



Folkhälsomyndigheten

Hiv- och STI-prevention och sexuell och reproduktiv hälsa för migranter

En kartläggande litteraturöversikt



Hiv- och STI-prevention och sexuell och reproduktiv hälsa för migranter

En kartläggande litteraturöversikt

Bindningar och jäv

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2018.

Artikelnummer: 18042

Förord

Syftet med denna rapport är att sammanställa vetenskaplig litteratur om hiv- och STI-förebyggande insatser, inom ramen för ett bredare SRHR-perspektiv, som riktar sig till migranter. Utgångspunkten är Folkhälsomyndighetens arbete utifrån den nationella strategin mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. Bland de grupper som identifieras som riskutsatta för hiv och STI i strategin finns migranter från högendemiska områden, som därmed bör prioriteras i det förebyggande arbetet.

Beslutsfattare och tjänstemän inom landsting, kommuner, myndigheter, yrkesföreningar och det civila samhällets organisationer är tänkta mottagare av rapporten. Den kan fungera som stöd vid prioritering av förebyggande insatser, utveckling av nya och utvärdering av genomförda hiv- och STI-förebyggande insatser som är riktade till migranter i Sverige. Rapporten kan också användas som utgångspunkt för att prioritera framtida forskning inom området.

Forskaren Faustine K. Nkulu Kalengayi, Umeå universitet, har genomfört litteraturöversikten. Kommentarer och synpunkter har getts av professor Anna-Karin Hurtig, Umeå universitet, och av Robert Jonzon och Charlotte Deogan, utredare på Folkhälsomyndigheten. Rapporten har utarbetats av utredare Robert Jonzon och utredare Klara Abrahamsson under ledning av enhetschef Louise Mannheimer vid Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten

Louise Mannheimer

Enhetschef

Enheten för sexuell hälsa och hivprevention

Innehåll

Förkortningar och begrepp	10
Sammanfattning	13
Rätten till hälsa och SRHR är ett viktigt perspektiv	13
Forskningen har brister men visar en del goda resultat	13
Det behövs mer forskning om hiv-prevention i ett SRHR-perspektiv	14
Summary	15
The right to health and SRHR is an important perspective	15
Existing research show weaknesses but also promising results	15
More research on HIV-prevention with a SRHR-perspective is needed	16
Inledning	18
Bakgrund	19
Begreppen migrant och migration	19
Hiv- och STI-prevention: insatser och strategier	21
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)	22
Internationell migration	23
Migration och sexuell och reproduktiv hälsa	23
Syfte	29
Frågeställning	29
Metod	30
Sökstruktur och urvalskriterier	31
Litteratursökning	32
Kartläggning	34
Resultat	36
Artiklar med hög och medelhög kvalitet	36
Artiklar med låg kvalitet	42
Diskussion	51
Bedömning av det vetenskapliga underlaget	51
Aktuellt kunskapsläge	51
Brist på hivförebyggande interventioner med ett SRHR-perspektiv	52

Slutsatser	55
Referenser	57
Bilagor	62

Förkortningar och begrepp

AAAQ: Tillgång, tillgänglighet, godtagbarhet, kvalitet (*Availability, Accessibility, Acceptability and Quality*). Begrepp som myntats av FN för att kunna omsätta rätten till hälsa i praktiken.

Ackulturation: Process av kulturell förändring och anpassning som äger rum när individer från olika kulturer kommer i kontakt med varandra.

Aids: Acquired Immunodeficiency Syndrome (sv. *förvärvat immundefektsyndrom*)

Bortfall: Personer som uppfyller kriterierna för medverkan i en studie men som avböjer, eller bara delvis fullföljer sitt deltagande i studien.

CBO: Civilsamhällets organisationer (*Community-Based Organizations*)

Confounder: Faktorer som har påverkan på både exponering och utfall och därmed skapar ett falskt samband (confounding) mellan de två, vilket måste tas hänsyn till i en statistisk analys. Sådana faktorer kan t.ex. vara ålder eller kön.

ECDC: Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (*European Centre for Disease Prevention and Control*)

EES/EEA: Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (*European Economic Area*)

EFTA: Europeiska frihandelssammanslutningen (*European Free Trade Association*)

Femidom: Ett skydd mot könssjukdomar och graviditet som sätts in i slidan eller ändtarmen före samlag.

FN: Förenta nationerna (*United Nations*)

Grå litteratur: Vetenskapliga studier som inte har publicerats i vetenskapliga medier (t.ex. myndighetsrapporter).

Hbtq: Homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner (*Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender persons*)

Hepatit B (eller HBV-virus): En sjukdom som orsakas av ett virus och som sprids sexuellt eller via blod.

Hiv: Humant immunbristvirus (*Human Immunodeficiency Virus*)

Högendemiska länder: I denna rapport avser det länder med hög förekomst av hiv.

Intervention: Inom folkhälsovetenskapen syftar interventioner på åtgärder eller ingripanden som ska förbättra eller skydda hälsa hos individer, familjer, system och/eller samhällen.

Interventionsstudie: En undersökning där deltagarna utsätts för en åtgärd som prövas. Oftast gäller det en behandling eller förebyggande åtgärd i syfte att främja hälsa.

IPV: Våld i nära relationer (*Intimate partner violence*)

Mixed methods design: Blandning av olika forskningsmetoder och metodik inom en forskningsstudie, t.ex. en blandning av kvantitativ och kvalitativ data.

MSM: Män som har sex med män (*Men who have sex with men*)

MSMW: Män som har sex med män och kvinnor (*Men who have sex with men and women*)

MSW: Män som har sex med kvinnor (*Men who have sex with women*)

Mänskliga rättigheter (FN:s definition): De mänskliga rättigheterna är universella och gäller för alla och envar. De slår fast att alla människor, oavsett land, kultur och sammanhang, är födda fria och lika i värde och rättigheter.

Patogent perspektiv på hälsa: Ett perspektiv som fokuserar på hur och varför sjukdom uppkommer.

Peer education: Utbildning som ges av jämlikar eller ”kamrater” som befinner sig i samma målgrupp som de som utbildas.

PICO: En s.k. PICO-fråga är ett hjälpmedel vid frågeprecisering i utformandet av litteraturoversikter. Population, Intervention, Comparison, Outcome.

PrEP: Pre-exponeringsprofylax. Mediciner mot hiv som en hivnegativ person kan ta för att undvika att få hiv.

RCT: Randomiserade kontrollerade studier (*Randomised controlled trial*)

Salutogent perspektiv: Ett perspektiv som lägger tonvikt på hälsobringande faktorer, dvs. på ”friskfaktorer” snarare än på ”riskfaktorer”.

Self-efficacy: Begrepp från psykologin som innebär en individs tilltro till sin egen förmåga – egenförmåga – att klara av en handling i en särskild situation.

SGBV: Sexuellt och könsrelaterat våld (*Sexual and gender-based violence*)

SRHR: Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (*Sexual and reproductive health and rights*)

STI: Sexuellt överförbara infektioner (*Sexually transmitted infections*)

TREND (statement): En checklista som används för att bedöma kvaliteten på och förbättra rapporteringen av icke-randomiserade studier (*Transparent reporting of evaluations with non-randomized designs*)

Tvärsnittsstudie: Studie som undersöker samband mellan hälsoutfall och bestämningsfaktorer vid en bestämd tidpunkt.

UNAIDS: FN:s program mot hiv och aids
(*United Nations Joint program on HIV/AIDS*)

UNGASS: FN:s generalförsamlings sektion om hiv och aids
(*United Nations General Assembly Special Session on HIV and Aids*)

UNHCR: FN:s flyktingorgan (*United Nations High Commissioner for Refugees*)

Värdland: Ankomst- eller destinationsland för en migrant

WHO: Världshälsoorganisationen (*World Health Organization*)

Sammanfattning

Den här litteraturöversikten sammanfattar det aktuella kunskapsläget när det gäller hiv- (humant immunbristvirus) och STI (sexuellt överförda infektioner) -preventiva insatser som är riktade till migranter, vilka är en viktig målgrupp enligt Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar.

I jämförelse med andra EU-länder har Sverige en hög andel migranter bland de nya fall av hivinfektion som rapporterats under de senaste åren och en hög andel migranter bland personer som lever med hiv. Många fick sin hivinfektion före ankomsten till Sverige, men migranter är också överrepresenterade i de fall där överföringen skedde i Sverige. Migranter kan därför ha speciella behov när det gäller prevention, testning, rådgivning och behandling.

Rätten till hälsa och SRHR är viktiga perspektiv

Det förebyggande arbetet mot hiv och andra STI utgår från rätten till hälsa, som är grundad i de mänskliga rättigheterna. Därför är det naturligt att integrera SRHR (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter) i det förebyggande arbetet mot hiv och STI. För att kunna vidareutveckla det preventiva arbetet utifrån denna bredare rättighetsbaserade ansats behövs dock evidens för framgångsrika insatser som också har detta perspektiv.

Forskningen har brister men visar en del goda resultat

Litteraturgenomgången visar att forskningen inom området är begränsad och domineras av studier från USA. De mest utsatta migrantgrupperna uppmärksammas inte specifikt i de inkluderade artiklarna. I flera artiklar uppges att insatserna är grundade i vedertagna teorier och modeller, men dessa teorier används inte för att tolka resultaten. Av de inkluderade artiklarna bedömdes en fjärdedel hög kvalitet, tio stycken medelhög och sexton stycken låg kvalitet.

Insatserna i de inkluderade artiklarna var inriktade på beteendemässiga aspekter, såsom kunskapsförmedling och beteendeförändring, och fokuserade på studiedeltagarnas attityder och normer. Vissa insatser syftade till att öka graden av testning för hiv och hepatit B. Studierna var även inriktade på preventiva insatser, såsom ökad kondomanvändning och vaccination mot hepatit B.

Ytterst få studier utvärderade biomedicinska och strukturella insatser eller insatser för att *främja* sexuell hälsa i det förebyggande arbetet mot hiv och STI. Studierna tillämpade i hög grad FN:s AAAQ-koncept som betonar rätten till hälsa, men utan ett specifikt SRHR-perspektiv.

Vidare visar litteraturgenomgången att alla insatser var språkligt och kulturellt anpassade till målgrupperna och att de oftast genomfördes i form av uppsökande verksamhet på olika arenor såsom kyrkor, skolor, flyktingförläggningar och ideella föreningar samt i form av hembesök. Dessa strategier uppges vara

framgångsfaktorer för hiv- och STI-preventiva insatser som är riktade till migranter.

Artiklarna visade olika effekter av de olika insatserna när det gäller exempelvis grad av testning för hiv och STI eller antal sexpartner, och effekten varierade mellan positiv, negativ, begränsad eller ingen effekt alls. Insatserna hade positiva effekter på kunskap om hiv, hepatit B och andra STI samt på kunskap, attityder och intentioner gällande kondomanvändning. Positiva effekter framkom även för vissa riskbeteenden, riskmedvetenhet, beteendeintentioner och psykosociala effekter såsom ökad självkänsla, självkontroll och self-efficacy (tron på den egna förmågan).

Det behövs mer forskning om hiv-prevention i ett SRHR-perspektiv

Denna litteraturöversikt belyser ett behov av interventionsforskning inom området hiv- och STI-prevention som är riktad till migranter i Sverige och i övriga Europa. Den visar även att vetenskapliga metoder i högre grad behöver användas för att utvärdera genomförda insatser.

Preventiva budskap bör även uppmärksamma andra STI som har betydelse för migranter, inte bara hiv, samt anlägga ett hälsofrämjande SRHR-perspektiv. I detta ingår att särskilt uppmärksamma utsatta migrantgrupper, såsom personer som säljer sex, hbtq-personer, ensamkommande barn och personer som lever med hiv.

Vidare bör ansvariga myndigheter, forskarsamhället och representanter för migrantgrupper samverka mer och i högre grad samordna sina insatser, eftersom det uppges vara en nyckel till de flesta goda resultat som redovisas. Dessutom behövs strategier inom området som systematiskt införlivar beteendemässiga, biomedicinska och strukturella insatser utifrån ett SRHR-perspektiv. Detta gäller både i forskning och i det förebyggande arbetet mot hiv och STI, för att migranter i högre grad ska få sina sexuella och reproduktiva rättigheter tillgodosedda.

Summary

A scoping review of the literature on HIV/STI prevention efforts targeting migrants in host countries from a sexual and reproductive health and rights perspective

This report provides an overview of current knowledge on HIV (human immunodeficiency virus) and STI (sexually transmitted infections) prevention efforts targeting migrants in the context of their host countries from a broader sexual and reproductive health and rights (SRHR) perspective. The starting point for this report is the work carried out by the Public Health Agency of Sweden according to the national strategy against HIV/AIDS (2005: 06). This literature review aims to clarify the current state of knowledge regarding HIV/STI preventive efforts targeting migrants, who in the national strategy are highlighted as one important target group for HIV prevention. This review can serve as a starting point for future research and as guidance for strategic work in the area.

In comparison with other European Union (EU) countries, Sweden has a high proportion of migrants among new cases of HIV infection reported in recent years and among people living with HIV. Although a large proportion of these people acquired their HIV infection prior to their arrival in Sweden, migrants are also overrepresented among cases where HIV transmission has taken place in Sweden. Migrants may also have special needs regarding prevention, testing, counseling, and treatment.

The right to health and SRHR is important perspectives

A guiding perspective for preventive work against HIV and other STIs is the right to health, a human rights based approach to health. From this perspective, it is natural to integrate SRHR into the preventive work against HIV and STIs. However, there is a need for evidence on successful efforts that has adopted this perspective in order to further develop HIV/STI prevention based on this broader rights based approach.

Existing research show weaknesses but also promising results

This literature review shows that existing research in this field is limited and is dominated by studies from the United States. In addition the most vulnerable migrant groups are not specifically mentioned in the included articles. Several authors state that the interventions are based on established theories and models, but these theories are not used in the interpretation of the results. Based on the *TREND statement* checklist only one of the included articles was graded as having high quality. Of the remaining, ten were graded as having medium and sixteen low quality.

The interventions in the included articles focused on behavioral aspects, such as increasing knowledge and changing behavior, as well as attitudes and norms among study participants. Some of the interventions aimed at increasing HIV and hepatitis B testing rates and others at improving condom use and hepatitis B vaccination.

Only few studies evaluated biomedical and structural interventions or interventions that aimed at promoting sexual health in the preventive work against HIV/STI. The studies largely applied the UN's AAAQ (Availability, Accessibility, Acceptability and Quality) concept, emphasizing the right to health, but without specifically incorporating an SRHR perspective.

Furthermore, the literature review shows that all interventions were linguistically and culturally adapted to the target groups and were most often conducted in the form of outreach activities at different venues such as churches, schools, refugee camps, community-based organisations and also in the form of home visits. These strategies are considered as successful when designing and implementing HIV/STI prevention interventions targeting migrants.

The effects of different interventions described in included articles varied from positive, negative, limited, or no effect at all. The interventions had positive effects on knowledge about HIV, hepatitis B, and other STIs as well as positive effects on knowledge, attitudes, and intentions regarding condom use. Positive effects were also described for certain risk behaviors, risk awareness, behavioral intentions, and psychosocial effects such as increased self-esteem, self-control, self-efficacy, etc.

More research on HIV-prevention with a SRHR-perspective is needed

This literature review highlights the need for intervention research in the field of HIV/STI prevention targeting migrants in Sweden as well as in Europe at large. It also suggests the need for a consistent use of scientific methods for evaluating interventions.

Preventive messages should also pay attention to other STIs affecting migrants besides HIV and integrate a SRHR perspective. This review also suggests that particular attention should be paid to vulnerable subgroups of migrants, such as individuals selling sex, LGBT-people (lesbian, gay, bisexual and transgender), people living with HIV, and unaccompanied children.

Furthermore, collaboration between relevant authorities, the research community and representatives from migrant groups should be strengthened because this is identified as the key to the success on most interventions in this review. There is also a need for strategies in the field that systematically incorporate behavioral, biomedical, and structural interventions based on a SRHR perspective. This applies

to both research and prevention efforts against HIV/STI, in order to improve the conditions for migrants to enjoy their sexual and reproductive rights.

N.B. The title of the publication is translated from Swedish, however no full version of the publication has been produced in English.

Inledning

Migranter, ofta benämnda personer med utländsk bakgrund, är en stor och heterogen grupp människor. Här finns asylsökande, anhöriginvandrare, papperslösa, arbetskraftsinvandrare, gäststudenter med flera. Skälen till migrationen varierar från person till person.

Folkhälsomyndigheten har uppdraget att samordna och följa upp de förebyggande insatser mot hiv och STI som sker nationellt, regionalt och lokalt. Vi ska även verka för nationell samordning och kunskapsuppbyggnad inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt följa upp utvecklingen på området. Arbetet utgår från den nationella strategin mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (1), och enligt den är personer som har ursprung i områden med hög förekomst av hivinfektion, så kallat högendemiska områden, en av de särskilt riskutsatta grupperna. Gruppen migranter är därmed viktig att nå med hälsofrämjande och förebyggande insatser. Andra särskilt riskutsatta grupper enligt strategin är män som har sex med män och personer som injicerar droger.

I strategin betonas också att det finns stora skillnader i sexuell riskutsatthet och sexuellt risktagande inom respektive grupp samt att en person kan tillhöra mer än en av dessa grupper. Dessutom nämns vikten av att personer med bakgrund i högendemiska länder erbjuds hälsoundersökningar, för att tidigt kunna upptäcka eventuell hivinfektion. Detta stämmer också med lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

År 2011 gav Folkhälsomyndigheten ut kunskapssammanställningen *Migration, sexuell hälsa och prevention*, vilken i mångt och mycket liknar denna översikt (2). Därtill har Folkhälsomyndigheten publicerat en kartläggning (*Hiv- och STI-prevention riktad till migranter*) (3). Under åren har Folkhälsomyndigheten dessutom fördelat statsbidrag till hiv- och STI-preventivt arbete som är riktat till migranter samt till landsting och ideella organisationer som genomfört preventiva projekt och verksamheter.

Rätten till hälsa snarare än kontroll av hälsan är ett perspektiv som succesivt kommit att bli vägledande för det hiv och STI-förebyggande arbetet. Perspektivet är grundat i hälsa som en grundläggande mänsklig rättighet och betonar vikten av att integrera sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i det förebyggande arbetet mot hiv och andra STI(1).

Det behövs evidens om framgångsrika insatser för att kunna vidareutveckla det hiv- och STI-preventiva arbetet som är riktat till migranter, utifrån den rättighetsbaserade ansatsen. Denna litteraturöversikt syftar till att uppdatera kunskapen inom detta område.

Bakgrund

Dagens rörlighet över nationella gränser är globalt sett utan motstycke historiskt. Under de senaste åren har även Sverige påverkats eftersom en stor andel migranter sökt skydd i Sverige jämfört med flertalet andra EU-länder.

Migration till Sverige har över tid påverkats av t.ex. efterfrågan på arbetskraft, politiska faktorer och händelser i världen. Den första migrationsvågen till Sverige utgjordes av återvändande svenskar som hade flyttat till Nordamerika under senare delen av 1800-talet och början på 1900-talet (4, 5). Under 1940-talet var de flesta människorna som flyttade till Sverige flyktingar från andra världskriget. Efter andra världskriget dominerades migrationen av arbetskraftsinvandring från de nordiska länderna och andra europeiska länder pga. den snabba industriella och ekonomiska tillväxten (4, 5). På 1970-talet minskade efterfrågan på utländsk arbetskraft och sedan dess har migration till Sverige dominerats av flyktingar från konfliktdrabbade länder och diktaturer.

Sveriges medlemskap i EU har också lett till en ökad migration från andra medlemsländer, som också används som transitländer. Sedan slutet av 2008 ses en ökning av arbetskraftsinvandringen från länder utanför EU och Europeiska ekonomiska samarbetsområdets (EES) stater, som en följd av en ny lagstiftning som öppnade den svenska arbetsmarknaden för migranter från dessa länder (4, 5).

