



SEKSUEL SUNDHED I GRØNLAND

- Forebyggelse og implementering

Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab v/Aalborg Universitet

Gruppe 10318

Pia Simonsen Lentz

Aka Franciska Olesen

Marlene Hartmann Hansen

Vejleder: Kirsten Schultz Petersen

Antal anslag: 280.679

Afleveringsdato: 06.06.2019

Forord

Følgende speciale adresseres til det grønlandske Departement for Sundhed. Specialet er udarbejdet gennem Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab og skal anses som et bidrag til forandring af det kommende folkesundhedsprogram Inuuneritta III. Specialet er udfærdiget i perioden fra 1. februar til 6. juni 2019.

En stor tak skal lyde til specialets vejleder Kirsten Schultz Petersen for god og konstruktiv vejledning. Vejleder har bidraget til en refleksionsproces gennem specialet, hvor gruppen er blevet støttet og udfordret gennem hele forløbet, hvilket har medført en positiv læringsproces.

Ydermere takkes familie og venner for omsorg og støtte gennem processen.

Rigtig god læselyst

Med venlig hilsen

Pia Simonsen Lentz

Aka-Franciska Olesen

Marlene Hartmann Hansen

Læsevejledning

Dette speciale i Kandidatuddannelsen Folkesundhedsvidenskab, er struktureret med udgangspunkt i Aalborg-Modellen, som relaterer sig til problembaseret projektarbejde på Aalborg Universitet. Aalborg-Modellen angives ved følgende figur og illustrerer specialets opbygning.

Afsnit 1.0 Initierende problem, angiver specialets problemstilling.

Afsnit 2.0 Problemanalyse, indeholder en problematisering samt indledende analyse af specialets problemstilling hvilket medvirker til en konkretisering af en afgrænsning.

Afsnit 4.0 Problemformulering, angiver specialets problemformulering samt tilhørende forskningsspørgsmål.

Afsnit 5.0 – 9.3 indeholder specialets problembearbejdning hvor styringsmodel for metode, forskningsparadigme indeholdende specialets videnskabsteoretiske position, den teoretiske referenceramme, beskrivelse af valgte metoder, præsentation af resultater samt analyse af empiri.

Afsnit 9.4 indeholder specialets forandringsbidrag på baggrund af den samlede analyse.

Afsnit 10.0 - 11.0 omhandler specialets resultatdiskussion samt diskussion af metoder hvor styrker og begrænsninger ekspliciteres.

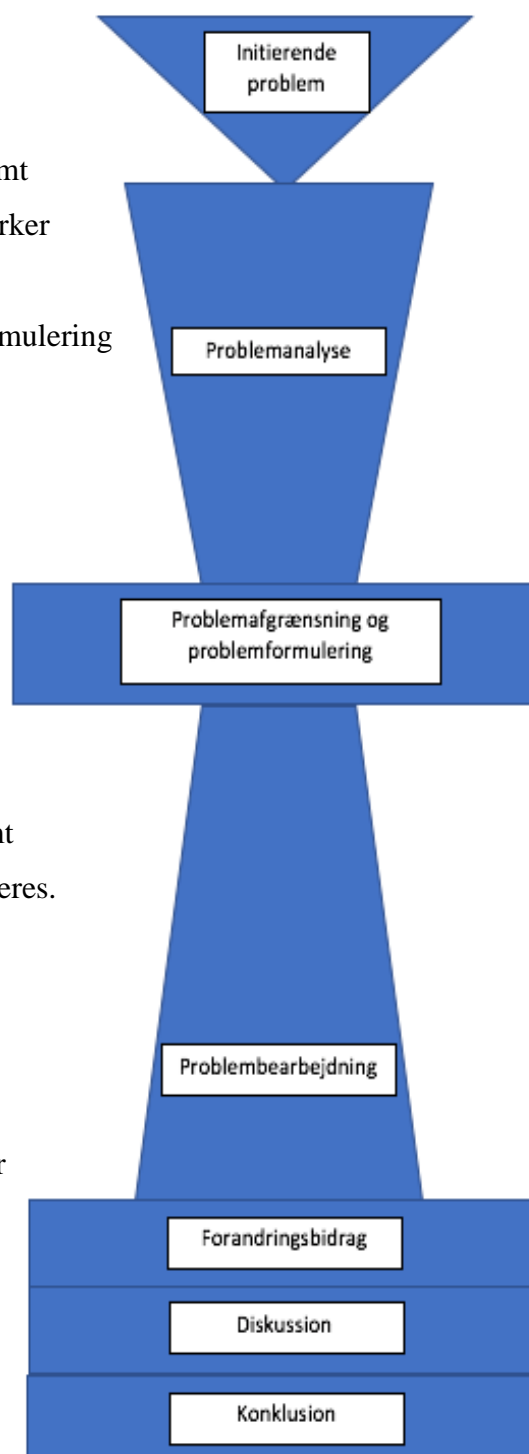
Afsnit 12 angiver specialets konklusion som indeholder en konkret besvarelse af problemformuleringen.

