioner med hög intensitet genomförde sin STI-behandling i högre grad. En studie vid en familjeplaneringsklinik visade ingen ökning vid 12 månader av självrapporterade "riskreducerande" strategier bland dem som fått en gruppinterventionsinsats med hög intensitet. En webbaserad studie visade ingen ökning av preventivmedelsanvändningen eller någon minskning av oönskade graviditeter efter 12 månader.
UNGDOMAR	4 RCT	Begränsat antal studier rapporterar ytterligare positiva resultat; Ingen studie rapporterade några allvarliga effekter orsakade av interventionen.	Extern: Tillräckligt god. Intern: Tillräckligt god. Studier genomförda huvudsakligen i stadsmiljö bland minoriteter.	Sexuellt aktiva ungdomar: En studie visade en minskning i självrapporterad sexuell aktivitet under alkohol och drogpåverkan efter 3 och 6 månader men inte efter 12 månader, bland unga flickor som fått en gruppintervention med hög intensitet. En annan studie visade en minskning i självrapporterad graviditet vid 6 månader men inte vid 12 månader, bland unga kvinnor som fått en gruppintervention med hög intensitet. Betydelsen av detta övergående resultat är oklart. Ungdomar som inte har samlagsdebuterat och sexuellt aktiva ungdomar: En studie visade ingen statistiskt signifikant minskning av antalet självrapporterade graviditeter bland tonåringar som fått en intervention med låg intensitet. En annan studie visade en ökning av preventivmedelsanvändningen bland manliga ungdomar som fått en intervention med måttlig intensitet.

	Studier	Begränsningar	Validitet	Sammanfattning av resultaten
FRÅGESTÄLLNING 4. NEGATIVA EFFEKTER				
VUXNA	11 RCT	Inga begränsningar eller skillnader av betydelse.	Intern: Tillräckligt god till god. Extern: Tillräckligt god. Grupper med hög riskutsatthet.	Totalt sett ingen ökning av antalet sexpartner, oskyddade samlag eller STI-incidens av laboratoriediagnostiserad eller självrapporterad STI, efter interventionsinsatser med låg till hög intensitet.
UNGDOMAR	4 RCT	Heterogena målgrupper, interventioner och mätningar av resultaten, vilket begränsar möjligheten att jämföra effekterna, dock kunde inga allvarliga effekter identifieras.	Intern: Tillräckligt god till god. Extern: Tillräckligt god. Studier genomförda huvudsakligen i stadsmiljö bland minoriteter. Endast i 2 av dessa studier inkluderades tonåringar som inte hade samlagsdebuterat.	Sexuellt aktiva ungdomar: Det övergripande resultatet var att ingen ökning av sexuellt risktagande kunde identifieras efter interventionsinsatser med hög intensitet; dvs. ingen ökning av antalet sexpartner, oskyddade samlag eller STI-frekvens (tester och självrapportering). Tonåringar som inte hade samlagsdebuterat: En studie visade en övergående ökning av vaginala samlag bland tonåringar som fått interventionsinsatser med låg intensitet efter 3 månader (OR 2,46 [95 % CI, 1,04-5,84]), men ingen ökning fanns vid 9 månader. En annan studie (webbaserad) riktad till pojkar visade inga tecken på tidigare sexuell debut efter interventionsinsatser med måttlig intensitet.

OR = odds ratio; RCT = randomiserad kontrollerad studie; STI = sexuellt överförbara infektioner.

Trots framsteg inom det förebyggande arbetet och behandlingen av STI (sexuellt överförda infektioner), är dessa fortfarande en viktig orsak till sjukdom och dödlighet i ett globalt perspektiv. Goda samhällsekonomiska argument finns för att effektivisera och samordna det förebyggande arbetet i en nationell policy för sexualitet och reproduktiv hälsa. I Sverige lever fler människor än någonsin med hiv och klamydia. I linje med utvecklingen av STI är också trenden de senaste åren att aborterna ökar i alla åldersgrupper förutom bland tonåringarna. Mer fokus behövs på faktorer som främjar sexuell och reproduktiv hälsa och minskar sexuell risktagande, men också på effektiva metoder i det patientcentrerade arbetet.

Syftet med den här rapporten är att beskriva utvecklingen av STI och oönskade graviditeter i Sverige, förebyggande metoder, insatser och behov i det patientcentrerade arbetet. Rapporten kan även användas som ett uppslagsverk som beskriver ungdomars olika behov av stöd, råd och service på lika villkor utifrån perspektiven jämställdhet, jämlikhet och genus.

Rapporten riktar sig till kliniskt verksamma som arbetar med prevention av STI och oönskade graviditeter, beslutsfattare, politiker, studenter, ideella organisationer och andra intresserade.

Statens folkhälsoinstitut utvecklar och förmedlar kunskap för bättre hälsa.



Statens
folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut
Distributionstjänst
120 88 Stockholm

fhi@strd.se
www.fhi.se

R 2010:06
ISSN 1651-8624
ISBN 978-91-7257-692-6