Dagens migration till Sverige domineras dock fortfarande av människor som behöver skydd som en följd av pågående väpnade konflikter. Jämfört med andra EU-länder har Sverige länge tagit emot en stor andel asylsökande. År 2015 sökte mer än 160 000 personer asyl i Sverige och nästan 25 procent av dem var ensamkommande barn under 18 år (6). En del av dessa flyktingar kommer från länder med stor ojämlikhet mellan könen, hög förekomst av sexuellt och könsrelaterat våld (SGBV) och hög förekomst av våld i nära relationer (IPV), och en del kommer från länder med hög förekomst av hiv.

Sverige har, jämfört med andra EU-länder, en hög andel migranter både bland de nya fall av hivinfektion som rapporterats under de senaste åren och bland personer som lever med hiv (7). Många fick sin hivinfektion före ankomsten till Sverige (8), men gruppen är också överrepresenterad bland dem som smittas med hiv i Sverige (9). Migranter kan dessutom ha speciella behov när det gäller prevention, testning, rådgivning och behandling, och det kan i så fall innebära särskilda utmaningar.

Nedan definierar vi några centrala begrepp, presenterar fakta om internationell migration och diskuterar migration i förhållande till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Begreppen migrant och migration

Det finns olika begrepp för att beskriva människors rörelser över nationella gränser. I en del sammanhang används t.ex. begreppet *immigranter*, en del skriver *migranter* eller *utlänningar*, och andra skriver *etniska minoritetsgrupper*. I Sverige

används ofta begreppet *person med utländsk bakgrund*. Vissa publikationer har fokus på mer specifika grupper såsom asylsökande, flyktingar eller irreguljära migranter (papperslösa).

Begreppet migrant avser i allmänhet människor som frivilligt beslutat sig för att migrera (10). Inom begreppet ryms dock många olika former av migration och grupper av personer, beroende på om de har passerat internationella gränser, hur länge de har vistats i landet, varför de flyttar och om de vistas i ett land med eller utan tillstånd. Man skiljer t.ex. mellan *internationella migranter* och *internmigranter (internflyktingar)*, varav det senare avser människor som förflyttar sig inom ett lands nationsgräns (10). Det är dock svårt att kategorisera människor i en kategori eftersom de ofta sammanfaller helt eller delvis.

Enligt FN:s flyktingkonvention (11) räknas inte internflyktingar som migranter eftersom de i princip ska skyddas av sin regering, även om denna kan vara orsaken till att de flyr. I viss litteratur används dock begreppet *migrant* för internmigrant (t.ex. från landsbygder till städer) och *immigranter* för internationella migranter.

Migranter delas även upp i två kategorier utifrån vistelsetid: *kortsiktiga* eller *långsiktiga* internationella migranter, där de senare är sådana som bosätter sig i det nya landet i minst ett år (10). Det finns även s.k. *cirkulär migration* som innebär att människor har migrerat upprepade gånger. Evidens tyder på att cirkulär- eller säsongsmigration har betydelse för spridningen av hiv, exempelvis för att migranter som lever med hiv kan återvända hem och överföra infektionen till sexpartner i hemlandet, och vice versa (12).

Skillnad görs också mellan *frivillig* och *påtvingad* migration. Frivilliga migranter är människor som frivilligt har beslutat sig att flytta för att få bättre jobb, utbildning, bättre klimat eller högre levnadsstandard för sina barn. Det kan dock finnas starka påtryckningar, exempelvis ekonomiska, som gör att de flyttar (10). Frivilliga migranter inkluderar *migrantarbetare (arbetskraftsinvandrare)*, dvs. människor som kommer till ett annat land för att arbeta. Gruppen omfattar även *internationella studenter* och familjemedlemmar som har en anhörig i värdlandet. De sistnämnda kallas *anhörigmigranter* (10).

Påtvingad migration (människor på flykt) å andra sidan avser personer som tvingas flytta för att söka skydd i andra länder enligt flyktingkonventionen (11). Det kan handla om *asylsökande* vars ansökan om asyl prövas i ett värdland och som sedan kan få uppehållstillstånd enligt konventionen, som *flykting* eller som *skyddsbehövande* (10). Asylsökande har ofta särskilda behov men begränsade rättigheter i värdlandet. Människor kan också söka skydd i andra länder av fler skäl än de som innefattas i flyktingstatusen som är reglerad i flyktingkonventionen, t.ex. av *humanitära skäl*. Det finns även *kvotflyktingar*, dvs. flyktingar och andra skyddsbehövande som befinner sig i en situation där det bedöms omöjligt att återvända till hemlandet eller bosätta sig i ursprungslandet (10, 13). Det är dock upp till varje värdlands regering att bestämma antalet som ska tas emot i respektive land (14). Påtvingad migration gör ofta att människor hamnar i en sårbar situation, som i sin tur ökar deras hälsorisker (13, 15, 16).

Inom kategorin *internationella migranter* skiljer man även mellan *reguljära* och *irreguljära (papperslösa)* migranter. Reguljära migranter är personer som vistas i ett annat land med uppehållstillstånd, i motsats till irreguljära migranter som saknar nödvändigt tillstånd. Irreguljära migranter kan vara asylsökande som fått avslag, människor som är utsatta för trafficking eller de som stannar i ett land längre än vad deras visum tillåter (13). Deras rättigheter och levnadsvillkor skiljer sig mycket från de reguljära migranternas. Dessa skillnader har en stor inverkan på utsattheten i relation till hälsa och andra grundläggande behov (12, 17-19).

Migration får konsekvenser i både hem- och värdländerna, men fokus i den här rapporten är på migranter i värdländerna. Begreppet *migranter* avser här alla personer som har flyttat till ett annat land och vistas där i minst tre månader, vilket är gränsen för ett turistvisum i de flesta länder.

Hiv- och STI-prevention: insatser och strategier

Med hiv- och STI-prevention avses alla insatser som syftar till att förhindra smittspridning av hiv och andra STI. *Primärprevention* avser insatser som ska förhindra att individer som exponerats för en risk blir smittade, medan *sekundärprevention* omfattar åtgärder som ska stoppa smittspridning (20). Insatserna kan genomföras på individ-, grupp- eller samhällsnivå, och de vägleds ofta av vedertagna teorier och preventionsmodeller som tar hänsyn till komplexa bakomliggande faktorer som påverkar riskbeteenden (21).

Sverige har anslutit sig till FN:s överenskommelse UNGASS (United Nations General Assembly Special Session on HIV and Aids) om förebyggande arbete mot hiv och aids som antogs 2001 (22, 23). Överenskommelsen inkluderar även andra sexuellt överförda infektioner eftersom hiv och andra STI i många aspekter är sammankopplade, exempelvis när det gäller smittöverföring, beteendefaktorer och potentiella kontrollåtgärder (22-25).

I början av 2000-talet introducerade UNAIDS ett nytt arbetssätt för det hivförebyggande arbetet som kallas för *kombinationsförebyggande (combination prevention)*. I detta perspektiv kombineras biomedicinska, beteenderelaterade och strukturella strategier (26).

Det kombinationsförebyggande arbetssättet är grundad i de mänskliga rättigheterna och tar hänsyn till kontextspecifika faktorer såsom resurser, lokal kultur och traditioner samt särskilda grupper som är mest drabbade av hiv (26, 27). En sådan särskild grupp är migranter från högendemiska områden, som ofta utgör en hög andel av dem som nydiagnostiserats eller lever med hiv i värdländerna. Migranter löper högre risk för hivinfektion och kan dessutom ha speciella behov när det gäller preventiva insatser, diagnos och behandling (15, 24, 28).

Beteendemässiga insatser syftar till att minska risken för överföring av hiv genom att förändra riskbeteenden (27, 29). Sådana insatser kan t.ex. syfta till att öka kondom användning, förbättra följsamhet i behandling bland människor som lever med hiv eller öka användningen av rena nålar bland människor som injicerar

droger. Hittills har dessa typer av insatser varit de mest framgångsrika (29). Beteendemässiga insatser inkluderar t.ex. kunskapsförmedling, rådgivning och psykosocialt stöd (27).

Biomedicinska interventioner genomförs ofta i kombination med beteendemässiga interventioner för att öka effektiviteten (30). Exempel på sådana interventioner inom området är testning, behandling och rådgivning för hiv och andra STI samt förskrivning av pre-exponeringsprofylax (PrEP) för hivnegativa personer med hög risk för hivinfektion (27).

Strukturella insatser riktas mot underliggande faktorer som gör enskilda individer eller grupper mer sårbara för hivinfektion. Det kan handla om sociala, ekonomiska, politiska eller miljömässiga faktorer. Hela 90 procent av världens hivinfektioner rapporteras i låginkomstländer, vilket är ett tecken på att sociala, ekonomiska och politiska strukturer har inverkan på riskbeteenden och formar sårbarhet (31). Strukturella insatser är svårare att genomföra eftersom de försöker ta itu med djupt rotade socioekonomiska problem såsom fattigdom, ojämlikhet mellan könen och social marginalisering och utanförskap. Detta kräver ofta samarbete med regering för att uppnå lag- eller policyreformer (31). Till denna kategori hör även insatser som att avkriminalisera sexarbete, homosexualitet och droger eller skydda individer från polistrakasserier och våld samt lagar som skyddar rättigheter för människor som lever med hiv (27).

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)

Sexuell hälsa, reproduktiv hälsa, sexuella rättigheter och reproduktiva rättigheter finns definierat i överenskommelser från FN:s internationella konferenser (32, 33). I handlingsprogrammet från FN:s befolkningskonferens avser *sexuell hälsa* livskvalitet och personliga relationer, rådgivning och hälsovård. Enligt denna definition ingår sexuell hälsa i begreppet *reproduktiv hälsa* (32, 34). Om sexuell hälsa integreras i reproduktiv hälsa finns dock en risk för att alla dimensioner av sexualitet och sexuell hälsa som går bortom eller utanför fortplantning får mindre uppmärksamhet i program och politiska riktlinjer (18). I Pekingdokumentet lyfts kvinnors och mäns olika villkor gällande sexuella och reproduktiva frågor fram samt vikten av att göra en könskonsekvensanalys i all berörd verksamhet, dvs. att analysera potentiella effekter på kvinnor respektive män, innan viktiga beslut fattas (33).

Sveriges policy för arbetet med SRHR i den internationella politiken skiljer mellan begreppen ”sexuell” och ”reproduktiv” för att tydliggöra att sexualitet inte enbart syftar till att föda barn (35). I policyn definieras *sexuell hälsa* som ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande som är relaterat till sexualitet, inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. *Reproduktiv hälsa* avser ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och alla dess funktioner, och alltså inte bara frånvaro av sjukdom (35).

Sexuella rättigheter innefattar rätten för alla människor att bestämma över sin egen kropp och sexualitet (35). Sveriges regerings definition av sexuella rättigheter är att alla människor har rätt till sin egen kropp och sexualitet, oberoende av kön, ålder, etnisk tillhörighet, funktionshinder, könsidentitet eller sexuell läggning. Denna definition betonar målet med en god sexuell hälsa – att alla människor ska ha lika möjligheter, rättigheter och förutsättningar att bejaka sin sexualitet och bestämma över sin egen kropp (35).

Reproduktiva rättigheter omfattar den enskilda individens rätt att bestämma antalet barn och hur tätt de ska komma (18, 35, 36). Varje människa ska kunna hävda dessa rättigheter utan risk för diskriminering, våld eller tvång enligt grundprincipen om alla människors lika värde och de mänskliga rättigheternas odelbarhet.

I sin folkhälsopolitik betonar regeringen vikten av att främja SRHR i det nationella arbetet med sexualitet och reproduktiv hälsa (35, 37). Sveriges SRHR-politik omfattar ett antal sammanhängande ämnen, nämligen jämställdhet, sexualundervisning, jämlikhet, rätt till preventivmedel och säkra aborter, mödravård och vård av nyfödda, tillgång till skydd mot STI samt frihet från könsstympning och sexuellt och annat könsrelaterat våld och tvång (37). I denna rapport används begreppet SRHR i enlighet med Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens förslag om en nationell strategi. Enligt förslaget ska begreppet SRHR behandlas som en helhet och vara det samlande begreppet för de aktörer som arbetar med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (38).

Internationell migration

Det globala antalet migranter har ökat drastiskt under de senaste decennierna, dels på grund av omfattande konflikter runt om i världen, dels på grund av den globala sammanlänkningen med ökade kontakter, bättre transportmedel och ökad kunskap om omvärlden (5).

Vid slutet av 2015 fanns 65,3 miljoner individer på flykt runt om i världen på grund av våld, konflikter och kränkningar av mänskliga rättigheter. Detta är den högsta nivån av påtvingad migration som någonsin uppmäts (16). Cirka 30 miljoner internationella migranter lever i olika värdländer utan uppehållstillstånd och är därmed så kallat papperslösa (16). Ökningen av internationella migranter har lett till specifika utmaningar och dilemman i värdländerna och påverkar samhällen på flera sätt, däribland folkhälsoläget.

Migration och sexuell och reproduktiv hälsa

De flesta studier visar att migranter generellt sett har en sämre hälsa än befolkningen i sina värdländer (39, 40). De är också särskilt utsatta för sexuell och reproduktiv ohälsa. Det finns dock studier som visar motsatsen, och då kan det exempelvis röra sig om så kallad hälsoselektion så att de som migrerar utgör en mer välmående del av befolkningen i sitt ursprungsland (41).

Migration som situation eller process spelar en viktig roll för människors hälsa. Den har också betydelse för sexuellt risktagande och sexuell riskutsatthet, på grund av dess påverkan på människors möjligheter att bestämma över sin livssituation och göra hälsofrämjande val. De instabila sociala omständigheter som migration skapar påverkar alltså människors agerande och utsätter dem för sexuella risker (2, 15, 42, 43). Både de individuella handlingarna och den sociala kontexten har betydelse för sexuellt risktagande och sexuell riskutsatthet. Sexuellt risktagande syftar på individuella handlingsmönster och sexuell riskutsatthet avser strukturella förutsättningar (2).

Under senare år har migration och människors geografiska rörlighet identifierats som en viktig faktor i spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar inklusive hiv (12, 15, 19). Migration ökar sårbarheten för hiv och har i vissa regioner konstaterats vara en oberoende riskfaktor för spridning av hiv (15).

Forskning visar också att migranter har högre mödrasjuklighet, har sämre tillgång till preventivmedel och rådgivning och genomför en högre andel aborter (12, 19, 36, 42, 44). De har även högre prevalens av sexuellt överförda infektioner (STI), inklusive hiv och aids, och löper större risk för könsrelaterat våld inklusive könsstympning (12, 19, 36, 42, 44, 45). Migranter kan under migrationsprocessen också vara utsatta för en rad risker och hälsorisker, exempelvis våld, misshandel, sexuellt utnyttjande och sexuella trakasserier och övergrepp inklusive våldtäkt. Många har t.ex. rapporterat att de pressats till att ha sex med människosmugglare, säkerhetspersonal och andra flyktingar (19, 36, 44, 45). Detta innebär en ökad risk för hiv och STI, oönskade graviditeter och sexuell ohälsa bland migranter, och särskilt för dem som befinner sig i en utsatt situation såsom kvinnor, ensamkommande barn, papperslösa, sexarbetare, MSM (män som har sex med män) och människohandelns offer. Trots detta saknas ofta ett bredare perspektiv på migranternas sexuella och reproduktiva hälsa, vilket ofta begränsas till förebyggande av hiv och STI och till mödravård (42, 43).

Hiv och andra STI bland migranter

Migranter, främst de som kommer från länder med hög förekomst av hiv, löper större risk för hivinfektion och dess konsekvenser än befolkningen i allmänhet (15, 46). Även migranter från länder med låg förekomst av hiv löper risk för hivinfektion pga. en socioekonomisk sårbarhet och utsatthet under ofta långa och farliga flyktvägar. Migranter utgör således en betydande andel av de personer som lever med hiv i de flesta världländer, särskilt i höginkomstländer (15, 46, 47). De är också mer utsatta för andra STI, t.ex. hepatit B, men andelen migranter bland rapporterade syfilis- och gonorréfall i EU och EEA uppges däremot vara låg (46).

I Europa varierar andelen migranter bland de som lever med hiv, från mycket låga nivåer i delar av östra Europa till cirka 60 procent i Belgien och cirka 50 procent i Storbritannien (15, 24). Av alla rapporterade fall av hiv i EU och EES-länder under 2011 gällde 34 procent migranter från länder med hög förekomst av hiv, framför allt länder i Afrika, söder om Sahara (15, 24). I Sverige utgjorde utlandsfödda 80

procent av fallen av hivinfektion som rapporterades under 2015 (8). Detta gör att migranter från områden med hög förekomst av hivinfektion är en av de mest prioriterade målgrupperna för förebyggande insatser i värdländerna. De migrantgrupper som är mest utsatta för risk för hiv är kvinnor, MSM och heterosexuella män med ett högriskbeteende (15, 47).

Den höga förekomsten av hiv bland vissa migrantgrupper tros bero på epidemiologiska mönster i ursprungsländerna och ökad sårbarhet under migrationen och i destinationsländerna. De flesta fick infektionen innan de migrerade, men det finns också indikationer på att en viss andel fick infektionen efter ankomst till värdlandet (48). Den ökade sårbarheten beror på en rad sociala, ekonomiska, kulturella och legala faktorer som även begränsar migranternas tillgång till hälso- och sjukvården i värdländerna (15, 19, 24, 44). Eftersom hivinfektion kan vara asymtomatisk i flera år kan en del migranter leva med hiv utan att känna till sin infektion, och då omedvetet överföra infektionen till annan person. Hivtestning är därför den viktigaste preventiva insatsen för att tidigt upptäcka och behandla infektionen och därmed minska hivrelaterad sjuk- och dödlighet och smittspridning (47).

Hivtestning och rådgivning riktad till migranter

Internationella, regionala och nationella policyer och riktlinjer betonar migrantgruppers ökade risk och sårbarhet för hiv, och de lyfter vikten av tidig upptäckt av hivinfektion och att vid behov följa upp testning med behandling, vård och stöd (47, 49). En webbundersökning i de 31 EU/EES-länderna visar att migranter bedöms vara en riskutsatt grupp för hiv i 22 av länderna medan endast 16 länder rekommenderar hivtestning för migranter eller etniska minoriteter. I 3 länder erbjuds migranter och asylsökande hivtestning vid ankomsten som en del av en allmän hälsoundersökning (24, 47, 49).

Olika strategier används vid hivtestning och rådgivning som är riktad till migranter. I en del länder riktas insatser till den breda befolkningen, exempelvis hivtest som erbjuds inom mödrahälsovården (som patienten dock kan avböja). I andra länder är strategin mer specifikt riktad till migrantgrupper och omfattar hälsofrämjande insatser och uppsökande verksamhet för hivtestning. Vissa länder använder en blandad strategi och erbjuder opportunistisk hivtestning i olika vårdmiljöer till de mest drabbade grupperna (47). I Sverige erbjuds en hälsoundersökning till nyanlända, asylsökande m.fl. enligt lag, men migranter omfattas även av andra insatser kring hivtest som riktas till den allmänna befolkningen (3).

Forskning visar dock att migranter ofta möter komplexa hinder och faktorer som påverkar tillgång till hivtestning och rådgivning, vilket kan leda till att fler får en sen hivdiagnos och behandling. Detta får konsekvenser både för den enskilda personen och för samhället (50-55). Dessa hinder kan t.ex. vara stigmatisering, diskriminering, främlingsfientlighet och rasism, men även faktorer såsom legalt status, kultur, språk, kunskap, låg socioekonomisk status samt attityder till hiv och hälso- och sjukvården (49, 51, 56-58). Migranter kan vara rädda för att få avslag på

ansökan om uppehållstillstånd, bli utvisade eller övergivna av sina landsmän, vilket kan utgöra betydande hinder för hivtestning (51, 57, 59). Främjande av hivtestning för migranter som enligt värdlandets regelverk endast har begränsad eller ingen tillgång till behandling ger även upphov till etiska dilemman problem. (15, 51, 60). Att motverka dessa faktorer är därför en särskilt viktig del av det förebyggande arbetet riktat mot migranter. Den största utmaningen för både forskarsamhället och aktörer inom det förebyggande arbetet är att det råder brist på specifika och systematiskt utvärderade preventionsinsatser som är riktade till migranter.