Gennem specialet er anvendte begreber refereret som anført af forfatterne, der vil dermed figurere flere engelske betegnelser for teoretiske begreber.

Gennem analysen er citater fra udvalgte dokumenter citeret ordret, trods fund af flere grammatiske fejl.

Anvendt referencehåndteringsprogram: Mendeley.

Anvendt referencesystem: Vancouver.



Resume

Titel: Seksuel sundhed i Grønland - Forebyggelse og implementering.

Baggrund: Problemstillinger relateret til seksuel sundhed udgør et folkesundhedsmæssigt problem i Grønland i form af en stigende incidens ved seksuelt overførte infektioner, høj abortrate, lav seksuel debutalder og et stort antal som angiver manglende medbestemmelse ved seksuelt samvær. Der eksisterer på nuværende tidspunkt ingen nationale målsætninger for forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland.

Formål: Formålet var at undersøge, hvordan seksuel sundhed forbedres på baggrund af en forandring af forebyggende sundhedsstrategier, således at problemstillingerne relateret til seksuel sundhed forebygges.

Metode: En systematisk litteratursøgning blev udført i databaserne PubMed, Embase, Cinahl, Cochrane, Sociological Abstracts og ProQuest. Efterfølgende en dokumentanalyse af udvalgte dokumenter i form af grønlandske folkesundhedsprogrammer og dertilhørende midtvejsevalueringer, med anvendelse af tematisk analyse strategi. Teoretisk inddragelse af den Socio-økologiske model af Dahlgren og Whitehead fra 1991, teori om forebyggelsesstrategier af Rose fra 2001, implementeringsteori af Fixsen fra 2005 og 2015 og forandringsteori af Leavitt fra 1965.

Resultater: Ved den systematiske litteratursøgning blev der identificeret fem relevante artikler. Dokumentanalysen genererede fire temaer i form af udfordringer i forhold til en succesfuld implementering af seksuel sundhed i det kommende folkesundhedsprogram. Der er udledt udfordringer i form af ledelsesmæssige udfordringer, organisatoriske udfordringer, ustabil personalsituation og manglende monitorering og evaluering, samt udfordringer i form af anvendelse af ensartet forebyggelsesstrategi.

Konklusion: Der er behov for, at seksuel sundhed inkluderes som fokusområde i det grønlandske Folkesundhedsprogram Inuuneritta III, med fem anbefalinger til implementering af forebyggelsesstrategier rettet mod problemstillingerne i relation til seksuel sundhed ved; 1: Bedre koordinering mellem de organisatoriske niveauer i den grønlandske sundhedsorganisation. 2: Inuuneritta III suppleres med retningsangivende dokumenter. 3: Større fokus på monitorering og evaluering. 4: Øget fokus på kombination af forebyggelsesstrategier. 5: Øget fokus på aktører i den forebyggende indsats.

Der konkluderes yderligere, at der til hver af de fem ovenstående anbefalinger konsekvent tages højde for kulturelle og kontekstuelle betingelser ved implementeringen af forebyggelsesstrategierne.

Abstract

Title: Sexual Health in Greenland - Prevention and implementation

Background: Problems related to sexual health constitute a public health problem in Greenland with an increasing incidence of sexual transmitted infections, a high number of abortions, low sexual onset age, and a large number who reports lack of co-determination in sexual intercourse. There are currently no national targets for preventing the issues related to sexual health in Greenland.