Hiv- och STI-prevention riktad till migranter i Sverige

Som nämndes inledningsvis finns i Sverige en nationell strategi med fokus på att begränsa spridningen av hiv och andra STI (7). Personer från högendemiska områden har i strategin lyfts fram som en av de mest riskutsatta grupperna. Strategin nämner även att det hivförebyggande arbetet bör integreras med bredare insatser för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (7).

Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordning och planering utifrån strategin på nationell nivå. Detta är en del av vårt uppdrag att följa folkhälsan och bidra till att de nationella folkhälsomålen uppnås (28). Av de elva målområdena är det två som berör hiv- och STI-prevention: skydd mot smittspridning, och sexualitet och reproduktiv hälsa (61). Kommuner och landsting har ansvar för att avsätta resurser för det hiv- och STI-förebyggande arbetet (28) som sker i samarbete mellan landsting, kommuner och civila samhällets organisationer (61).

Enligt målen i den nationella strategin från 2005 ska eventuell hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare identifieras inom två månader, och för övriga migranter inom sex månader efter ankomsten till Sverige (3, 28). I strategin betonas vikten av att erbjuda nyanlända migranter en riktad hälsoundersökning, som omfattar bl.a. hivtestning och rådgivning. Preventionsinsatserna innefattar även kompetenshöjande insatser för hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal som möter migranter, samt kunskapsförmedling, utbildning och stöd till migranter. Det kan t.ex. ske inom ramen för kommunernas språkundervisning eller via informationsmaterial på flera olika språk från civilsamhällets organisationer (3). En kartläggning av Folkhälsomyndigheten 2014 visar dock att den hiv- och STI-prevention som är riktad till migranter i Sverige ofta är fragmenterad och saknar långsiktighet (3). Det framkom också att de migrantgrupper som är mest riskutsatta för hiv, nås i för låg utsträckning (3). Detta tyder på att insatserna måste utvecklas ytterligare vad avser innehåll och utförande för att de ska vara så effektiva som möjligt och nå de mest utsatta preventionsgrupperna.

Hiv- och STI-prevention i ett SRHR-perspektiv

Denna litteraturöversikt utgår ifrån ett synsätt där hiv- och STI-prevention finns inom det bredare ramverk som SRHR utgör, vilket handlar om rätten till hälsa. Detta innebär att hälsofrämjande insatser och förebyggande arbete mot hiv och STI

som riktar sig till migranter, utgår ifrån och tar hänsyn till deras grundläggande rätt till hälsa som en del av de mänskliga rättigheterna. Hiv- och STI-preventionen ingår då i ett större sammanhang för att främja sexuell hälsa och reproduktiva rättigheter.

Perspektivet utgår från Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens förslag på en nationell strategi för SRHR (38), vilket utgår ifrån nationella och internationella mål och visioner inom området. Förslaget kopplar samman befolkningsperspektivet (bästa möjliga hälsa för hela befolkningen) med individperspektivet (tillgodosedda rättigheter) och utgår från att alla relevanta skillnader på gruppnivå uppmärksammas (lika villkor) (38). Enligt förslaget ska SRHR vara det samlande begreppet för de aktörer som arbetar med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Begreppet SRHR ska behandlas som en helhet och ska framgå i strategier, handlingsplaner och andra dokument som styr det dagliga arbetet på nationell, regional, och lokal nivå. Dessutom ska allt arbete inom SRHR-området genomsyras av ett rättighetsperspektiv och ett normkritiskt perspektiv, vilket innebär en ansats som är grundad i de mänskliga rättigheterna och icke-diskriminering i relation till samtliga förbjudna diskrimineringsgrunder inklusive hiv och aids (38).

Ett rättighetsperspektiv uppmärksammar även den sociala verklighet som människor (t.ex. migranter) lever i, bl.a. specifika situationer av förtryck som skapas i skärningspunkter för maktrelationer som är baserade på ras, kön och klass. Det handlar om att ta hänsyn till migranters situation och beteende, och hur det påverkar sexuellt risktagande och riskutsatthet (2). Att hivpreventivt arbete primärt utgår från kategorier av människor och identiteter, riskgrupper eller preventionsgrupper snarare än riskbeteenden är problematiskt, eftersom identitet då kan uppfattas liktydigt med smittväg, liksom risken för att peka ut och generalisera specifika grupper (2). Detta har bidragit till att rätten till hälsa snarare än kontroll av hälsa har blivit ett vägledande perspektiv inom området migration, sexuell hälsa och prevention.

Rätten till hälsa

Rätten till hälsa som en del av de mänskliga rättigheterna beskrivs i nationella och internationella konventioner, lagar och förhandlade texter (62, 63). Vissa är allmängiltiga medan andra behandlar mänskliga rättigheter för särskilda grupper, t.ex. kvinnor, barn och migranter (33, 63). De mest basala är FN:s allmänna deklaration om mänskliga rättigheter och konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (63, 64). De mänskliga rättigheterna är beroende av varandra, odelbara och sammankopplade, så om människor förvägras rätten till hälsa kan de samtidigt gå miste om andra mänskliga rättigheter och vice versa (62-64). Rätten till hälsa omfattar även sexuell och reproduktiv hälsa samt skydd och behandling mot hiv och aids och andra STI (65).

Rätten till hälsa ur ett SRHR-perspektiv inkluderar rätten till kontroll över den egna kroppen, sexuell hälsa, reproduktiv frihet, frihet från övergrepp, frihet från

medicinsk behandling och experiment utan eget godkännande och ett hälsosystem som ger samma möjligheter för alla människor att uppnå bästa möjliga hälsa (17, 35, 38). Detta rättighetsperspektiv skiljer sig från traditionella folkhälsoperspektiv som syftar till att kontrollera hälsa och hänvisar till kulturella skillnader mellan olika grupper av människor utan anknytning till mänskliga rättigheter (17). Mot denna bakgrund har migranter utifrån ett traditionellt folkhälsoperspektiv ofta begränsad rätt till hälsa, dels just för att de är migranter, dels på grund av andra faktorer såsom diskriminering, språkliga, kulturella och strukturella hinder eller deras juridiska status.

FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har gjort en tolkning av vad rätten till hälsa innebär i praktiken, och formulerat AAAQ-konceptet som består av fyra begrepp: *availability* (tillgång), *accessibility* (tillgänglighet), *acceptability* (godtagbarhet) och *quality* (kvalitet) (65).

Tillgång (*availability*) gäller statens ansvar för att hälso- och sjukvårdens tjänster finns i tillräcklig utsträckning, dvs. att det finns tillräckligt med utbildad personal, vårdplatser, insatser och mediciner. Tillgänglighet (*accessibility*) understryker att hälso- och sjukvårdens tjänster måste vara fysiskt, ekonomiskt och informationsmässigt tillgängliga för alla i ett land utan diskriminering.

Godtagbarhet (*acceptability*) innebär att hälso- och sjukvårdens tjänster måste respektera medicinsk etik och vara uppmärksamma på individens behov utifrån varje unik livssituation, inklusive kulturella aspekter och genusaspekter (65). De program eller tjänster som riktar sig till migranter i värdländer måste alltså ta hänsyn till deras specifika behov. Kvalitet (*quality*) innebär att hälsoverksamheter måste vara utformade utifrån vetenskap och beprövade och accepterade metoder, mediciner och medicinsk utrustning samt kunnig medicinsk personal (65). I uppdraget med denna litteraturöversikt har Folkhälsomyndigheten fokuserat på effektiviteten av insatserna som kommer att tolkas utifrån ett SRHR-perspektiv, dvs. ett mänskligt rättighetsperspektiv.

Statens ansvar för rätten till hälsa är att *garantera* människor god hälsa, utan att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen. Många värdländer, i likhet med Sverige, arbetar därför med konceptet AAAQ för att förbättra den sexuella och reproduktiva hälsan och rättigheterna samt förebygga hiv och STI bland särskilda grupper såsom migranter. Insatserna omfattar allt från politiska reformer och åtgärder för att minska språkliga och kulturella hinder med målgruppsanpassade insatser, till insatser som gör hälso- och sjukvårdstjänster tillgängliga, (12). I Sverige finns många bra initiativ, men det förebyggande arbetet mot hiv och andra STI, med SRHR-perspektiv, är ändå splittrat och inte tillräckligt brett eller systematiskt för att få önskat genomslag (38, 61). Det finns grupper, t.ex. migranter, som inte får behovet av kunskap eller ett respektfullt och professionellt bemötande tillgodosett inom SRHR-området. Dessutom finns för lite kunskap om vad som bidrar till beteenden som främjar sexuell hälsa och förebygger sjukdomar (38). Därför är det viktigt att kartlägga resultat och effekter av de hälsofrämjande och förebyggande insatser som är riktade till migranter och som inkluderar ett SRHR-perspektiv, både i Sverige och internationellt.

Syfte

Det övergripande syftet med denna kartläggande litteraturöversikt är att undersöka vilken forskning som finns om hiv- och STI-preventiva insatser på ett globalt plan och som riktar sig till migranter i värdländer.

Vi gör ingen avgränsning av ursprungs- eller värdland eftersom litteraturen förväntas vara begränsad. Studien gäller dock specifikt internationella migranter, dvs. människor som har flyttat över internationella gränser. Därmed ingår inte internflyktingar som flytt men inte lämnat sitt hemland.

Målsättningen är att:

- kartlägga och lyfta fram hälsofrämjande och förebyggande insatser som har varit framgångsrika i att förebygga hiv och STI och främja sexuell hälsa bland migranter
- undersöka i vilken utsträckning hiv- och STI-preventiva insatser som är riktade till migranter tar hänsyn till eller integrerar rättigheter när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa
- beskriva effekten av att hiv- och STI-prevention som är riktad till migranter sker inom ramen för ett SRHR-perspektiv.

Frågeställning

Ett antal frågeställningar vägleder litteratursökningen.

Huvudfrågeställning:

- Vad är kunskapsläget om hiv- och STI-prevention i ett SRHR-perspektiv som är riktad till migranter i värdländer?

Delfrågeställningar:

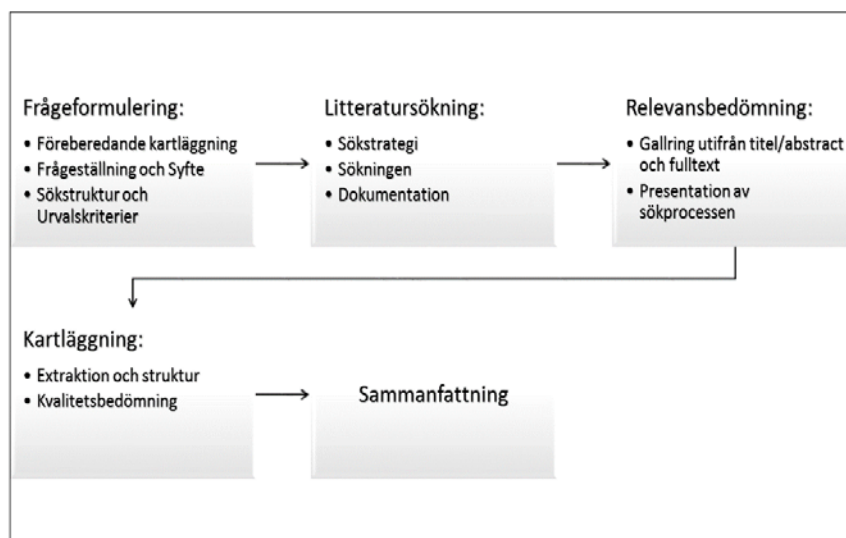
1. Vilka insatser har varit effektiva för att minska förekomsten och spridningen av hiv och andra STI bland migranter?
2. Vilka insatser har varit effektiva för att tillgodose sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland migranter?
3. Hur integreras SRHR i hiv- och STI-preventionsinsatser som är riktade till migranter i värdländer?
4. Vad kan ett SRHR-perspektiv bidra med i det hiv-och STI-preventiva arbetet?

Metod

Denna litteraturöversikt är en så kallad kartläggande översikt (*scoping review*) (66). Det innebär att frågeställningen ofta är brett formulerad, medan en systematisk översikt i regel fokuserar på en tydligt avgränsad fråga (66, 67). Enligt Arksey och O'Malley är syftet med en kartläggande litteraturöversikt att undersöka ett forskningsområdes omfattning och karaktär, fastställa värdet av att göra en fullständig systematisk litteraturöversikt, sammanfatta och sprida forskningsresultat och identifiera kunskapsluckor i den befintliga forskningslitteraturen (66). Vi har använt deras metodsteg för kartläggande litteraturöversikter i uppdraget att kartlägga och sammanfatta forskningsresultat om hiv- och STI-preventiva insatser, i ett SRHR-perspektiv, som är riktade till migranter i värdländer.

Metodstegen i en kartläggande litteraturöversikt överlappar varandra mer än i en systematisk litteraturöversikt och omfattar frågeformulering, litteratursökning, relevansbedömning, kartläggning och sammanfattning (66, 67). I frågeformuleringen ingår bl.a. en förberedande kartläggning, frågeställning och syfte, sökstruktur och urvalskriterier. De två första delarna i frågeformuleringen har redan behandlats ovan i samband med att vi beskriver kartläggningens bakgrund, syfte och frågeställning, och de utesluts därför i metodbeskrivningen. Metodbeskrivningen börjar således med sökstruktur och urvalskriterier. I figur 1 visas flödesschema för metodstegen.

Figur 1. Flödesschema för metodstegen vid en kartläggande litteraturöversikt enligt Arksey och O'Malley (66)



Sökstruktur och urvalskriterier

Med hjälp av så kallade PICO-frågor¹ har vi tagit fram en sökstruktur och urvalskriterier för att avgränsa och systematisera litteratursökningen. I detta fall gäller det PICO(T)-frågor som bygger på population (P), interventioner/exponering (I), jämförelse (C), utfall (O = outcome) och typ av studiedesign och litteratur (T) (66, 67). Tabell 1 nedan visar sökstrukturen enligt dessa PICO(T)-frågor. Urvalskriterier har fastställts under arbetets gång beroende på begreppsdefinitioner.

Tabell 1. Sökstruktur enligt PICO-frågor med inklusions- och exklusionskriterier

PICO-fråga	Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Population (målgrupper): Består urvalet i studien av minst 50 % migranter?	Alla personer över 18 år som har flyttat till ett annat land än deras vanliga bosättningsland och bott där i minst ett år (≥ 12 månader), så att mottagarlandet blir deras nya land för bosättning.	Internflyktingar (flyttning inom ett lands nationsgräns), turister, gästarbetare och studerande som vistas tillfälligt i ett annat land (< 12 månader).
Intervention (exponering): Handlar studien om en intervention som syftade till att förebygga hiv och andra STI och/eller att främja sexuell hälsa?	Alla insatser som riktas till migranter och vars syfte är att främja sexuell hälsa och förebygga hiv och STI.	Insatser riktade till den allmänna befolkningen eller andra preventionsgrupper där migranter utgör mindre än 50 % av deltagarna, eller insatser med andra mål än att främja sexuell hälsa.
Comparison (jämförelse): Innehåller dataanalysen en jämförelse mellan en jämförelsegrupp och interventionsgrupp och/eller jämförelser före och efter en intervention?	Insatser med mätningar som är gjorda före och efter interventionen, med eller utan en jämförelsegrupp eller kontrollgrupp.	Insatser utan mätningar före intervention
Outcomes (utfall): Handlar artikeln om en intervention som inkluderar något av följande utfall?	Hiv-och STI-incidens och prevalens, kunskap, attityder, beteende och praktik, hiv-och STI-testning, oönskade graviditeter, abort, preventivmedelsanvändning, sjukvårdsbesök, kondom användning, oskyddat sex, könsrelaterat våld, kondomtillgänglighet, stigma och diskriminering, self-efficacy (egen förmåga), godtagbarhet, tillgång, tillgänglighet, anpassning (till målgrupp), strukturella indikatorer, policy och praxis.	Utfall som inte är relaterat till hiv- och STI-förebyggande arbete eller sexuell hälsa och reproduktiva rättigheter.
Type of study design/literature (Typ av studiedesign och litteratur): Inkluderar studiedesignen/litteraturen något av följande?	Både vetenskaplig och grå litteratur som baseras på kvantitativa metoder såsom randomiserade kontrollerade studier (RCT), icke-experimentella studier (observationsstudier), kvasiexperimentella studier och metaanalyser samt kvalitativa studier som beskriver och mäter utfall av intresse bland migranter samt deras uppfattningar och erfarenheter av hälsofrämjande insatser och hiv- och STI-prevention i värdländer.	Tvärsnittsstudier.

¹ PICO-frågor används för att formulera och avgränsa kvantitativa sökfrågor inför genomförandet av en litteraturoversikt.

Litteratursökning

Sökstrategi och sökning

Sökstrategin utformades genom en testsökning med befintliga ämnesord eller söksträngar i olika databaser enligt frågeställningar, sökstrukturer och urvalskriterier. De databaser och de sökord som gav ett högt antal träffar valdes sedan för huvudsökningen, och de aktuella databaserna var PubMed, Web of Science och CINAHL. Huvudsökningen utfördes 1–30 september 2016 och avgränsades till artiklar på engelska, franska och svenska. Så kallade blocksökningar utfördes, där ord och begrepp kombineras med varandra på ett sätt som gör det möjligt att urskilja artiklar som är relevanta för det specifika söktemat. Fem sökningar som kombinerade olika block genomfördes. De fem blocken har utvecklats enligt PICO-modellen med fokus på målgrupp för preventionsinsatser, teman för preventionsinsatser eller interventioner, olika preventionsinsatser som ingick i jämförelser, olika utfall som mäts vid preventionsinsatserna samt olika typer av studiedesign som använts. Samma sökord har använts i samtliga databaser. För varje sökträff i de tre databaserna genomsöktes även samtliga relaterade artiklar (PubMed) eller citeringar (CINAHL, Web of Science) för relevanta artiklar, vilket gjorde att många artiklar som fanns på de utvalda artiklarnas referenslistor hittades i databaser. Sökningarna sammanfattas i bilaga 1.

Vi genomsökte även Google Scholar, Libris, ECDC, Folkhälsomyndigheten, WHO och UNAIDS webbsidor för att komplettera sökningen med grå litteratur och identifiera relevanta artiklar i referenslistor. Majoriteten av den grå litteraturen hämtades från dessa sökningar. Sökningen kompletterades med en manuell sökning av litteratur i den identifierade grå litteraturen och i artiklars referenslistor. Artiklarna som hittades vid manuell sökning kunde även påträffas i databaser i form av liknande relevanta artiklar.

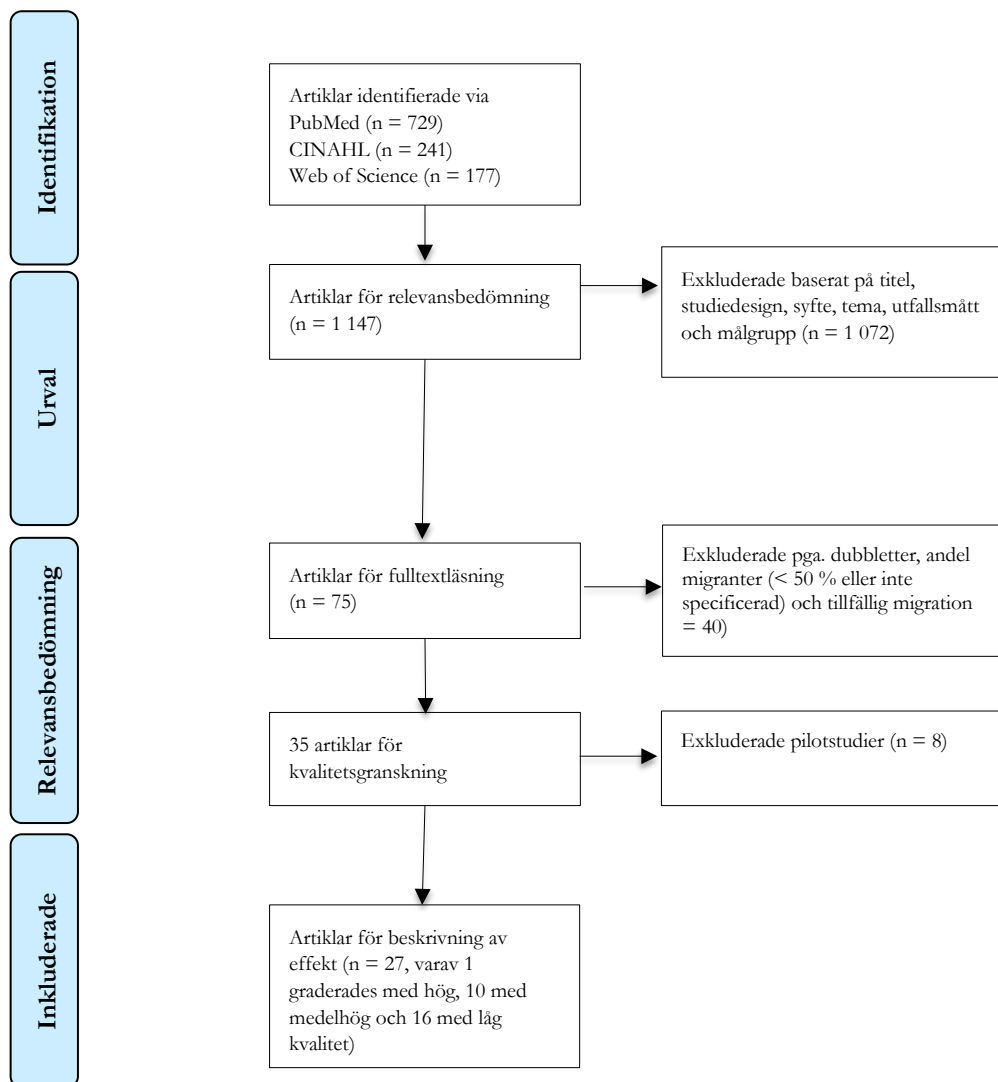
Relevansbedömning

Totalt påträffades 1 147 artiklar i samtliga databaser, och av dem exkluderades 1 072 artiklar utifrån titel och abstrakt enligt urvalskriterier för studiepopulation, syfte med studie, studiedesign, tema och utfallsmått, studier utan uppföljning av utfallsmått över tid eller utfall som inte relaterar till förebyggande av hiv och STI eller främjande av sexuell hälsa. Exempel på träffar som bedömts ligga utanför inklusionskriterierna är artiklar som handlar om etnisk grupp och studier som saknar uppgifter om andel migranter eller som omfattar mindre än 50 procent utländskt födda i stickprovet. Vidare exkluderades studier som handlar om internmigration eller internflyktingar eller som hade annat fokus eller tema (t.ex. tuberkulos, riskfaktorer för hiv och STI och bestämningsfaktorer för tillgång till hivprevention och vårdtjänster) än främjandet av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och förebyggande av hiv och STI. Bilaga 2 visar antalet utvalda artiklar i varje databas.

Av de 75 utvalda artiklarna rensades ytterligare 29 dubletter bort, varav 11 i Web of Science, 16 i Cinahl och 2 i PubMed. De återstående 46 exporterades till

Endnote, och efter fulltextläsning exkluderades ytterligare 1 artikel på grund av tillfällig migration (mindre än 12 månader). Vidare var det 11 artiklar som inte kunde inkluderas för att andelen migranter bland deltagarna var mindre än 50 procent eller inte specificerad, eller pga. att mätningar bara skedde en enda gång eller inte alls. Därefter återstod 35 artiklar för kartläggning och kvalitetsgranskning. Figur 2 nedan visar relevansbedömningens process i ett flödesschema.

Figur 2. Flödesschema för relevansbedömningsprocessen



Kartläggning

Extraktion och struktur

Information om varje studie extraherades och sammanställdes i två olika mallar med hjälp av ”TREND statement checklist” (68). Den första mallen har använts för att beskriva randomiserade studier och icke-randomiserade studier i två olika tabeller. Den andra mallen har använts för att beskriva interventioner mer detaljerat. En detaljerad beskrivning av de inkluderade artiklarna finns att läsa i dokumentet: Beskrivning av de i litteraturöversikten 27 inkluderade artiklarna: Hiv- och STI-prevention och sexuell hälsa för migranter, vilket kan laddas ner separat från litteraturöversikten.

Kvalitetsbedömning

De 35 inkluderade artiklarna kvalitetsgranskades med hjälp av ”TREND statement checklist” (68). Före granskningen exkluderades åtta pilotstudier eftersom de bedömdes vara begränsade (69-76). Vid granskning av resterande 27 artiklar tilldelades var och en av de 22 punkterna på TREND-listan en poäng oavsett antalet frågor. För punkterna som innehöll mer än en fråga tilldelades varje fråga en andel av den poäng som tilldelades punkten. Ju fler positiva svar enligt granskningsmallen, desto högre gradering fick artikeln. Artiklarna med 17,6 poäng eller mer (17,6–22) bedömdes som *hög studiekvalitet*, medan 17,5–14,5 poäng bedömdes som *medelhög studiekvalitet* och 14,4 poäng eller mindre bedömdes som *låg studiekvalitet*.

Resultat

Resultaten tyder på att interventionerna inom området är fokuserade på att förbättra kunskap och förändra beteende i syfte att förebygga hiv och STI. Få eller nästan inga biomedicinska och strukturella interventioner förekommer i det vetenskapliga underlaget. Interventionerna visade positiva effekter på kunskap om hiv, andra STI och hepatit samt på attityder och intentioner när det gäller kondomanvändning. Positiva effekter kunde även ses för vissa riskbeteenden samt för riskperception, beteendeintentioner och vissa psykosociala mått såsom självkänsla och självkontroll. Men effekterna var motsägelsefulla vad gäller testning och sexuella riskbeteenden såsom många sexpartner.

De mest utsatta migrantgrupperna är inte prioriterade och implementeringen av interventioner har inte ett tydligt SRHR-perspektiv. Samtidigt tillämpas FN:s AAAQ-koncept om rätten till hälsa i det förebyggande arbetet mot hiv och STI som är riktat till migranter, dock utan att specifikt integrera SRHR-perspektivet.

En kvalitetsgranskning resulterade i att endast 1 artikel bedömdes hålla hög kvalitet (77) och 10 artiklar graderades med medelhög kvalitet (78-87). De återstående 16 artiklarna höll låg kvalitet (88-103) (se bilagor 3 och 4). I resten av detta kapitel sammanfattas resultat från artiklarna i två olika kategorier: artiklarna med hög eller medelhög kvalitet respektive de med låg kvalitet. I avsnitten beskrivs studierna och de aktuella interventionerna samt interventionernas effekter.

Artiklar med hög och medelhög kvalitet

Beskrivning av inkluderade studier

Totalt elva artiklar höll hög och medelhög kvalitet. Genomgången av dem visar att de består av randomiserade kontrollerade studier (RCT) (77-80, 82-87) och kohortstudier (81). Nio av studierna är genomförda i USA (77-80, 82-85, 87), en i både USA och Kanada (86) och en annan i Israel (81). Andelen migranter bland deltagarna var 73–100 procent. De vanligaste målgrupperna är migranter från asiatiska (77-80, 82, 86) och latinamerikanska (83-85, 87) länder som bosatt sig i USA eller Kanada. Afrikanska migranter beskrivs endast i en studie (81).

Genomgången av litteraturen visar också att studierna som fokuserar på att förebygga hepatit B främst är riktade till asiatiska migranter (77-80, 82, 86) medan latinamerikanska migranter utgör majoriteten av studiedeltagarna i hivpreventionsstudier (83-85, 87). Två studier inkluderade minderåriga i åldern 3–18 år (82, 84), men där räknades barnens vårdnadshavare som studiedeltagare. Den äldsta deltagaren är 79 år. Sju av studierna fokuserar på både män och kvinnor (77-80, 82, 83, 86) men i fyra studier består urvalet av individer av samma kön, varav tre endast omfattar kvinnor (81, 84, 87) och en endast män (85). Vistelsetiden för deltagare med migrantbakgrund varierar också, och den kortaste tiden är mindre än 2 år medan längsta tid är 46 år. Tabell 2 nedan visar studiepopulationernas karakteristika.

Tabell 2. Studiepopulationerna i studier med hög och medelhög kvalitet

Författare och år	Antal studiedeltagare (interventionsgrupp /kontrollgrupp)	Kön: män/kvinnor (%)	Ålder	Ursprungs-/födelse land (%)	Vistelsetid i år (%)
Juon et al., 2016	232 (124/108)	57/43	44 (i genomsnitt)	Kina (32), Korea (34), Vietnam (34)	16,85 ± 10,52
Merchant et al., 2016	150 (50/50/50)	N/A	27–47	Dominikanska republiken (43), Puerto Rico (22), Guatemala (17), El Salvador (17), Mexiko (5), Bolivia, Ecuador, Venezuela och Columbia (6)	Median: 14 (muntlig grupp), 17 (videogrupp)
Bastani et al., 2015	1 123 från 52 kyrkor (543/580)	35/65	18–64 (genomsnitt = 46)	Korea (97)	> 16 (i genomsnitt)
Juon et al., 2014	877 från 27 föreningar/organisationer (441/436)	41,5/58,5	> 18	Kina (34,5), Korea (33,5), Vietnam (32)	14,97 ± 9,83
Juon et al., 2013	877 från 27 föreningar/organisationer (441/436)	41,5/58,5	> 18	Kina (34,5), Korea (33,5), Vietnam (32)	14,97 ± 9,83
Peragallo et al., 2012	548 (274/274)	-/100	18–50	Colombia (34), Kuba (13), Peru (8), USA (8), Dominikanska republiken (6), ett av elva andra länder (5)	Kontroll: 10,99 ± 9,88, intervention: 11,84 ± 10,78
Rhodes et al., 2011	142 (72/70)	100/-	18–53	Mexiko (59) El Salvador (26,8), Guatemala (13,4), Honduras (9,9), Nicaragua (1) Andra länder (7,7)	Oklart
Wingood et al., 2011	252 (125/127)	-/100	30,3 ± 6,9	Sydamerikanska länder (38,2), Kuba (25,5), centralamerikanska länder (19,9), Dominikanska republiken (4), Puerto Rico (2) Mexiko (1,6), USA (8,8)	9,2 ± 8,6
Taylor et al., 2009a	460 kineser i Seattle (n = 226) och Vancouver (n = 234), (232/228)	Intervention: 42/58 Kontroll: 50/50	< 45 (≥ 50 %)	Kina (100)	61 % hade spenderat < 50 % av sitt liv i USA
McPhee et al., 2003	1 508 (500/500/500)	Unclear	18–79	Vietnam (100)	24–46
Kaplan et al., 2002	321 (N/A)	176/145	Vuxna	Etiopien	Oklart

De utfallsmått som används för att mäta effekten av insatserna omfattar kunskap om hiv (83, 84, 87) och hepatit B (79, 82, 86), testning för hiv (85) och hepatit B (78, 86), kondomanvändning (84, 85, 87) och upplevda hinder vid kondomanvändning (84, 87) samt vaccination mot hepatit B (80, 82). I en studie finns även utfallsmåtten förekomst av klamydia, våld i nära relation (IPV), alkoholpåverkan, kommunikation med sin partner, upplevd risk för hiv, self-efficacy i relation till hiv, intention att använda kondom och förekomst av depression (84). Andra indikatorer som används är traditionella uppfattningar om könsroller (kulturella normer), self-efficacy vid förhandling om säkrare sex,

maktkänslan i förhållanden, self-efficacy vid kondom användning (87) och förekomst av graviditet som ett tecken på oskyddad sex (81). Uppföljningstiden efter insatserna är tre–tolv månader. I två studier följs deltagarna upp vid tre (84) respektive två (87) tillfällen och i åtta studier följs de upp vid endast ett tillfälle (77-81, 85, 86). I en av studierna sker mätningen strax efter insatsen (83). Andra aspekter av studierna redovisas bilagor 1 och 2.

Beskrivning av interventioner

Interventionerna som beskrivs i de elva inkluderade artiklarna är främst beteendemässiga. Det handlar således till stor del om kunskapsförmedling och rådgivning för att öka kunskap om hiv och hepatit B (79, 82-84, 86, 87), testning för hiv och hepatit B (78, 85, 86), kondom användning (84, 85, 87), vaccination mot hepatit B (80, 82) och interventioner i syfte att påverka beteendebeteendestandarder och normer kring kondom användning (84, 87). I sex artiklar uppges att interventionerna har utformats med hjälp av befintliga teorier och modeller. De omfattar *Health behavior framework* (77), *Precede-proceed model* (78, 79), *Social cognitive theory of behavior change* och *Freire's pedagogy* (84), *Social cognitive theory* (85, 87) och *Empowerment education* (85).

Interventionerna genomfördes främst i form av uppsökande verksamhet på olika arenor. Tre av dem utfördes i ideella föreningslokaler (78-80). Tre andra interventioner ägde rum inom hälso- och sjukvården, varav två på regionala hivenheter (81, 87) och en på tre olika mottagningar som erbjöd STI-test (83). En av interventionerna utfördes dels på projektkontor, dels i deltagarnas hem (85). I tre av studierna anges olika platser, bl.a. deltagarnas hem (86), koreanska kyrkor (77) och gemensamma mötesplatser (84). En av interventionerna utfördes i form av en mediekampanj (82).

Resultaten visar att kunskap oftast förmedlades av icke-professionella hälsoutbildare (t.ex. nyckelpersoner från de berörda målgrupperna) som benämns *peer educators* (85), *lay health workers* (77, 80, 86), *health educators* (87), *facilitators* (84) eller *cultural mediators* (81). Informationen som gavs inom interventionerna var kulturellt och språkligt anpassad. Den kommunikationsstrategi som användes mest är gruppbaserad metod, och antalet deltagare var 3–50 per tillfälle (77-79, 82-85, 87). Individinriktade interventioner beskrivs i tre studier (80, 81, 86). I två av studierna var målgruppen par, varav en av parterna skulle vara hivpositiv (81) respektive massmediebaserad metod (82). I sex artiklar uppges ekonomiska incitament för deltagarna (79, 82, 84-87). Tabell 3 nedan sammanfattar interventionernas karakteristika.

Tabell 3. Beskrivning av interventioner i inkluderade studier med hög och medelhög studiekvalitet.

Författare och år	Teori	Arena/sammanhang	Utförare	Enhet och genomförandesätt	Antal och varaktighet på sessioner	Ekonomiska incitament	Språk
Juon et al., 2016	Nej	Hembaserad	Icke-professionella hälsoutbildare	Individuell. E-post och telefonsamtal.	Tre telefonsamtal månad 1, 2 och 5 under 7 månader	Ja	Engelska, kinesiska, koreanska och vietnamesiska
Merchant et al., 2016	Nej	Medicinklinik på akutenhet och föreningar/organisationer	Forsknings-assistent/hiv-kurator	Grupp. Video och muntlig kommunikation.	En 10-minuters-session (muntlig) och en 15 minuter lång video	Oklart	Spanska
Bastani et al., 2015	Ja	Kyrkor	Icke-professionella hälsoutbildare	Grupp. Små gruppdiskussioner och tryckt material.	En session	Oklart	Koreanska
Juon et al., 2014	Ja	Civilsamhällets organisationer (kyrkor, tempel och skolor)	Utbildad tvåspråkig personal	Grupp. Information och rollspelsvideo	En 30-minuters-session	Oklart	Koreanska, kinesiska och vietnamesiska
Juon et al., 2013	Nej	Civilsamhällets organisationer (kyrkor, tempel och skolor)	Utbildad tvåspråkig personal	Grupp. Utbildnings-sessioner.	En 30-minuters-session i grupp under 1–2 veckor	Ja	Mandarin, kantonesiska
Peragallo et al., 2012	Ja	Gemensamma träffpunkter i närområdet	Tvåspråkiga och bi-kulturella latinamerikanska kvinnor	Grupp. Rollspel, videor, diskussioner.	Fem 2-timmars-sessioner	Ja	Spanska, engelska
Rhodes et al., 2011	Ja	På forskningscentrum samt i deltagarnas hem	Icke-professionella hälsoutbildare	Grupp. Små gruppaktiviteter och diskussioner, didaktiskt lärande.	Flera sessioner för hiv och en session för cancerprogram	Ja	Spanska
Wingood et al., 2011	Ja	Regionala hiv-kontor	Latinamerikanska hälsoutbildare	Gruppdiskussioner, rollspel och lärandemoment	Fyra 2,5-timmars-sessioner under 4 veckor i följd	Ja	Spanska
Taylor et al., 2009a	Ja	Deltagarnas hem	Icke-professionella hälsoutbildare (bi-kulturella, trespråkiga kina -	Individuella. Information via video och	Oklart	Ja	Mandarin/kantonesiska

Författare och år	Teori	Arena/sammanhang	Utförare	Enhet och genomförandesätt	Antal och varaktighet på sessioner	Ekonomiska incitament	Språk
			amerikaner/kanadensare)	broschyrer genom hembesök.			
McPhee et al., 2003	Ja	Lokala föreningar/organisationer	Mediekanaler och nyckelpersoner från samhället och personal	Radioinslag, muntliga presentationer och tv-inslag	Över 2 år	Ja	Vietnamesiska
Kaplan et al., 2002	Ja	Regionalt hivcenter	Etiopiska "kultur förmedlare"	Individuella samtal eller parsamtal	En session, 150 minuter	Oklart	Amhariska

Litteraturgenomgången visar dessutom att interventionerna som beskrivs i studierna varierar när det gäller vilket budskap som förmedlades till specifika målgrupper och hur. I sex av interventionerna förmedlades information om hepatit B (77-80, 82, 86) och i de fem andra erbjuds information om hiv (81, 83-85, 87) och andra STI (84).

Interventionerna beskrivs i detalj i bilaga 3.

Interventionseffekter

Effekter på kunskap

Merchant m.fl. har gjort en jämförande studie av två olika kommunikationsstrategier för hivinformation till latinamerikaner i USA, och visade att det inte var någon skillnad i kunskap om hiv mellan deltagarna som fick information muntligt eller via video, oavsett om informationen gavs inom sjukvården eller inte. Studien visade dock ett samband mellan utbildnings- och kunskapsnivåer (83). En undersökning av Juon m.fl. gäller om en kulturellt anpassad utbildningsinsats kan öka kunskapen om hepatit B bland asiatiska migranter i USA, och vid sex månaders uppföljning hade interventionsgruppen mer kunskap än kontrollgruppen. Dessutom fanns ett samband mellan hög ålder och låg kunskapsnivå. Kunskapen bland deltagarna i interventionsgruppen uppgavs också vara mycket högre vid uppföljningen än före interventionen (baslinjekunskap) (79).

Peragallo m.fl. uppger i sin studie av en riskminskande hivintervention som var riktad till spansktalande kvinnor i USA att deltagarna i interventionsgruppen visade en större ökning i kunskap om hiv upp till 6 månader efter interventionen, och samma kunskapsnivå som kontrollgruppen vid 12 månaders uppföljning (84). Även Wingood m.fl. visade god effekt av en hivpreventionsinsats som var riktad till latinamerikanska kvinnor i USA och som tillhandahölls av hälsoutbildare;

deltagarna i interventionsgruppen hade bättre kunskaper än kontrollgruppen efter interventionen (87). Liknande resultat rapporteras i Taylors m.fl. utvärdering av en intervention gällande hepatit B som utfördes av icke-professionella hälsoutbildare och som var riktad till kinesiska migranter i Kanada och USA. Studien visade att deltagarna i interventionsgruppen hade bättre kunskaper än kontrollgruppen om hur hepatit B kan spridas (86).