Objective: The aim of the study was to investigate, how sexual health is improved based on change in existing preventive health strategies, based on change of preventive health strategies, with the aim to prevent problems related to sexual health.

Method: A systematic search was performed in the databases PubMed, Embase, Cinahl, Cochrane, Sociological Abstracts and ProQuest. Furthermore, a document analysis was performed of selected Greenlandic Public Health Programs and related mid-term evaluations, using a thematic analysis strategy. Theoretical use of the Socio-ecological Model by Dahlgren and Whitehead from 1991, Theory of prevention strategies by Rose from 2001, Implementation Theory by Fixsen from 2005 and 2015, and Theory of change by Leavitt from 1965.

Results: In the systematic literature search, five relevant articles were identified. The document analysis generated four themes in the form of challenges in relation to successful implementation of sexual health in the upcoming Public Health Program. The themes identified challenges in relation to dealing with managerial challenges, organizational challenges, unstable staff situations and lack of monitoring and evaluation as well as challenges with the use of uniform prevention strategy.

Conclusion: Sexual health need to be included in the Greenlandic Public Health Program Inuuneritta III, with recommendations for implementation of prevention strategies regards sexual health. 1: Improved coordination between organizational levels in the Greenlandic health organization. 2: Supplement of directional documents to Inuuneritta III. 3: Improved focus on monitoring and evaluation. 4: Increased focus on combination of prevention strategies. 5: Increased focus on actors in preventive action. It further concludes that each of the five recommendations consistently considers cultural and contextual conditions at the implementation of prevention strategies.

Indhold

1.0 Initierende problem	8
2.0 Problemanalyse	9
2.1 Forståelse af seksuel sundhed i Grønland	9
2.1.1 Seksuelt overførte infektioner som problemstilling for seksuel sundhed.....	11
2.1.2 Seksuel debutalder som problemstilling for seksuel sundhed	12
2.1.3 Manglende medbestemmelse ved seksuelt samvær som problemstilling for seksuel sundhed	13
2.1.4 Høj forekomst af uplanlagte graviditeter som problemstilling for seksuel sundhed	14
2.1.5 Målgruppe.....	15
2.1.6 Lav seksuel sundhed som et folkesundhedsmæssigt problem.....	15
2.2 Hvad determinerer seksuel sundhed i Grønland.....	16
2.2.1 Individets adfærd som årsagsforklaring for seksuel sundhed.....	17
2.2.2 Kultur og modernisering i Grønland som årsagsforklaring for seksuel sundhed	17
2.3 Den grønlandske velfærdsmodels indflydelse på seksuel sundhed i Grønland.....	20
2.4 Tiltag på strukturelt niveau.....	20
2.5 Behov for forebyggelse af seksuel sundhed i Grønland	21
3.0 Afgrænsning.....	23
4.0 Problemformulering	24
4.1 Operationalisering af problemformulering og forskningsspørgsmål	24
5.0 Maxwells interaktive model.....	25
6.0 Forskningsparadigme og forskningstype	27
6.1 Hermeneutik	28
6.1.1 Metodehermeneutik	28
6.2 Forforståelse	29
7.0 Teoretisk referenceramme.....	30
7.1 Opfattelse af teori	30
7.2 Anvendt teori.....	31
7.2.1 Implementeringsteori af Fixsen	31
7.2.2 Den Socio-økologiske model af Dahlgren og Whitehead	36
7.2.3 Teori om forebyggelsesstrategier af Rose	37
7.2.4 Forandringsteori - Leavitts systemmodel	38