McPhee m.fl. studerade en hepatit B-vaccinationsintervention bland barn till vietnamesiska migranter i USA. Man kunde iaktta en ökad medvetenhet om hepatit B bland föräldrarna i alla områden, men ökningen i mediekampanjområdet uppges vara betydligt större än i kontrollområdet (82). Dessutom rapporterades att betydligt fler föräldrar i de områden som täcktes av interventionen hade kunskap om tillgängliga kostnadsfria vacciner jämfört med de i kontrollgruppsområdet. Även en ökning av kunskap om sexuell överföring av hepatit B konstaterades i de två interventionsområdena i jämförelse med kontrollområdet (82).

Effekter av testning och vaccination

Juon m.fl. har studerat effekten av en kulturellt anpassad levercancerutbildning när det gäller att öka hepatit B-screening bland kinesiska, koreanska och vietnamesiska migranter i USA. Man rapporterade att andelen självrapporterad hepatit B-testning var högre i interventionsgruppen än i kontrollgruppen och att effekten kvarstod sex månader efter interventionen (80). Det framgår även att kinesiska och vietnamesiska migranter hade högre sannolikhet att rapportera screening för hepatit B-virus än koreanska migranter (80). Rhodes m.fl. har undersökt effekten av en hivpreventiv intervention för att öka testning och kondomanvändning bland manliga spansktalande heterosexuella latinamerikanska migranter i USA. Resultaten visar att deltagarna i den hivpreventiva interventionen var mer benägna att genomgå ett hivtest under de föregående 12 månaderna, jämfört med kontrollgruppen som deltog i cancerutbildning. Effekten kvarstod även efter justering för testning före intervention och andra påverkande faktorer (85). Taylors m.fl. studie av en kulturellt anpassad levercancerutbildning för kinesiska migranter i USA och Kanada visar dock en mycket begränsad inverkan på hepatit B-testning. Endast 22 stycken (15 procent) av de 142 deltagarna i interventionsgruppen rapporterade hepatit B-testning jämfört med 17 (10 procent) av de 177 deltagarna i kontrollgruppen (86). Peragallo m.fl. följde upp förekomsten av klamydia under ett år i sin studie av en hivpreventiv intervention som var riktad till spansktalande kvinnor i USA. Bland kvinnor i kontrollgruppen syntes en initial nedgång i klamydiaförekomst, följt av en ökning till ursprungliga nivåer, medan klamydiaförekomsten bland kvinnor i interventionsgruppen fortsatte att vara mycket låg under hela året (84).

Effekter på kondomanvändning

Peragallos m.fl. studie av en hivintervention bland spansktalande kvinnor i USA visar att kvinnor i interventionsgruppen var mer benägna att använda kondom över tid jämfört med kvinnor i kontrollgruppen. De rapporterade även färre upplevda

hinder för kondomanvändning och en större ökning av intentioner att använda kondom, i upp till 6 månader. Ingen skillnad rapporterades dock vid 12 månaders uppföljning (84). Resultaten visar även att förändringen i upplevda hinder inte var relaterad till någon förändring i kondomanvändning. Däremot var förändringen i intentioner att använda kondomer relaterad till förändrad kondomanvändning (84).

Rhodes m.fl. undersökning av en hivförebyggande intervention bland manliga heterosexuella latinamerikanska migranter i USA visar att deltagarna var mer benägna att rapportera kondomanvändning under de föregående 3 månaderna jämfört med kontrollgruppen som deltog i cancerutbildning, efter justering för kondomanvändning före intervention (85). Effekten kvarstod även efter justering för både kondomanvändning (före intervention) och andra påverkande faktorer (*confounders*) samt justering för uppgifter som saknades (*missing data*) (85). I en studie av Wingood m.fl. fick latinamerikanska kvinnor i USA en hivpreventiv intervention som tillhandahölls av hälsoutbildare. Författarna uppger att deltagarna i sex månader efter interventionen rapporterade mer konsekvent kondomanvändning under de föregående 30 dagarna, samt vid senaste samlaget, än de i kontrollgruppen (87). Deltagarna i interventionsgruppen uppgavs dessutom ha en högre andel rapporterad kondomanvändning under de föregående 30 och 90 dagarna samt rapporterade färre hinder till kondomanvändning och ökad *self-efficacy* för att använda kondom jämfört med deltagarna i kontrollgruppen (87).

Effekter på riskbeteende och riskperception

Peragallo m.fl. uppgav i sin studie av en hivrisksänkande intervention till spansktalande kvinnor i USA att interventionsgruppen över tid rapporterade större minskningar i våld i nära relationer (IPV), mindre benägenhet att bli alkoholpåverkade och en högre sannolikhet att engagera sig i partnerkommunikation jämfört med de i kontrollgruppen (84). Kvinnor i interventionsgruppen uppgavs också vara mer benägna att prata om hiv och aids under de första sex månaderna än de i kontrollgruppen. Skillnaden var dock liten vid tolv månaders uppföljning. Det framkom däremot ingen skillnad mellan interventions- och kontrollgrupperna i upplevd risk för hiv, förmåga att förhandla om säkrare sex, gruppnormer kring säkrare sex och depression över tid (84). Effekter på riskbeteende och riskperception sågs även i Wingoods m.fl. studie av en hivpreventiv intervention till latinamerikanska kvinnor i USA som tillhandahölls av hälsoutbildare. Bland deltagarna i interventionsgruppen rapporterade färre personer en traditionell syn på könsroller, större självförtroende för att förhandla om säkrare sex och större känsla av makt i relationer, än deltagarna i kontrollgruppen (87).

Artiklar med låg kvalitet

Beskrivning av inkluderade studier

Genomgången av de 16 artiklarna med låg kvalitet visar att studiedesignen domineras av intervention i en enda grupp utan randomisering (88, 91, 94-96, 99,

100, 103). Den näst mest använda studiedesignen är intervention med randomisering (90, 93, 97, 101, 102). Intervention i två eller fler grupper utan randomisering används bara i två studier (92, 98) och i en används en så kallad "mixed methods"-design (89). Även bland artiklarna med låg kvalitet är hälften av studierna genomförda i USA (90, 95-99, 101, 103). Tre av studierna utfördes i Nederländerna (88, 93, 94) medan resterande fem gjordes i Kanada (102), Australien (91), Kambodja (89), Mexiko (92) och Israel (100).

Målgrupperna domineras av latinamerikanska migranter från Latin-, Central- och Sydamerika som migrerat till USA, liksom i artiklarna med hög och medelhög kvalitet (92, 95-99, 103). Den näst vanligaste målgruppen i artiklarna med låg kvalitet består av så kallade "Asian Americans" dvs. personer med asiatisk bakgrund, och omfattar kineser i USA (101) och Kanada (102), vietnameser i Kambodja (89) och thailändare och laoter (90) bosatta i USA. De migrantgrupper som utgör målgrupper bland studierna i Europa är etiopier i Israel (100) samt turkar, marockaner, irakier, sudanesiska män och afro-karibiska kvinnor i Nederländerna (88, 93, 94). Afrikanska flyktingar från Liberia och Sierra Leone ingick i en studie som är genomförd i Australien (91).

Sju av artiklarna beskriver interventioner som riktats till både män och kvinnor (90, 91, 94, 95, 99, 100, 102). I fem av artiklarna var interventionerna endast riktade till kvinnor (88, 89, 97, 98, 101) och i fyra artiklar beskrivs studier där alla deltagare var män (92, 93, 96, 103). De fem studierna som fokuserar på kvinnor var riktade till bl.a. latinamerikanska kvinnor med låg social status (97), kinesiska massagesalongsarbetare (101) i USA, kineser som läste engelska som andra språk i Kanada (102), papperslösa vietnamesiska sexarbetare i Kambodja och afrokaribiska kvinnor i Nederländerna (89). Av de fyra studierna som fokuserar på män riktades två till heterosexuella män (92, 93), en till män som har sex med män (MSM) (103) och en annan till bisexuella män (96). Även antalet deltagare varierar mellan studierna: 29–1 763 personer. Enligt uppgifterna var deltagarna i de inkluderade studierna 13–74 år gamla. Det framgår också av litteraturgenomgången att studierna hade olika långa uppföljningstider. Den längsta var 6 månader och den kortaste två veckor. I två av studierna gjordes uppföljande mätningar direkt efter interventionen, men uppgifter om uppföljningstid saknas i fyra av studierna och i en av studierna gjordes ingen uppföljning. Studiepopulationernas karakteristika sammanfattas i bilaga 4.

Litteraturgenomgången visar att utfallsmåtten också varierar mellan olika studier. Kunskaper om hiv användes i ett tiotal studier (88, 92-95, 97, 99-101, 103), och i en av studierna mättes kunskap om både hiv och andra STI (91). Kunskaper om hepatit angavs som utfallsmått i tre studier, varav två avser kunskap om hepatit B (90, 102) och en kunskap om hepatit C (103). Testning för hiv användes som utfallsmått i tre av studierna (96, 98, 103) medan testning för hepatit B angavs som utfallsmått i endast en studie (90). I tre studier var utfallsmåttet attityder till bl.a. hivpositiva personer (99, 100) och homosexualitet (103). Upplevelser av förmedling av kunskap om hiv användes i en studie (100).

Det framkommer även olika utfallsmått som är relaterade till kunskap, attityder och beteende gällande kondomanvändning i nio av studierna (89, 91, 93, 94, 96, 97, 100, 101, 103). En del av dessa mått förekommer i mer än en studie såsom kondomanvändande (89, 97), hinder för kondomanvändning (93, 97), attityder till kondomanvändning (91, 94, 100) och intentioner till kondomanvändning (93, 94) samt vanan att bära med sig kondom (96, 103). Andra utfallsmått förekommer endast en gång i de studier som använder kondomrelaterade mått: färdigheter i att använda (101) och förhandla om kondom (89), upplevd nytta vid kondomanvändning, upplevd trygghet och säkerhet vid kondomanvändning (93), kunskap om kondomanvändning och svar på partners begäran om att använda kondom (91) samt sociala normer för kondomanvändning (94).

Ytterligare utfallsmått omfattar beteendeintentioner (92, 97) och intention att förhandla om säkert sex (88), riskperception för hiv (88, 92, 93, 95, 96, 99), riskbeteende inklusive antalet sexpartner (103), oskyddat sex (96), intravenöst intag av narkotika (103) och andra psykosociala mått såsom kommunikation med sin partner (88, 89, 97, 99), självkänsla (103), upplevda normer (88), upplevd beteendekontroll (95) och trygghet i sin sexualitet (*sexuell self-efficacy*) (98).

Beskrivning av interventioner

I det här avsnittet redovisas kortfattat olika interventioner som beskrivs i artiklarna med låg kvalitet. Litteraturgenomgången visar att den vanligast förekommande typen är kunskapsförmedling till målgrupperna i form av utbildning i syfte att öka kunskap om hiv (93, 95, 99, 101, 103) hepatit (90, 102, 103) och sexuell hälsa (88, 91) samt i syfte att förändra attityder och beteende som avser kondomanvändning (96, 101) testning för hiv (96, 98, 103) och hepatit B (90) och risk för sexuell smitta (89, 97, 103). En av interventionerna syftade till att utbilda nyckelpersoner från målgruppen som sedan skulle bli informatörer för sina landsmän (100). Två av interventionerna syftade dock till att utvärdera olika sätt att förmedla kunskap till målgrupper (92, 98).

Liksom i artiklarna med hög och medelhög kvalitet är majoriteten av interventionerna utformade med hjälp av teorier och modeller som används inom området. I en del ansatser används endast en teori eller modell (89, 90, 93, 94, 97, 103) medan i andra kombineras två (96, 99, 101) eller flera olika teorier och modeller (88, 98). *Health belief model* (90, 93, 98) *Social cognitive theory* och *Theory of gender and power* (98, 101) är de ofta förekommande teorierna (används i mer än en artikel). I fyra av artiklarna har ingen teori använts (91, 95, 100, 102).

Litteraturgenomgången visade också att interventionerna var språkligt och kulturellt anpassade till målgrupperna och oftast genomfördes i form av uppsökande verksamhet på olika sociala arenor. I en del interventioner användes olika typer av arenor (92-96, 98, 99) och i andra endast en typ (88-91, 101-103). I Rios-Ellis m.fl. användes olika gemensamma mötesplatser såsom kyrkor, föreningsdrivna mottagningar, bostadsområden och skolor (99). I Martinez-Donates studie beskrivs olika gemensamma mötesplatser inklusive arbetsplatser,

köpcentrum, bokaffärer, språkskolor och krogar (96). I Kocken m.fl. består arenorna av kaféer, moskéer och affärer (93). I Raj m.fl. användes en gemensam mötesplats för den ena gruppen och en föreningsdriven mottagning för den andra (98). Den intervention som beskrivs i Martin m.fl. ägde rum i hemmet samt på skolor och i kyrkor (95). Flyktingförläggningar användes som arenor i två av studierna, i den ena i kombination med språkskola för nyanlända (94) och i den andra användes den i kombination med allmänna parker (92). I sju studier beskrivs endast en typ av arena för intervention, nämligen gemensamma mötesplatser (91), deltagarnas hem (88, 90), ideella föreningar (103), föreningar som erbjöds språkundervisning till utlandsfödda (102), föreningsdriven mottagning (101) och Läkare utan gränser hiv- och STI-klinik (89). Uppgifter om använda arenor saknas i två av studierna (97, 100).

Kunskap förmedlades ofta på ett språk som var anpassat till specifika målgrupper, och främst av icke-professionella hälsoutbildare (ibland nyckelpersoner från målgruppen), så kallade *peer educators* (88, 91-93, 101), *lay health workers* (90) eller *community health workers* (95, 98) samt av personer som lever med hiv och deras anhöriga (99). I tre av studierna uppges att information förmedlades av antingen lärare (102), projektarbetare (103) eller forskare (100). Information gavs också av enbart utbildad hälso- och sjukvårdpersonal (89, 97) eller tillsammans med *peer educators* i en jämförande studie (94). Förutom i två av studierna (90, 95) användes gruppriktad kunskapsförmedling (88, 89, 91-94, 97-103). Interventionerna sammanfattas i bilaga 3.

Litteraturgenomgången visar att interventionerna innehåller olika budskap i olika former; de flesta handlade om att förebygga hiv och aids och deras konsekvenser (88, 92-97, 99-101, 103), och i mindre utsträckning om hepatit (90, 102, 103) och andra STI (88, 89, 91). I artiklarna användes randomiserade eller icke-randomiserade studiedesigner. I de randomiserade studierna fick interventions- och kontrollgruppen ofta olika budskap och på olika sätt (90, 93, 97, 101, 102). I Takahashi m.fl. uppges att interventionsgruppen deltog i två gruppriktade informationsmöten med fokus på kunskap om hivsmitta och dess förebyggande samt färdigheter i kondomanvändning, medan kontrollgruppen endast fick allmän information om hiv vid ett tillfälle (101). I Chen m.fl. fick interventionsgruppen information om vikten att testa sig för HBV (hepatit) på ett kulturellt anpassat och begripligt sätt. Kontrollgruppen fick utbildning och information om hälsosam kost och fysisk aktivitet (90). I Taylor m.fl. inkluderades en tre timmar lång undervisning om hepatit B i interventionsgruppens läroplan för engelska som andra språk medan kontrollgruppen fick tre timmars undervisning om fysisk aktivitet (102). I Peragallo m.fl. fick deltagarna i interventionsgruppen kulturellt anpassad information om kroppen, hiv, aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar, kondomer (myter och användning), förhandling om säkrare sexuella vanor, förebyggande av våld och partnerkommunikation. Deltagarna i kontrollgruppen fick endast den rådgivning som gavs till alla studiedeltagare om att testa sig för hiv samt en broschyr med information om alla platser där man kunde få ett kostnadsfritt test (97). I Kocken m.fl. fick både interventions- och kontrollgrupper

samma information om förekomsten och spridning av hiv och aids över hela världen, om smittvägar och om förebyggande strategier. Interventionsgruppen fick information innan de besvarade enkätfrågor medan kontrollgruppen fick samma information efter enkätundersökningen (93).

Olika budskap eller sätt att informera förekom också i två icke-randomiserade studier (92, 98). I Galvan m.fl. fick deltagarna, beroende på den månad då de deltog i studien, antingen bara skriftlig information om hiv i en broschyr eller delta i en föreläsning om hiv eller tala med en hälsoutbildare) på ett mer detaljerat sätt om hiv (92). I en studie av Raj m.fl. fick interventionsgruppen ta del av ett informationsprogram om smittspridning och förebyggande av hiv och STI, sexuell och reproduktiv hälsa, hivrisk vid missbruk, partnervåld, kroppsuppfattning och sociokulturella riskfaktorer såsom förtryck och dålig ekonomi (98). Den andra gruppen deltog i ett hälsoprogram för kvinnor genom vilket de fick utbildning om smittspridning och förebyggande av hiv, sexuellt överförbara sjukdomar, sexuell och reproduktiv anatomi samt praktiskt träning i att förhandla och använda kondom. Tredje gruppen var väntelistans kontrollgrupp som inte placerades i något program (98).

I nio av studierna ingick en enda grupp deltagare, utan randomisering, då alla deltagare fick samma budskap och på samma sätt (88, 89, 91, 94-96, 99, 100, 103). I Rios-Ellis m.fl. studie erbjöds deltagarna en 60–90 minuter lång utbildning om förebyggande av hiv genom gruppspel (99). Studiedeltagare i Drummond m.fl. deltog i seminarier om sexuell hälsa, hjärt- och kärlsjukdomar, mental hälsa och perinatal hälsa (91). I Vega m.fl. handlade interventionen om hivprevention som var riktad till latinamerikanska homosexuella män. Interventionen bestod av gruppmöten, social marknadsföring och föredrag. Vid gruppmöten behandlades frågor om familj, homosexuell identitet, homofobi, kroppsuppfattning och sex (103). I Martinez-Donate m.fl. riktades kampanjen främst till spansktalande latinamerikanska män med låg grad av ackulturation (*integrering*). Kampanjen som benämndes ”Friska män” syftade till att öka kondomanvändningen och hivtestningen bland heterosexuella latinamerikanska män, särskilt bland de som hade sex med både män och kvinnor men som identifierade sig som heterosexuella (96). Förutom hiv- och STI-testning erbjöds deltagarna även en hälsoundersökning som bestod av en fysisk undersökning och screening för icke-stigmatiserande sjukdomar såsom diabetes, hyperkolesterolemi och högt blodtryck (96). Interventionen som beskrivs i Bertens m.fl. omfattade gruppdiskussioner med syfte att öka kvinnors medvetenhet om sexuell risk och makt i relationer, och att stärka deras förmåga att fatta egna beslut kring sex (88). I en studie av Martin m.fl. beskrivs en hivpreventiv intervention i form av utbildningsträffar med varierande innehåll och format såsom videor, diagram, handouts och kondomer (95). I Martijn m.fl. erbjöds deltagarna information om bl.a. hiv- och aidsförekomst i världen, smittvägar, missuppfattningar om hur man smittas samt kondomkunskap (94). I Busza och Baker handlade interventionen om införande av femidom bland vietnamesiska sexarbetare i Kambodja genom information, samtal, färdighetsutveckling och kollektivt stöd, för att på så sätt stärka förmågan att

förhandla om säkert sex samt stärka deras sociala nätverk, gemenskap och känsla av identitet (89). I Shtarkshall m.fl. studie beskrivs ett hivpreventionsprogram som syftade till att utbilda nyckelpersoner inom etiopiska migrantgruppen i Israel till informatörer och kulturförmedlare för sina landsmän (100).