8.0 Metode	40
8.1 Litteraturstudie	40
8.1.1 Indledende søgning	41
8.1.3 Systematisk litteratursøgning.....	41
8.1.4 Søgestrategi.....	41
8.1.2. In- og eksklusionskriterier	43
8.1.5 Selektionsproces	45
8.2 Dokumentanalyse	45
8.2.1 Begrundelse for valg af dokumenter.....	46
8.2.2 Organiseringen af det forebyggende arbejde	49
8.2.3 Tematisk analysestrategi med udgangspunkt i Braun og Clarke.....	51
9.0 Resultater og analyse	56
9.1 Systematisk litteratursøgning	56
9.1.1 Syntese af resultaterne ud fra udvalgte artikler	58
9.2 Resultater fra dokumentanalysen	65
9.2.1 Indledning til dokumentanalysen.....	65
9.2.2 Samlede resultater af dokumentanalysen.....	66
9.2.3 Tema 1 - Ledelsesmæssige udfordringer for implementering.....	68
9.2.4 Tema 2 - Organisatoriske udfordringer for implementering	74
9.2.3 Tema 3 - Ulighed som udfordring for implementering	86
9.2.4 Tema 4 - Ensartet forebyggelsesstrategi som udfordring for seksuel sundhed	93
9.3 Forandring af forebyggelsesstrategier med henblik på at forbedre seksuel sundhed i Grønland	100
9.3.1 Planlægning af forandringsbidraget.....	101
9.3.2 Forandringsagenten.....	108
9.3.3 Dynamisk model.....	108
9.4 anbefalinger	108
10.0 Resultatdiskussion.....	112
10.1 Anbefaling 1 - Bedre koordinering mellem de organisatoriske niveauer	112
10.2 Anbefaling 2 - Udarbejdelse af retningsangivende dokumenter	113
10.3 Anbefaling 3 – Større fokus på monitorering og evaluering.....	115
10.4 Anbefaling 4 – Øget fokus på en kombination af forebyggelsesstrategier	115
10.5 Anbefaling 5 - Øget fokus på aktører i den forebyggende indsats	118
10.6 Opsamlende diskussion af forandringsbidraget	119

10.7	Kompleksitet ved forandringsbidraget	119
10.8	Perspektiver på lobbyisme.....	120
10.9	Samfundsøkonomiske overvejelser	120
10.10	Lægmandsperspektivet.....	122
11.0	Metodediskussion.....	123
11.1	Diskussion af Maxwells interaktive model som styringsredskab	124
11.2	Diskussion af den videnskabsteoretiske position	125
11.3	Diskussion af anvendte teoretiske referenceramme	126
11.3.1	Diskussion af Fixsens implementeringsteori	126
11.3.2	Leavitts systemmodel	127
11.3.3	Teori om forebyggelsesstrategi af Rose	127
11.3.4	Den socioøkologiske model af Dahlgren og Whitehead	128
11.4	Diskussion af systematisk litteratursøgning	129
11.5	Diskussion af dokumentanalysen	132
11.5.1	Kvalitetskriterier i dokumentanalyse	132
11.6	Diskussion af analysestrategi	133
12.0	Konklusion.....	134
13.0	References.....	136

1.0 Initierende problem

Seksuel sundhed defineres som et centralt aspekt i menneskets liv, som udledes gennem holdninger, overbevisninger og adfærd i relationer. Her er fravær af seksuelt overførte infektioner samt muligheden for behagelige og sikre seksuelle oplevelser uden tvang, diskrimination og vold centralt (1). I Grønland ses høje forekomster af gonoré og klamydia sammenlignet med andre arktiske lande som Alaska og nordlige territorier i Canada (2). Sammenlignet med Danmark, er den årlige incidens af gonoré 52,3 gange højere og for klamydia 16,1 gange højere end i Grønland (3). Den gennemsnitlige alder for seksuel debut i Grønland er 14 år (3). Til sammenligning er denne i Danmark 16 år (4). Ved ufrivilligt seksuelt samvær angives, at 25% af de grønlandske unge i aldersgruppen 8-14 år samt 33% af aldersgruppen 18-24 år, udtrykker manglende medbestemmelse ved seksuelt samvær (5), hvilket kan indikere, at der kan være tale om usikre seksuelle oplevelser samt brug af tvang. Seksuel sundhed afspejles ligeledes i antallet af uønskede graviditeter, hvor der i gennemsnit foretages to aborter pr. grønlandsk kvinde. Sammenlignet med Danmark er dette tal 0,44 aborter pr. danske kvinde (6). Ydermere er forekomsten af aborter i Grønland på niveau med det årlige grønlandske fødselstal (7). Ovennævnte problemstillinger har biologiske og psyko-sociale konsekvenser såsom infertilitet, blødningsforstyrrelser og kroniske underlivssmerter samt øget selvmordsrisiko, angsttilstande, depression, forbrug af rusmidler og manglende evne til at gennemføre en uddannelse og fastholde et job (2,5,7-9). Sundhedsmæssige udfordringer blandt befolkningen kan udgøre en folkesundhedsmæssig problematik (10). Konsekvenserne af nævnte problemstillinger i relation til seksuel sundhed i Grønland, anses dermed som en folkesundhedsmæssig problematik. Imidlertid er forebyggelse i relation til seksuel sundhed ikke inkluderet i det nuværende grønlandske folkesundhedsprogram, Inuuneritta II (11). I henhold til dette, eksisterer der et behov for øget fokus på forebyggelse i relation til seksuel sundhed i Grønland

2.0 Problemanalyse

I det følgende analyseres begrebet seksuel sundhed med baggrund i Verdenssundhedsorganisationens (WHO) definition, samt professor i seksuel og reproduktiv sundhed Kaye Wellings (Wellings), beskrivelse af seksuel sundhed (1,12,13). Wellings fremhæver fire fokusområder, hvor seksuel sundhed kan forbedres gennem interventioner. Med inspiration i disse fire fokusområder vil der i det følgende blive fremanalyseret en række problemstillinger relateret til seksuel sundhed i Grønland, som samlet skal bidrage til en forståelse af, hvilke udfordringer der eksisterer for seksuel sundhed i Grønland.

Efter at have identificeret og beskrevet problemstillinger for seksuel sundhed, som ses særligt relevante i Grønland som argumentation for, at seksuel sundhed er udfordret, vil mulige årsagsforklaringer, som influerer på seksuel sundhed i Grønland, blive fremanalyseret. Dette for at identificere, hvad der determinerer seksuel sundhed i Grønland. Her anvendes den Socio-økologiske model fra 1991 af Göran Dahlgren og Margaret Whitehead (Dahlgren og Whitehead), begge professorer i Folkesundhed (14). Modellen anvendes som “dåseåbner” (15), til at analysere problematikken i forhold til seksuel sundhed.

2.1 Forståelse af seksuel sundhed i Grønland

Et tilfredsstillende seksualliv har flere sundhedsmæssige fordele. Disse fordele ses i tilknytning til en positiv indflydelse på fysisk, psykisk, emotionel og social sundhed, som samlet øger livskvaliteten og livslængden hos individet (16). En samlet god seksuel sundhed hos befolkningen er en gevinst for både individet såvel som for samfundet. Omvendt kan det modsatte gøre sig gældende såfremt de rette betingelser for seksuel sundhed ikke er tilstede (17). For at forstå begrebet seksuel sundhed vil begrebet blive belyst ud fra WHO's definition af seksuel sundhed.

WHO arbejder med seksualitet som en forudsætning for seksuel sundhed. Hvor seksualitet beskrives som et centralt aspekt i menneskets liv, der indbefatter og relaterer sig til individets kønsidentitet og rolle, der udledes gennem holdninger, overbevisninger, reproduktion og adfærd i relationer. Ydermere kan seksualitet påvirkes af flere kontekstuelle faktorer, eksempelvis gennem samspillet mellem de politiske, kulturelle, juridiske, biologiske, psykologiske og sociale faktorer der er til stede i samfundet (1). Med udgangspunkt i denne operationalisering af seksualitet, definerer WHO seksuel sundhed som følgende:

“...a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.” (1).

Af dette kan udledes, at seksuel sundhed skal anses som en tilstand af fysisk, mental og social trivsel hos det enkelte individ. Definitionen orienterer sig om, at seksuel sundhed ligeledes er mere end fravær af sygdom, men omfatter også positive seksuelle oplevelser, fri for tvang, diskrimination og vold. Derudover er fokus rettet mod nydelse ved seksuelle oplevelser.