Interventionseffekter

Effekter på kunskaper om hiv, hepatit och andra STI

Takahashis m.fl. utvärdering av effekten av en kulturellt anpassad hiv-förebyggande intervention riktade till kinesiska massagesalongsarbetare i USA visar att både interventions- och kontrollgrupper hade bättre kunskap om hur man smittas med hiv efter intervention och vid uppföljning efter tre månader. Men andelen rätt svar på frågorna var högre i interventionsgruppen och de hade dessutom bättre kunskap om att kinesiska vacciner och mediciner är ineffektiva mot hiv (101). Det framgår även av Peragallo m.fl. studie om utvärdering av effekten av en kulturellt anpassad intervention för att minska sexuellt hiv-riskbeteende bland latinamerikanska kvinnor i USA att deltagarna i interventionsgruppen hade bättre kunskap om hiv efter intervention, än de i kontrollgruppen (97). En annan utvärdering av effekten av en kamratledd (peer to peer education) AIDS-utbildning riktad till manliga turkiska och marockanska migranter i Nederländerna visar en positiv effekt på missuppfattningar gällande hiv-smitta (93). Även Rios-Ellis m.fl. studie om utvärdering av en hivpreventiv intervention utförd av lokala hälsoarbetare, riktad till utsatta latinamerikanska migranter i USA, visar positiva effekter på kunskap bland alla deltagare och på stigma bland de kvinnliga deltagarna (99). I Vega m.fl. studie om utvärdering av en hiv-förebyggande intervention riktade till latinamerikanska homosexuella män anges att deltagarna visar en ökad kunskap om hiv/aids och hepatit C vid 90-dagars uppföljning (103). En utvärdering av en hivpreventiv intervention utförd av lokala hälsoarbetare, som riktade sig till latinamerikanska migranter i USA, visar ett samband mellan kunskapsökning och att ha sitt ursprung i ett central- och sydamerikanskt land i jämförelse med Mexiko och Puerto Rico, att vara kvinna och att ha en utbildningsnivå på mindre än sju år (95).

Det framgår av Galvan m.fl. (92) jämförande studie av olika sätt att ge hiv-information till manliga migranter i Mexiko att informationsbroschyrer var den mest effektiva metoden. Den näst mest effektiva var kamratledd undervisning och utbildning i små grupper hamnade på tredje plats. I en annan jämförande studie där en hivpreventiv insats som leddes av antingen en icke-professionella hälsoutbildare eller en professionell hälsoinformatör riktade till arabisktalande migranter i Nederländerna, uppger Martijn m.fl. att båda interventionerna hade positiva effekter på kunskap (94). Shtarkshall m.fl. utvärdering av en hiv- och hepatit B-prevention intervention som syftade till att utbilda äldre etiopiska migranter till hälsoutbildareer och kulturförmedlare för sina landsmän i Israel visade positiva förändringar i kunskap och attityder till hiv efter intervention (100).

Chen m.fl. visade i sin studie om effekten av en hepatit B-intervention utförd av icke-professionella hälsoutbildare riktad till Hmongfolk i USA en kunskapsökning i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen (90). Taylor m.fl. rapporterar i sin studie om effekten av en hepatit B-intervention riktad till kinesiska migranter i Kanada att vid uppföljning hade studenter i interventionsgruppen bättre kunskap om hepatit B än de i kontrollgruppen (102). Bertens m.fl. studie om utvärdering av en hiv/STI-preventiv intervention riktad till afro-karibiska kvinnor i Nederländerna visar att interventionen hade positiva effekter på deltagarnas kunskap (88). Ytterligare en utvärdering av en kamratledd hiv och STI-intervention riktad till västafrikanska migranter i Australien visade en ökning av kunskap om hiv och andra STI (91).

Effekter på testning

Chen m.fl. visade i sin studie om effekten av en hepatit B-intervention utförd av icke-professionella hälsoutbildare i att främja testning bland Hmongfolk i USA en större benägenhet att rapportera hepatit B-testning i interventionsgruppen än i kontrollgruppen. Studieresultat visar också ett samband mellan självrapporterad hepatit B-testning och att tillhöra interventionsgruppen, kvinnligt kön samt att rapportera läkarbesök under det föregående året. Det framgår även av resultaten att det vanligast förekommande skälet för att testa sig var en läkares rekommendation (90). Raj m.fl. (98) uppger i deras jämförande studie mellan effekter av en intensiv hiv-prevention intervention och ett hälsoprogram för kvinnor som syftade till att minska hiv risken bland kvinnliga spansktalande migranter i USA att benägenhet att rapportera hivtestning ökade bland deltagarna i den sistnämnda intervention 12 veckor efter intervention, men inte vid tre månaders uppföljning (98). Martinez-Donate m.fl. utvärdering av effekten av en social marknadsföringskampanj i att öka hivtestning bland latinamerikanska män som hade sex med både män och kvinnor i USA, visade en minskning av andelen självrapporterade hivtest bland män som hade sex med både män och kvinnor. Detta gällde både i början av och efter kampanjen, trots en ökning av kunskap om var man kan testa sig för hiv. Bland de som uppgavs ha sex endast med kvinnor rapporterades ingen betydlig förändring i andelen hivtest under de tre studiefaserna (början, under och efter kampanj). En betydande minskning av andelen som rapporterade att de hivtestat sig under senare delen av kampanjperioden konstaterades för både män som rapporterades ha sex endast med kvinnor och de som rapporterades ha sex med män och kvinnor (96).

Effekter på kunskap, attityder och beteende gällande kondomanvändning

I Takahashi m.fl. (101) utvärderades effekten av en kulturellt anpassad hivförebyggande intervention som var riktad till kinesiska massagesalongsarbetare i USA, och resultatet visar en ökning av kunskapen om var man kan få kondomer och hur man använder och sätter på sig en manlig eller kvinnlig kondom (femidom), i både interventions- och kontrollgruppen (101). Femidom infördes även bland vietnamesiska sexarbetare i Kambodja, och Busza och Baker (89) rapporterar en ökning av kondomanvändning samt ett samband mellan

kondomanvändning under hela samlaget och deltagande i interventionens workshops. Det framkommer också att sexarbetare som integrerade den kvinnliga kondomen i sitt arbete var mer benägna att känna en känsla av gemensam identitet samt förbättrad förhandlings- och kommunikationsförmåga (89).

I en studie av kamratledd aidsutbildning till manliga turkiska och marockanska migranter i Nederländerna noterades att utbildningen hade en positiv effekt på upplevda fördelar med kondomanvändning. Även upplevda hinder i form av minskad njutning vid kondomanvändning minskade bland ogifta män. Effekten på självförtroendet och kapaciteten (*self-efficacy*) för kondomanvändning konstaterades bara hos män som skattar kamratledd utbildning som viktigt. Interventionen hade också en positiv effekt på intentionen att använda kondom bland marockaner (93).

I Peragallo m.fl. utvärderades effekten av en kulturellt anpassad intervention för att minska sexuellt riskbeteende bland latinamerikanska kvinnor i USA, och resultatet var positiva effekter på kondomanvändning och intentioner att använda kondom bland deltagarna i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen (97).

I en studie av Drummond m.fl. om kamratledd hiv- och STI-preventiv utbildning till västafrikanska migranter i Australien kom man fram till att deltagarna hade en mer positiv inställning till kondomanvändning efter interventionen (91). En sådan mer positiv inställning var även resultatet i en utvärdering av Shtarkshall m.fl. av en hiv- och hepatit B-preventiv intervention där etiopiska migranter utbildades till hälsoutbildare för sina landsmän i Israel (100).

Martijn m.fl. jämförde hivpreventiva interventioner utförda av icke-professionella hälsoutbildare med interventioner av professionella hälsoutbildare till arabisktalande migranter i Nederländerna, och visade att den förstnämnda interventionen hade positiva effekter på sociala normer och intention och inställning till kondomanvändning (94). Martinez-Donates m.fl. utvärderade en social marknadsföringskampanj till latinamerikanska män som hade sex med både män och kvinnor i USA. Resultatet visade en ökning av andelen deltagare som hade med sig kondomer vid intervjutillfället bland både MSW och MSMW, men förändringen var endast statistiskt signifikant bland MSW (96).

En jämförande studie av Raj m.fl. bland kvinnliga spansktalande migranter i USA visar att deltagarna i interventionsgrupper var mer benägna att rapportera kondomanvändning och intention att använda kondom jämfört med kontrollgruppen som stod på väntelista (98).

Effekter på riskbeteende, beteendeintentioner och andra psykosociala mått

Vega m.fl. studerade en hivförebyggande intervention som var riktad till latinamerikanska homosexuella män i USA, och visade att riskbeteendet i relation till hiv reducerades efter interventionen och i upp till 6 månader därefter.

Interventionen uppges även ha en positiv effekt på sexuell identitet, självkänsla, självstigma, socialt nätverk och stöd (103). Martinez-Donate m.fl. utvärderade en

social marknadsföringskampanj till latinamerikanska män som hade sex med både män och kvinnor i USA, och visade att förekomst av oskyddat sex med kvinnlig partner minskade under och efter kampanjperioden bland MSMW men var oförändrad bland MSW. Dessutom minskade antalet oskyddade heterosexuella sextillfällen under kampanjperioden bland både MSMW och MSM. Författarna rapporterar även en kraftig minskning av andelen MSMW som hade haft oskyddat analsex med män under de föregående 60 dagarna, enligt mätningar efter kampanjperioden, samt en minskning av antalet oskyddade sextillfällen mellan män under kampanjperioden (96).

Resultatet av Galvans m.fl. (92) jämförande studie av olika sätt att ge information om hiv till manliga migranter i Mexiko visar att kamratledd utbildning hade en positiv effekt på självkontroll, beteendeintention och self-efficacy (tilltron till den egna förmågan) jämfört med undervisning i små grupper och informationsbroschyrer. Alla tre metoderna saknade dock effekt på upplevd risk att få hiv (92).

Den upplevda risken för hiv minskade dock i Rios-Ellis m.fl. studie av en intervention med lokala hälsoarbetare, som var riktad till utsatta latinamerikanska migranter i USA. Dessutom ökade viljan att prata om hiv med sina sexpartner. Interventionen uppges dock sakna effekt på viljan att ta ett hivtest (99). Peragallos m.fl. studerade en kulturellt anpassad intervention för att minska sexuellt hivriskbeteende bland latinamerikanska kvinnor i USA, och visade en positiv effekt bland deltagarna i interventionsgruppen när det gäller kommunikation med sin partner och intentionerna att ta mindre risker. Ingen skillnad rapporterades dock mellan interventions- och kontrollgruppen gällande gruppnormer för säkrare sex (77).

Bertens m.fl. utvärderade en hiv- och STI-preventiv intervention till afrokaribiska kvinnor i Nederländerna, och visade positiva effekter på deltagarnas kunskap, riskperception för hiv och sexuella självtillit. Dessutom uppges att deltagarna hade starkare intention att förhandla, kommunicera mer och ha säkert sex med sina partner efter interventionen (88).

Den självupplevda risken för hiv förändrades avsevärt efter den intervention som förekommer i Martins m.fl. studie av en hivpreventiv intervention med lokala hälsoarbetare, riktad till latinamerikanska migranter i USA. Den upplevda risken var också förknippad med kunskapsnivå (95). Det framkommer vidare i Rajs m.fl. jämförande studie bland kvinnliga spansktalande migranter i USA att deltagarna i interventionsgruppen var mer benägna att rapportera kommunikation och förhandling om säkrare sex direkt efter intervention, men inte vid uppföljningen (98).

Diskussion

Bedömning av det vetenskapliga underlaget

Syftet med en kartläggande litteraturoversikt är att undersöka ett forskningsområde, sammanfatta forskningsresultat och identifiera kunskapsluckor i den befintliga forskningslitteraturen – inte att utvärdera effekterna av de aktuella studierna (58, 64). Trots det är det viktigt att värdera evidensen i studierna. Denna litteraturoversikt omfattar studier av medelhög och låg kvalitet enligt checklistan i ”TREND statement” (68). Detta betyder att evidensen i denna litteraturoversikt kan anses vara svag eller måttlig. Flera av de inkluderade studierna saknar teorianslutning, information om hur randomisering har skett, information om hur stickprovsstorleken har beräknats samt validering av mätmetoder. En del av studierna har även ett stort bortfall och det finns inga uppgifter om hur bortfallen har hanterats. Utfallsmåtten är i de flesta studier självrapporterade och det är oklart om huruvida ”blindning” har tillämpats, dvs. om de som bedömde utfallet kände till vilken grupp som fick en viss intervention. I en del studier mättes effekten direkt efter intervention eller vid endast ett senare tidfälle, och ofta med kort uppföljningstid. Det finns också överförbarhetsproblem i flera studier eftersom urvalet inte var slumpmässigt och det är oklart om studiepopulationerna liknar målgrupperna.

En begränsning med denna litteraturoversikt är att inklusions- och exklusionskriterierna samt definitionen av migrant har lett till att en del studier med fokus på latinamerikaner exkluderats, eftersom andelen migranter (utlandsfödda) inte specificerats eller utgjort mindre än 50 procent av deltagarna. Fokus i dessa studier var snarare etnicitet än migration. Av samma skäl ingår ingen studie om afrikanska migranter till USA eller Storbritannien eftersom de benämns ”afroamerikaner” respektive ”svarta afrikaner” utan uppgifter om födelseland eller andel utrikes födda. Det är därför möjligt att viss litteratur av relevans för forskningsfrågorna inte har inkluderats.

Aktuellt kunskapsläge

Genomgången av de inkluderade artiklarna visar att forskning inom området hiv- och STI-prevention till migranter i världsländer domineras av studier som är genomförda i USA (77-80, 82-87, 90, 95-99, 101, 103). I genomgången återfanns endast sex publicerade studier från Europa som utvärderar hiv- och STI-preventiva interventioner som är riktade till migranter (81, 88, 93, 94, 100), varav den senaste utfördes för mer än tio år sedan (88).

Fokus för forskningen ligger på observationsstudier om förekomst, erfarenheter, uppfattningar, behovsanalys och riskfaktorer för hiv och STI bland migranter, och inte på utvärdering av interventioner, vilket också gäller för grå litteratur inom området. Denna litteraturgenomgång belyser behovet av forskning inom området i Europa, inklusive Sverige.

Studierna domineras av migranter från Latinamerika och Asien. Endast tre av studierna är inriktade på migranter från länder söder om Sahara trots att de står för mer än hälften av alla rapporterade fall av hiv i de flesta värdländerna (81, 91, 100). Från de senaste tio åren saknas helt studier från Europa, inklusive Sverige, som fokuserar särskilt på migranter med ursprung i Afrika söder om Sahara, trots att de i Sverige utgör en av de prioriterade grupperna för hivprevention.

Det är bara enstaka studier som tar upp särskilt utsatta grupper såsom afrikanska migranter, kvinnor, män som har sex med män (96, 103), personer som lever med hiv (81), asylsökande, papperslösa och sexarbetare (89). En studie i Belgien och Nederländerna med fokus på flyktingar, asylsökande och papperslösa visade att majoriteten av kvinnorna var extremt utsatta för våld, inklusive sexuellt våld (104). Det är således viktigt att få mer kunskap om risksituationer och riskutsatthet bland olika undergrupper av migranter för att kunna rikta det förebyggande arbetet mot dessa.

Det finns en påtaglig brist på studier som är speciellt inriktade mot migranter som lever med hiv (15, 48). Att leva med hiv kan innebära många hinder för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, särskilt för personer med utländsk bakgrund som kan vara utsatta för dubbel diskriminering och stigmatisering. Det finns en nyligen genomförd studie om livskvalitet hos människor som lever med hiv i Sverige, där 45 procent av studiedeltagarna var födda i ett annat land, och den visade att sexuallivet påverkas negativt av en hivdiagnos och många upplevde att informationsplikten kring hiv försämrade deras möjligheter att inleda sexuella relationer (105). Situationen kan vara ännu mer komplicerad för migranter eftersom de ofta har specifika behov av och begränsad tillgång till hälso- och sjukvård, förebyggande insatser och socialt stöd.

Brist på hivförebyggande interventioner med ett SRHR-perspektiv

Litteraturgenomgången visar att det finns luckor i forskningen om hiv- och STI-prevention som är riktad till migranter och har ett SRHR-perspektiv. Vanligt förekommande teman är att förebygga hiv (81, 83-85, 87, 92-100, 103) och hepatit B (77-80, 82, 86, 90, 102). Förebyggande av hiv och andra STI berörs endast i tre av artiklarna (84, 88, 91) och sexuell hälsa nämns endast i en studie (91). SRHR-perspektivet har inte integrerats i någon av de inkluderade studierna. Det är således svårt att besvara huvudfrågeställningen om forskningsläget angående hiv- och STI-prevention i ett SRHR perspektiv. Detta gäller även för delfrågeställning två, dvs. frågan om vilka insatser som varit effektiva för att tillgodose migranternas sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter, och fråga tre, dvs. hur SRHR integreras i hiv- och STI- preventiva insatser som riktar sig till migranter.

Indikation till rättighetsperspektiv finns

Det perspektiv som har använts för att utforma och genomföra interventioner i artiklarna överensstämmer dock i grunden med FN:s beskrivning av AAAQ-

indikatorer för att tillgodose rätten till hälsa i vård- och preventionsinsatser. (65). Utgångspunkter för interventionerna som beskrivs i de inkluderade artiklarna är att migration i sig är en riskfaktor för utsatthet och sårbarhet för hiv och STI samt att hivrelaterad vård och det förebyggande arbetet behöver anpassas till migranternas behov för att leva upp till kraven om AAAQ (2). Strategierna inkluderar att ha uppsökande verksamhet, använda nyckelpersoner från målgrupper (s.k. *peer educators*) vid kunskapsförmedling, informera på modersmål, erbjuda kostnadsfri testning och vaccination samt använda vedertagna teorier och vetenskaplig utvärdering av effekter. McMahon och Ward har i en översikt om evidens för att vägleda hivpreventiva insatser betonat vikten av att integrera kulturella värderingar i insatsens innehåll. Det är också viktigt att använda migranternas språk och välja lämpliga sociala arenor vid hivprevention som är riktad till migranter (106).

Trots att FN:s AAAQ koncept indikerar ett rättighetsperspektiv innebär det inte att det förebyggande arbetet mot hiv och STI har integrerat ett SRHR-perspektiv. Sexuell hälsa är ofta begränsad till att övervaka förekomsten av hiv och STI (42). I en studie som inkluderar budskap om sexuell och reproduktiv hälsa visar det sig att huvudtemat inte är att främja sexuell och reproduktiv hälsa utan att förebygga hiv (98). I två artiklar som handlar om interventioner för hivprevention riktade till MSM lyfts frågan om diskriminering pga. sexuell läggning, men fokus ligger inte på sexuella rättigheter för MSM utan på hivrelaterad stigma och diskriminering som hinder för effektiv hivprevention (70, 103). I en annan studie som använder förekomst av graviditet som utfallsmått är fokus inte oönskade graviditeter utan hivsmitta vid oskyddat sex (81). Även i den enda studie som använder IPV som ett utfallsmått ligger fokus på IPV som riskfaktor för hivsmitta och inte som en kränkning av frihet och rättighet eller ett hinder för rätten till sexuell och reproduktiv hälsa (84). Av denna anledning kan man hävda att de inkluderade artiklarna till stor del har ett patogent perspektiv som handlar om att kontrollera hälsan och förebygga sjukdom, snarare än ett mer salutogent perspektiv som lägger fokus på människors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter.

Effekter varierar men är i stort sett positiva

Litteraturgenomgången visar också att effekterna av interventionerna varierar beroende på utfallsmått men att de i stort sett är positiva. Vissa studier pekade på liknande effekter oavsett om kunskap hade förmedlats av en utbildad nyckelperson från den aktuella målgruppen eller en person med yrkesmässig kompetens på området (92, 94). Detta understryker vikten av att även utbilda och använda nyckelpersoner från målgrupper vid kunskapsförmedling, med tanke på potentiella kulturella och språkliga hinder mellan migranter och vårdpersonal (samt tidsbrist hos de sistnämnda) (60).

Vidare har interventionerna till stor del lyckats öka kunskapen om hiv (83, 84, 87, 88, 91-95, 97, 100, 101, 103), hepatit (79, 82, 86, 90, 102, 103) och andra STI (91) samt varit framgångsrika när det gäller rapporterad kondom användning, attityder och intentioner till kondom användning, oavsett studiedesign, målgrupp och kontext (84, 85, 89, 91, 93, 94, 96-98, 100, 101). Effekterna av interventionerna vad gäller

testning och sexuellt riskbeteende är dock inte konsistenta. Exempelvis har effekten på självrapporterad hepatit B-testning uppgetts vara positiv i ett par artiklar (77, 78) och begränsad i två andra (86, 90). Vidare minskade benägenheten att testa sig för hiv bland bisexuella män, och ingen effekt konstaterades på heterosexuella män i en studie (96). Däremot var effekten positiv i en annan studie (85).

Dessa resultat visar att det är svårt att arbeta med beteendeförändring, och tyder på att det kan finnas andra faktorer än kunskapsbrist som avgör när människor överväger att ta ett hivtest, t.ex. rädsla för konsekvenserna av ett positivt hivtest (57, 59, 107) och stigma kring hiv. Att avstå från hivtest kan också bero på det faktum att testning är frivillig medan rätten till behandling kan vara begränsad i värdländerna (56, 58, 60).

Evidens saknas för effekt på förekomst och spridning av hiv och STI

Trots att litteraturgenomgången visar positiva effekter på de flesta utfall saknas evidens för effekt på förekomsten och spridningen av hiv och STI bland migranter. Detta beror på att interventionerna i hög grad är begränsade till beteendemässiga åtgärder i form av kunskapsförmedling och rådgivning. Utfallsmått i form av hivtestning, screening och vaccination förekommer i några artiklar och utfallen är ofta självrapporterade (77, 78, 80, 82, 85, 86, 90, 96). Av dessa rapporteras effekten på förekomst av klamydia i endast en artikel (84). Därför är det omöjligt att avgöra om interventionerna har varit effektiva för att minska förekomsten och spridningen av hiv och andra STI bland migranter. Detta understryker behovet av mer forskning som införlivar både beteendemässiga och biomedicinska interventioner.

Kunskap saknas om förändring av strukturella faktorer

Det saknas också kunskap om interventioner som syftar till att förändra strukturella faktorer som gör migranter sårbara och minskar deras möjligheter att få rätten till sexuell och reproduktiv hälsa tillgodosedd. Strukturella indikatorer har påträffats i endast två artiklar som redovisar en minskning av traditionell syn på könsroller och minskning av IPV (84, 87). Vi har inte hittat någon interventionsstudie som påverkar migranternas tillgång till hälso- och sjukvård i värdländer. En del länder har tydligt meddelat internationella människorättsorgan, eller bestämt i nationell lagstiftning, att de inte kan eller vill ge samma rättigheter till migranter som till sina egna medborgare (15, 17-19, 44, 108, 109). Dessutom har vissa länder, inklusive Sverige, bestämt att deras hälso- och sjukvårdsskyldigheter gentemot asylsökande och irreguljära migranter enbart gäller ”nödvändig vård”, ”vård som inte kan anstå” eller ”akutsjukvård” (62). Dessa begrepp har olika innebörd i olika länder och tolkningen lämnas ofta till enskild vårdpersonal (44, 60, 108, 109). Diskriminerande lagar, policyer och praxis kan äventyra det förebyggande arbetet och begränsa migranternas möjlighet att få vård på lika villkor.

Rättighetsperspektivet kan ge bättre förutsättningar för hälsa

Ett rättighetsperspektiv i det förebyggande arbetet mot hiv och STI som är riktat till migranter skulle kunna ge migranter bättre förutsättningar att få rätten till sexuell och reproduktiv hälsa tillgodosedd. Det skulle sannolikt även kunna bidra till minskad smittspridning på en samhällelig nivå. Framtida forskning och förebyggande arbete mot hiv och STI inom området bör därför ta hänsyn till detta.

Hivprevention inom ramen för ett bredare SRHR-perspektiv skulle kunna motverka stigmatisering och diskriminering som är relaterad till sambandet mellan migration och hiv och STI. Det behövs nya strategier som integrerar ett rättighets- och folkhälsoperspektiv för att öka tillgång, tillgänglighet, godtagbarhet och kvalitet på vård och preventiva insatser till migranter.

Slutsatser

Denna litteraturöversikt kan endast delvis besvara de aktuella frågeställningarna. Forskningen på området är begränsad och domineras av studier från USA som fokuserar på personer med latinamerikansk och asiatisk bakgrund. I flera artiklar uppges att interventionerna är grundade i vedertagna teorier och modeller, men dessa används inte för att tolka resultaten. Alla inkluderade studier, utom en, graderades till låg eller medelhög kvalitet enligt kriterierna i ”TREND statement”.

Det behövs mer forskning av hög kvalitet och strategier på området som systematiskt integrerar ett SRHR-perspektiv i det förebyggande arbetet mot hiv och STI som är riktat till migranter. Det behövs även studier som utvärderar biomedicinska och strukturella interventioner och som involverar riskutsatta migrantgrupper.

Det finns några strategiska och särskilt viktiga arenor för det hivförebyggande arbetet som riktar sig till utsatta migrantgrupper. Hälso- och sjukvården är en sådan, inte minst primärvården. En annan är skolhälsovården, liksom skolan i stort, där unga och unga vuxna tillbringar en väsentlig del av livets tidigare år. Därutöver är de ideella organisationernas olika arenor en viktig bas för att nå dessa grupper med målgruppsanpassad information om hiv och SRHR.

En förhoppning är att kunskapen från denna översikt, tillsammans med tidigare lärdomar, tas med i det framtida arbetet. Rapporten kan användas som ett underlag för att utveckla och utvärdera hiv- och STI-insatser som är riktade till migranter i Sverige.

Utifrån litteraturgenomgången ger Folkhälsomyndigheten några förslag för att utveckla och förbättra det hiv- och STI-förebyggande arbetet som är riktat till migranter:

- Arbeta systematiskt utifrån ett SRHR-perspektiv i det förebyggande arbetet mot hiv och STI.

- Skifta forskningens fokus inom området till interventionsforskning, inklusive utvärdering av genomförda interventioner som även inkluderar biomedicinska och strukturella insatser.
- Interventionsforskning och utvärderingar av hivpreventiva insatser i ett SRHR-perspektiv behöver genomföras i Sverige och övriga Europa då kontexten har betydelse.
- Anpassa kunskapsförmedlingen till målgruppens behov och ta hänsyn till målgruppens utbildningsnivå.
- Förstärk samarbetet mellan ansvariga myndigheter, forskarsamhälle och representanter från migrantgrupper.
- Använd migranternas befintliga sociala mötesplatser som arenor vid förebyggande arbete, interventioner och forskning.
- Uppmärksamma särskilt utsatta grupper av migranter, såsom personer som har sex mot ersättning, hbtq-personer, personer som lever med hiv och ensamkommande barn i det förebyggande arbetet och inom forskning.

Referenser

1. Regeringskansliet. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. 2017.
2. Folkhälsomyndigheten. Migration, sexuell hälsa och prevention : två kunskapsöversikter med fokus på risktagande och riskutsatthet i samband med migration. Stockholm: Smittskyddsinstitutet (SMI); 2012. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12840/migration-prevention-sexuell-halsa.pdf>.
3. Folkhälsomyndigheten. Hiv- och STI-prevention riktad till migranter. Folkhälsomyndigheten; 2014. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Hiv--och-STI-prevention-riktad-till-migranter>.
4. Regeringen. Cirkulär migration och utveckling : kartläggning av cirkulära rörelsemönster och diskussion om hur migrationens utvecklingspotential kan främjas : delbetänkande. Stockholm: Fritze; 2010. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2010/05/sou-201040>.
5. Hedberg C, Malmberg B. Den stora utmaningen: Internationell migration i en globaliserad värld. 2008. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/49b72e/contentassets/e64810b3165448778500115cc9e91db2/den-stora-utmaningen-internationell-migration-i-en-globaliserad-varld>.
6. Migrationsverket. Statistik. Inkomna ansökningar om asyl, 2015 2016 [citerad 15 August 2016]. Hämtad från: <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Oversikter-och-statistik-fran-tidigare-ar/2015.html>.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and migrants: Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report. Stockholm: 2017.
8. Folkhälsomyndigheten. Hivinfektion: Hiv under 2015. [Internet] 2016. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/hivinfektion/>.
9. Folkhälsomyndigheten, Sminet. Personlig kommunikation med Torsten Berglund 2018-09-18.
10. UNESCO. People on the Move Handbook of selected concepts and terms. The Hague process on Refugees and Migration Foundation (THP)- UNESCO Section on International Migration and Multicultural Policies 2008. Hämtad från: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001636/163621e.pdf>.
11. UNHCR. Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees 1951. Hämtad från: <http://www.unhcr.org/3b66c2aa10.pdf>.
12. Malarcher S. Social determinants of sexual and reproductive health: Informing future research and programme implementation. 2010. Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44344/1/9789241599528_eng.pdf.
13. UNHCR. Global Trends Forced Displacement in 2015: United Nation High Commissioner for Refugees- The UN Refugee Agency; 2016. Hämtad från: <http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html>.
14. Migrationsverket. Sveriges flyktkvot 2018 2018 [citerad 2018-09-18]. Hämtad från: <https://www.migrationsverket.se/download/18.4cb46070161462db1132033/1522849820054/Sveriges%20flyktkvot%202018.pdf>.
15. UNAIDS. The gap report. 2014. Hämtad från: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf.
16. International Organization for Migration. GLOBAL MIGRATION TRENDS 2015 Factsheet. International Organization for Migration; 2016. Hämtad från: https://publications.iom.int/system/files/global_migration_trends_2015_factsheet.pdf.
17. World Health Organization. The Right to Health Fact Sheet no. 31. Geneva: WHO; 2008. Hämtad från: http://www.who.int/hhr/activities/Right_to_Health_factsheet31.pdf.
18. World Health Organization. Sexual health, human rights and the law. Geneva: WHO; 2015. Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf?ua=1.
19. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM). The Sexual and Reproductive Health Rights of Undocumented Migrants-Narrowing the Gap between their Rights and the Reality in the EU. 2016. Hämtad från: http://picum.org/picum.org/uploads/publication/Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20Rights_EN_FINAL.pdf.
20. Ekdahl K, Giesecke J. Smittskyddsboken. Lund: Studentlitteratur; 2003.
21. UNAIDS. Sexual behavioural change for HIV: Where have theories taken us? 1999. Hämtad från: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub04/JC159-BehavChange_en.pdf.
22. Socialstyrelsen. Att förebygga HIV och STI bland ungdomar och vuxna : kunskap och vägledning för hälso- och sjukvården och andra intresserade aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Hämtad från:

- <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/attforebyggahivochstiblandningdomarochungavuxna>.
23. UNAIDS. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. United Nations General Assembly Session on HIV/AIDS. United Nations General Assembly Session. [Internet] 2001. Hämtad från: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_en_0.pdf.
 24. European Centre for Disease Prevention and Control. A comprehensive approach to HIV/STI prevention in the context of sexual health in the EU/EEA. 2013. Hämtad från: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HVI-STI-prevention-comprehensive-approach-in-the-context-of-sexual-health-EU-EEA.pdf>.
 25. Steen R, Wi TE, Kamali A, Ndowa F. Control of sexually transmitted infections and prevention of HIV transmission: mending a fractured paradigm. Bulletin of the World Health Organization. [Internet] 2009; 87(11):858-65.
 26. UNAIDS. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2010. Hämtad från: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf.
 27. UK Consortium on AIDS and International Development. Working Group Briefing Paper: Combination Prevention. 2011. Hämtad från: <http://stopaids.org.uk/wp-content/uploads/2013/08/Combination-Prevention.pdf>.
 28. Regeringen. Regeringens proposition 2005/06:60. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar 2005. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/49bbe0/contentassets/7ea5e693dc9d480eb901f7af57563618/nationell-strategi-mot-hiv-aids-och-vissa-andra-smittsamma-sjukdomar>.
 29. Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. The Lancet. 2008;372(9639):669-84.
 30. Padian NS, Buvé A, Balkus J, Serwadda D, Cates W. Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward. The Lancet. 2008;372(9638):585-99.
 31. Gupta GR, Parkhurst JO, Ogden JA, Aggleton P, Mahal A. Structural approaches to HIV prevention. The Lancet. 2008;372(9640):764-75.
 32. United Nations. International Conference on Population and Development (ICPD), Cairo 1994 Cairo, Egypt: United Nations; 1994. Hämtad från: <http://www.un.org/popin/icpd2.htm>.
 33. United Nations. The Beijing Declaration and Platform for Action. Fourth World Conference on Women 4-15 September 1995. UN Women; 1995. Hämtad från: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>.
 34. World Health Organization. Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. 2006. Hämtad från: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.
 35. Regeringen. Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter [Elektronisk resurs]. Stockholm: Regeringskansliet, Utrikesdepartementet; 2006. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/49/89/4fa3aae1.pdf>.
 36. Janssens K, Bosmans M, Temmerman M. Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee Women in Europe: rights, policies, status and needs. Literature review. 2005.
 37. Regeringen. Regeringens proposition 2007/08:110. En förnyad folkhälsopolitik 2008. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/49bbde/contentassets/e6210d374d4642328badd71f64ca9846/en-fornyad-folkhalsopolitik-prop.-200708110>.
 38. Socialstyrelsen. Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19564/2014-10-26.pdf>.
 39. Hjern A. Migration and public health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 13. Scand J Public Health. 2012;40(9_suppl):255-67.
 40. Solé-Auró A, Crimmins E. Health of Immigrants in European countries. Int Migr Rev. 2008;42(4):861-76.
 41. Acevedo-Garcia D, Sanchez-Vaznaugh E, Viruell-Fuentes E, Almeida J. Integrating social epidemiology into immigrant health research: A cross-national framework. Soc Sci & Med. 2012;75(12):2060-8.
 42. Keygnaert I, Guieu A, Ooms G, Vettenburg N, Temmerman M, Roelens K. Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care? Health Policy. [Internet] 2014; 114(2):215-25.
 43. Mladovsky P. Migrant health in the EU. EUROHEALTH-LONDON-. [Internet] 2007; 13(1):9.
 44. Lasimbang HB, Tong WT, Low WY. Migrant workers in Sabah, East Malaysia: The importance of legislation and policy to uphold equity on sexual and reproductive health and rights. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. [Internet] 2016; 32:113-23.
 45. Finnerty F, Shahmanesh M. Sexual and reproductive health in the European refugee crisis. Sexually transmitted infections. [Internet] 2016:sextrans-2016-052538.
 46. European Centre for Disease Prevention and Control. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) 2014. Hämtad från:

- <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf>.
47. European Centre for Disease Prevention and Control. Migrant health: HIV testing and counselling in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA Member States. Stockholm: ECDC; 2011. Hämtad från: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1108_TER_HIV_in_migrants.pdf.
 48. European Centre for Disease Prevention and Control. Migrant health: Sexual transmission of HIV within migrant groups in the EU/EEA and implications for effective interventions. ECDC; 2013. Hämtad från: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Migrant-health-sexual-transmission.pdf>.
 49. Alvarez-del Arco D, Monge S, Caro-Murillo AM, Ramirez-Rubio O, Azcoaga-Lorenzo A, Belza MJ, et al. HIV testing policies for migrants and ethnic minorities in EU/EFTA Member States. *The European Journal of Public Health*. 2014;24(1):139-44.
 50. Althoff KN, Gange SJ, Klein MB, Brooks JT, Hogg RS, Bosch RJ, et al. Late presentation for human immunodeficiency virus care in the United States and Canada. *Clinical infectious diseases*. 2010;50(11):1512-20.
 51. Alvarez-del Arco D, Monge S, Azcoaga A, Rio I, Hernando V, Gonzalez C, et al. HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*. 2013;23(6):1039-45. DOI:eurpub/cks130.
 52. Chen NE, Gallant JE, Page KR. A systematic review of HIV/AIDS survival and delayed diagnosis among Hispanics in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2012;14(1):65-81.
 53. McDonald AM, Li Y, Dore GJ, Ree H, Kaldor JM. Late HIV presentation among AIDS cases in Australia, 1992–2001. *Australian and New Zealand journal of public health*. 2003;27(6):608-13.
 54. Mocroft A, Lundgren J, Antinori A, Monforte A, Brännström J, Bonnet F, et al. Late presentation for HIV care across Europe: update from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) study, 2010 to 2013. *Euro surveillance: bulletin Européen sur les maladies transmissibles= European communicable disease bulletin*. 2014;20(47).
 55. Jonzon R, Lindkvist P, Johansson E. A state of limbo - In transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers. *Scand J Public Health*. 2015;43(5).
 56. Deblonde J, Sasse A, Del Amo J, Burns F, Delpech V, Cowan S, et al. Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA. *BMC public health*. 2015;15(1):1228.
 57. Kalengayi FKN, Hurtig A-K, Ahlm C, Krantz I. Fear of deportation may limit legal immigrants' access to HIV/AIDS-related care: a survey of Swedish language school students in Northern Sweden. *Journal of immigrant and minority health*. 2012;14(1):39-47.
 58. Kalengayi FKN, Hurtig A-K, Nordstrand A, Ahlm C, Ahlberg BM. Perspectives and experiences of new migrants on health screening in Sweden. *BMC health services research*. 2016;16(1):14.
 59. Lindkvist P, Johansson E, Hylander I. Fogging the issue of HIV-Barriers for HIV testing in a migrated population from Ethiopia and Eritrea. *BMC public health*. 2015;15(1):82.
 60. Kalengayi FKN, Hurtig A-K, Nordstrand A, Ahlm C, Ahlberg BM. 'It is a dilemma': perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants. *Global health action*. 2015;8.
 61. Statens Folkhälsoinstitut. Mälområde 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. 2011. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12538/R2011-02-Sexualitet-och-reproduktiv-halsa.pdf>.
 62. Regeringen. Vård efter behov och på lika villkor - en mänsklig rättighet. 2013. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/contentassets/5eb63a85e7364014a30c2905ad712ea0/var-d-efter-behov-och-pa-lika-villkor---en-mansklig-rattighet-sou-201148>.
 63. United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. United Nations Human Rights : Office of the High Commissioner; 1966. Hämtad från: <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf>.
 64. United Nations. The Universal Declaration of Human Rights (UDHR) 1948 [citerad 20 August 2016]. Hämtad från: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>.
 65. United Nations-Committee on Economic SaCRC. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). Geneva: UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR); 2000. Hämtad från: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>.
 66. Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. The Johanna Briggs Institute (JBI); 2015. Hämtad från: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf.
 67. Folkhälsomyndigheten. Handledning för litteraturoversikter: Förutsättningar och metosteg för olika typer av kunskapsframtagande baserat på forskningslitteraturen. In: Folkhälsomyndigheten, editor. 2016.

68. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *American journal of public health*. 2004;94(3):361-6.
69. McMahon T, Fairley C, Donovan B, Wan L, Quin J. Evaluation of an ethnic media campaign on patterns of HIV testing among people from culturally and linguistically diverse backgrounds in Australia. *Sexual health* 2004;1(2):91-4.
70. Melendez RM, Zepeda J, Samaniego R, Chakravarty D, Alaniz G. "La Familia" HIV prevention program: a focus on disclosure and family acceptance for Latino immigrant MSM to the USA. *Salud publica de Mexico*. 2013;55 Suppl 4:S491-7.
71. Rhodes SD, Hergenrather KC, Bloom FR, Leichter JS, Montano J. Outcomes from a community-based, participatory lay health adviser HIV/STD prevention intervention for recently arrived immigrant Latino men in rural North Carolina. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*. 2009;21(5 Suppl):103-8. DOI:10.1521/aeap.2009.21.5_suppl.103.
72. Rios-Ellis B, Espinoza L, Bird M, Garcia M, D'Anna LH, Bellamy L, et al. Increasing HIV-related knowledge, communication, and testing intentions among Latinos: Protege tu Familia: Hazte la Prueba. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2010;21(3):148-68.
73. Bahromov M, Weine S. HIV Prevention for Migrants in Transit: Developing and Testing TRAIN. *AIDS Education & Prevention*. 2011;23(3):267-80. DOI:10.1521/aeap.2011.23.3.267.
74. Maxwell AE, Bastani R, Warda US. Pilot test of a single-session AIDS workshop for young Hispanic U.S. immigrants. *Journal of Immigrant Health*. 2002;4(2):73-9. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106925313&site=ehost-live&scope=site>.
75. Sanchez J, De La Rosa M, Serna CA. Project Salud: Efficacy of a community-based HIV prevention intervention for Hispanic migrant workers in south Florida. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*. 2013;25(5):363-75. DOI:10.1521/aeap.2013.25.5.363.
76. Solorio R, Norton-Shelpuk P, Forehand M, Montano D, Stern J, Aguirre J, et al. Tu Amigo Pepe: Evaluation of a Multi-media Marketing Campaign that Targets Young Latino Immigrant MSM with HIV Testing Messages. *AIDS and behavior*. 2016;20(9):1973-88. DOI:10.1007/s10461-015-1277-6.
77. Bastani R, Glenn BA, Maxwell AE, Jo AM, Herrmann AK, Crespi CM, et al. Cluster-randomized trial to increase hepatitis B testing among Koreans in Los Angeles. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 2015;24(9):1341-9.
78. Juon HS, Lee S, Strong C, Rimal R, Kirk GD, Bowie J. Effect of a Liver Cancer Education Program on Hepatitis B Screening Among Asian Americans in the Baltimore Washington Metropolitan Area, 2009-2010. *Preventing Chronic Disease*. 2014;11. DOI:10.5888/pcd11.130258.
79. Juon H-S, Park BJ. Effectiveness of a culturally integrated liver cancer education in improving HBV knowledge among Asian Americans. *Preventive medicine*. 2013;56(1):53-8.
80. Juon H-S, Strong C, Kim F, Park E, Lee S. Lay Health Worker Intervention Improved Compliance with Hepatitis B Vaccination in Asian Americans: Randomized Controlled Trial. *PloS one*. 2016;11(9):e0162683.
81. Kaplan EH, Soskolne V, Adler B, Leventhal A, Shtarkshall RA. A model-based evaluation of a cultural mediator outreach program for HIV+ Ethiopian immigrants in Israel. *Evaluation review*. 2002;26(4):382-94.
82. McPhee SJ, Nguyen T, Euler GL, Mock J, Wong C, Lam T, et al. Successful promotion of hepatitis B vaccinations among Vietnamese-American children ages 3 to 18: results of a controlled trial. *Pediatrics*. 2003;111(6):1278-88.
83. Merchant RC, Clark MA, Santelices CA, Liu T, Cortés DE. Efficacy of an HIV/AIDS and HIV testing video for Spanish-speaking Latinos in healthcare and non-healthcare settings. *AIDS and behavior*. 2015;19(3):523-35.
84. Peragallo N, Gonzalez-Guarda RM, McCabe BE, Cianelli R. The efficacy of an HIV risk reduction intervention for Hispanic women. *AIDS and behavior*. 2012;16(5):1316-26.
85. Rhodes SD, McCoy TP, Vissman AT, DiClemente RJ, Duck S, Hergenrather KC, et al. A randomized controlled trial of a culturally congruent intervention to increase condom use and HIV testing among heterosexually active immigrant Latino men. *AIDS and behavior*. 2011;15(8):1764-75. DOI:10.1007/s10461-011-9903-4.
86. Taylor VM, Hislop TG, Tu SP, Teh C, Acorda E, Yip MP, et al. Evaluation of a Hepatitis B Lay Health Worker Intervention for Chinese Americans and Canadians. *Journal of Community Health*. 2009;34(3):165-72. DOI:10.1007/s10900-008-9138-0.
87. Wingood GM, DiClemente RJ, Villamizar K, Er DL, DeVarona M, Taveras J, et al. Efficacy of a health educator-delivered HIV prevention intervention for Latina women: A randomized controlled trial. *American journal of public health*. 2011;101(12):2245-52.
88. Bertens M, Eiling EM, van den Borne B, Schaalma HP. Uma Tori! Evaluation of an STI/HIV-prevention intervention for Afro-Caribbean women in the Netherlands. *Patient Education and Counseling*. 2009;75(1):77-83. DOI:10.1016/j.pec.2008.09.002.
89. Busza J, Baker S. Protection and participation: an interactive programme introducing the female condom to migrant sex workers in Cambodia. *AIDS Care*. 2004;16(4):507-18. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106081757&site=ehost-live&scope=site>.

90. Chen MS, Fang DM, Stewart SL, Ly MY, Lee S, Dang JHT, et al. Increasing Hepatitis B Screening for Hmong Adults: Results from a Randomized Controlled Community-Based Study. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 2013;22(5):782-91. DOI:10.1158/1055-9965.epi-12-1399.
91. Drummond PD, Mizan A, Brocx K, Wright B. Using Peer Education to Increase Sexual Health Knowledge Among West African Refugees in Western Australia. *Health Care for Women International*. 2011;32(3):190-205. DOI:10.1080/07399332.2010.529215.
92. Galvan FH, Bazargan M, Gomez-Bastidas E, Bing EG. Using Peer Educators to Promote HIV Awareness Among Male Migrants in Mexico. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*. 2015;14(1):74-94. DOI:10.1080/15381501.2014.973133.
93. Kocken P, Voorham T, Brandsma J, Swart W. Effects of peer-led AIDS education aimed at Turkish and Moroccan male immigrants in The Netherlands. A randomised controlled evaluation study. *Eur J Public Health*. 2001;11(2):153-9.
94. Martijn C, de Vries NK, Voorham T, Brandsma J, Meis M, Hospers HJ. The effects of AIDS prevention programs by lay health advisors for migrants in The Netherlands. *Patient Education and Counseling*. 2004;53(2):157-65. DOI:10.1016/s0738-3991(03)00125-3.
95. Martin M, Camargo M, Ramos L, Lauderdale D, Krueger K, Lantos J. The evaluation of a Latino community health worker HIV prevention program. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2005;27(3):371-84.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106532327&site=ehost-live&scope=site>.
96. Martínez-Donate AP, Zellner JA, Sañudo F, Fernández-Cerdeño A, Hovell MF, Sipan CL, et al. Hombres Sanos: evaluation of a social marketing campaign for heterosexually identified Latino men who have sex with men and women. *American Journal of Public Health*. 2010;100(12):2532-40.
97. Peragallo N, DeForge B, O'Campo P, Lee SM, Kim YJ, Cianelli R, et al. A Randomized clinical trial of an HIV-risk-reduction intervention among low-income latina women. *Nursing research*. 2005;54(2):108-18.
98. Raj A, Amaro H, Cranston K, Martin B, Cabral H, Navarro A, et al. Is a general women's health promotion program as effective as an HIV-intensive prevention program in reducing HIV risk among Hispanic women? *Public Health Reports*. 2001;116(6):599-607.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106986735&site=ehost-live&scope=site>.
99. Rios-Ellis B, Becker D, Espinoza L, Nguyen-Rodriguez S, Diaz G, Carricchi A, et al. Evaluation of a Community Health Worker Intervention to Reduce HIV/AIDS Stigma and Increase HIV Testing Among Underserved Latinos in the Southwestern US. *Public Health Reports*. 2015;130(5):458-67. <Go to ISI>://WOS:000361084800009.
100. Shtarkshall R, Soskolne V, Chemtov D, Rosen H. A culturally specific educational program to reduce the risk of HIV and HBV transmission among Ethiopian immigrants to Israel II: Evaluating the effect of the training program on veteran immigrant trainees. *Israel journal of medical sciences*. 1993;29(10 Suppl):48-54.
101. Takahashi LM, Tobin KE, To S, Ou S, Ma CHH, Ao FKW, et al. Chieh Mei Ching Yi: A randomized controlled trial of a culturally tailored HIV prevention intervention for Chinese massage parlor women in Los Angeles. *AIDS Education and Prevention*. 2013;25(6):508.
102. Taylor VM, Teh C, Lam W, Acorda E, Li L, Coronado G, et al. Evaluation of a Hepatitis B Educational ESL Curriculum for Chinese Immigrants. *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne De Sante Publique*. 2009;100(6):463-6. <Go to ISI>://WOS:000207864800013.
103. Vega MY, Spieldenner AR, DeLeon D, Nieto BX, Stroman CA. SOMOS: evaluation of an HIV prevention intervention for Latino gay men. *Health education research*. 2010:cyq068.
104. Keygnaert I, Vettenburg N, Temmerman M. Hidden violence is silent rape: Sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. [Internet] 2015:189-206.
105. Folkhälsomyndigheten. Att leva med hiv i Sverige - En studie om livskvalitet hos personer som lever med hiv. *Folkhälsomyndigheten*; 2015. Hämtad från:
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Att-leva-med-hiv-i-Sverige--En-studie-om-livskvalitet-hos-personer-som-lever-med-hiv>.
106. McMahon T, Ward PR. HIV among immigrants living in high-income countries: a realist review of evidence to guide targeted approaches to behavioural HIV prevention. *Systematic reviews*. 2012;1(1):1.
107. Manirankunda L, Loos J, Alou TA, Colebunders R, Nöstlinger C. "It's better not to know": perceived barriers to HIV voluntary counseling and testing among sub-Saharan African migrants in Belgium. *AIDS Education & Prevention*. 2009;21(6):582-93.
108. Biswas D, Toebes B, Hjern A, Ascher H, Nørredam M. Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: A comparative study of Denmark, Sweden and the Netherlands. *Health and Human Rights*. 2012;14(2).
109. Pacheco LL, Jonzon R, Hurtig A-K. Health Assessment and the Right to Health in Sweden: Asylum Seekers' Perspectives. *PLoS one*. 2016;11(9):e0161842.

Bilagor

Bilaga 1. Sökningar med söksträngar enligt PICO-modell i PubMed, Web of Science och CINAHL

Bilaga 2. Antalet utvalda artiklar för fulltextläsning från sökträffar i PubMed, Web of Science och CINAHL

Bilaga 3. Beskrivning av interventionerna i studierna med låg kvalitet

Bilaga 4. Studiepopulationerna i studierna med låg kvalitet

Bilaga 1. Sökningar med söksträngar enligt PICO-modell i PubMed, Web of Science och CINAHL

Sökning #	Söksträng	Antal träffar i PubMed	Antal träffar i Web of Science	Antal träffar i CINAHL
Block 1: Population	Migrants OR Immigrants OR Transients OR Refugees OR Asylum Seekers			
Block 2: Ämne	Human Immunodeficiency Virus OR Acquired Immunodeficiency Syndrome OR Sexually Transmitted Diseases OR Sexually Transmitted Infections OR Sexual Health OR Sexuality			
#1	Block 1 AND Block 2	3893	3918	1464
Block 3: Olika typer av interventioner (Jämförelse)	Prevention OR Biomedical Interventions OR Behavioral Interventions OR Structural Interventions OR Education OR Information OR Communication OR Outreach OR Sex Education OR Contraception OR Condom OR Counseling OR Community Programs OR Integration			
#2	(Block 1 AND Block 2) AND Block 3	2694	1638	883
Block 4: Utfallsmått	Effectiveness OR Sexual Violence OR Gender Violence OR Incidence OR Prevalence OR Sexual Partners OR Unprotected Sex OR Unwanted Pregnancy OR Abortion OR Availability OR Accessibility OR Acceptability OR Adaptability OR Knowledge OR Attitude OR Behavior OR Practices OR Stigma OR Discrimination OR Self Efficacy OR Policy OR Cultural Responsiveness			
#3	((Block 1 AND Block 2) AND Block 3)) AND Block 4	2470	1153	731
Block 5: Studiedesign	Experimental Designs OR Longitudinal Study OR Random Assignment OR Randomized Trials OR Control Group OR Evaluation			
#4	((((Block 1 AND Block 2) AND Block 3)) AND Block 3))) AND Block 4	728	177	241

Bilaga 2. Antalet utvalda artiklar för fulltextläsning från sökträffar i PubMed, Web of Science och CINAHL

Databaser	Sökträffar	Utvalda artiklar
PubMed	729	35
Web of Science	177	18
CINAHL	241	22
Total	1147	75

Bilaga 3. Beskrivning av interventionerna i studierna med låg kvalitet

Authors and year	Theory	Target group	Setting	Deliverer	Unit and mode of delivery	Number and duration of session	Incentive	Language
Rios-Ellis et al, 2015	Yes	Underserved Latino in the USA	Community venues	Peer HIV positive and their relatives	Group (interactive group education and brochures)	One, 60-90 min	Yes	Spanish/English
Galvan et al, 2015	None	Migrant and Returnee men in Mexico	Migrant shelters	Lecturer, peer, pamphlets	Group (group lecture, peer education and pamphlet)	One 30 min (peer), one 5h lecture	Unclear	Spanish
Takahashi et al, 2013	Yes	Chinese massage parlor worker women in the USA	Health center	Chinese female facilitators	Group (educational session and distribution of safe sex kits and information about free anonymous HIV testing)	Two 3 h (intervention), one 2 h (control)	Yes	Mandarin/Cantonese
Chen et al, 2013	Yes	Hmong residents in the USA	Homes	Lay health workers	Individual (educational sessions and navigation services through home visits)	One 45 min	Yes	Hmong/English
Drummond et al 2011	None	West African Refugees in Australia	Community hall	Peer educators	Group (workshops)	Unclear	Yes	English
Vega et al, 2011	Yes	Latino gay men in the USA	CBOs	Bilingual program staff	Group (exposition and discussion)	5 sessions of unclear duration in 5 weeks	Yes	Spanish/English
Martinez-Donate et al, 2010	Yes	Latino MSM who identify themselves as heterosexual in the USA	Community venues	Media	Community (mixed campaign)	7 months	Yes	Spanish
Taylor et al, 2009b	None	Chinese immigrants ESL students in Canada	CBO ESL schools	ESL teachers	Group (class sessions)	Three hours session	Yes	Mandarin/Cantonese
Bertens et al, 2008	Yes	Afro-Caribbean women in the Netherlands	Homes	Peer health educators	Group (Group interaction and discussion)	Five sessions, unclear duration but with measurements before and after intervention	Yes	Antillean/Surinamese

Authors and year	Theory	Target group	Setting	Deliverer	Unit and mode of delivery	Number and duration of session	Incentive	Language
Martin et al, 2005	None	Latino Migrants in the USA	Homes and Community venues	Peer community health workers	Individual/ Group (education session)		Unclear	Spanish
Peragallo et al, 2005	Yes	Low income Latino women in USA	Unclear	Bicultural staff and HIV counselor	Group (hands on activities, role playing, skill demonstration and homework)	Unclear	Unclear	Spanish/ English
Martijn et al, 2004	Yes	Arab speaking migrants in the Netherlands	Refugee shelters	Lay health worker and Professional Health advisor	Group (group lectures and discussions)	One session, 150 min	Unclear	Turkish/ Arabic
Busza et al, 2004	Yes	Vietnamese illegal migrants sex workers in Cambodia	MSF clinics and drop in centers	MSF Clinic staff	Group (participatory education, workshops, skills building)	Unclear	Unclear	Vietnamese
Kocken et al, 2001	Yes	Turkish och Moroccan men in the Netherlands	Cofee houses and mosques	Peer educator	Group(lectures and discussions)	One, 75 min	Unclear	Arabic
Raj et al, 2001	Yes	Hispanic women in the USA	Community center and community clinic	Community health worker	Group (education sessions)	12 sessions, 90 min, 12 weeks	Yes	Spanish
Shtarkshall at al, 1993	None	Ethiopian migrants in Israel	Unclear	Authors	Group (education session)	3 days	Unclear	Hebrew

Bilaga 4. Studiepopulationerna i studierna med låg kvalitet

Authors and year	Number (intervention/control)	Sex: M/F (%)	Age in years	Country of origin (%)	Length of stay in years (%)
Rios-Ellis et al, 2015	579 (N/A)	43/57	25-44	Foreign born (55), mainly Mexico (97)	14.8 ± 11.8
Gavlan et al, 2013	536(201/201/134)	100/-	18-25	Mexico (69.2) of which 71.6% returnees, Honduras, Guatemala, el Salvador and Nicaragua (30.8)	9.3 ± 7.9
Takahashi et al, 2013	200 (101/99))	-/100	20-74	China	Unclear
Chen et al, 2013	260 (123/123)	40/60	18-64	Laos (73.1), Thailand (21.5)	≤ 10 (37.9), > 10 (62.1)
Drummond et al, 2011	58 (N/A)	22/78	16-67	Sierra Leone (-) Liberia (-)	Unclear
Vega et al, 2011	130(N/A)	130/-	20-62	Central (12) and South (47) America, Puerto Rico (22), Dominican Republic (19)	-
Martinez-Donate et al, 2010	1763(N/A)	100/-	27-30	Mexico (80), USA (6.7), Other (13.3)	< 1 (25-51) 1-5 (14-31) >5 (31-44)
Taylor et al, 2009	325 (141/157)	30/67		China (85.6) Other: (14..4)	< 2 (44.9) ≥ 2 (49.8)
Bertens et al, 2008	322	-/100	15-71	Caribbean (70)	16.4 ± 11.1
Martin et al,2005	704	36/54	13-69	Mexico (76) Central and South America (10), Puerto Rico (6), Other (1)	-
Peragallo, 2005	657 (404/353)	-/100	18-44	Mexico (89.4) Puerto Rico (10.6)	1-21+
Martijn et al, 2004	Study 1 =75 (N/A) Study 2=36 (18/18)	Study 1: 60/40 Study 2: 100/-	18-33 (study 1) 20-50 (study 2)	Study 1: Turkey (68), Morocco (17.3), Tunisia, Sudan, Iraq (14.6) Study 2: Iraq (100)	-Study 1: < 1(31) ≥ 1(69) Study 2: -
Busza et al, 2004	300 (N/A)	-/100	15-30	Vietnam (100)	-
Kocken et al, 2004	589(N/A)	100/-	18-40+	Turkey (-) Morocco(-)	< 3 (12) > 3 (88)
Raj et al, 2001	162 (42-54-66)	-/100	18-35	Central (13) and South (8) America, Puerto Rico (13), Dominican Republic (55)	-
Shtarkshall at al, 1993	29 (N/A)	76.5/23.5	24-46	Etiopia	6-25

Denna litteraturoversikt kartlägger det aktuella kunskapsläget för hiv- och STI-preventiva insatser som är riktade till migranter i deras värdländer. Ett särskilt fokus är att undersöka om det finns insatser med ett SRHR-perspektiv (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter). Utgångspunkten är Folkhälsomyndighetens uppföljning av arbetet med hivprevention som riktats till migranter enligt den nationella strategin mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. Översikten kan fungera som en utgångspunkt för framtida forskning och som vägledning för det strategiska arbetet inom området.

Beslutsfattare och tjänstemän inom landsting, kommuner, myndigheter, yrkesföreningar och det civila samhällets organisationer kan använda rapporten i sitt arbete. Rapporten kan fungera som stöd för yrkesverksamma som ska prioritera förebyggande insatser, utveckla nya och utvärdera genomförda hiv- och STI-förebyggande insatser som är riktade till migranter i Sverige. Rapporten kan också användas som utgångspunkt för prioritering av forskning.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten

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

www.folkhalsomyndigheten.se