Wellings problematiserer WHO's definition på seksuel sundhed som en mangelfuld definition, hvor ønsket om en tilstand af fysisk, mental og social trivsel kan anses som vanskeligt at opnå, definere og måle (12). Imidlertid anvendes WHO's definition af seksuel sundhed i international litteratur til trods for, at definitionen ikke har opnået international anerkendelse (12). Graugaard et. al beskriver WHO's definition som et bio-psyko-socialt perspektiv på seksuel sundhed, hvor seksualitet skal forstås som mere end blot sex og samleje (17). Der konkluderes, at WHO anlægger et mangfoldigt syn på seksualitet, hvor rekreative og relationelle aspekter tillægges større betydning end forplantningsfunktionen (17).

Wellings anlægger ligeledes et bio-psyko-socialt perspektiv på seksuel sundhed og beskriver fire fokuspunkter; *sexually transmitted infections, unplanned pregnancy, sexual violence* og *sexual function, pleasure and satisfaction* som er grundlag for at udvikle interventioner med henblik på at fremme den seksuelle sundhed internationalt (12).

Med inspiration i disse fokuspunkter defineret af Wellings, som udtryk for seksuel sundhed, er der udvalgt fire problemstillinger for seksuel sundhed som anvendes til at tydeliggøre, hvilke udfordringer der ses i relation til seksuel sundhed i Grønland. De følgende udvalgte problemstillinger skaber ligeledes sammenhæng til WHO's definition af seksuel sundhed, hvormed flere forståelser af seksuel sundhed inkluderes. Problemstillinger i relation til seksuel sundhed vil i det følgende vil blive præsenteret og analyseret for at belyse, hvordan disse kan påvirke folkesundheden i Grønland.

2.1.1 Seksuelt overførte infektioner som problemstilling for seksuel sundhed

Ud fra et biomedicinsk perspektiv på seksuel sundhed, kan forekomsten af seksuelt overførte infektioner anses som en problemstilling i relation til seksuel sundhed i Grønland. I aldersgruppen 15-59 år er den årlige incidens af tilfælde af gonoré opgjort til 32,4 positive laboratorieprøver pr. 1000 indbyggere i Grønland, heraf ses den største forekomst hos unge i alderen 15-29 år (18). Historisk ses en stigning i incidens af gonoré i Grønland indtil 1990 (19), hvor der blev indført venerea-klinikker til behandling af blandt andet gonoré. Herefter er der rapporteret om en markant reduktion af tilfælde af gonoré. I perioden 2000-2014 er flere af de førnævnte klinikker blevet nedlagt og der ses nu igen stigende incidens af tilfælde af gonoré blandt den grønlandske befolkning (19). Denne incidens kan sammenlignes med den årlige incidens af tilfælde af gonoré i Danmark, hvor der senest er registreret 0,62 tilfælde pr. 1000 indbyggere (20).

Gonoré udgør sammen med klamydia den største forekomst af seksuelt overførte infektioner hos de grønlandske unge i alderen 15-24 år (21,22). Incidens af tilfælde med klamydia i Grønland adskiller sig ligeledes fra danske forhold. Aflæst i Landslægeembedets årsrapport for *Gonoré og Chlamydia i Grønland 2017* (18) I Grønland var der i 2017, 92,0 tilfælde af klamydia pr. 1000 indbyggere, mens tilfældene af klamydia i Danmark udgjorde 5,7 tilfælde pr. 1000 indbyggere (20). Her ses ligeledes den højeste forekomst hos de grønlandske unge mellem 15 og 29 år (22). Der ses dermed en højere forekomst af seksuelt overførte infektioner blandt den grønlandske befolkning sammenlignet med den danske. Ligeledes ses der stigning i tilfælde af syfilis, som gennem mange år er blevet anset som værende udryddet, til senest i 2018 at omfatte 2,2 tilfælde pr. 1000 indbyggere (22). Disse tal bevidner om en forholdsvis høj incidens af seksuelt overførte infektioner i Grønland. Den høje incidens af seksuelt overførte infektioner kan have vidtstrakte konsekvenser samt alvorlige følgere for livskvaliteten hos den enkelte. For både mænd og kvinder kan ubehandlede infektioner føre til infertilitet. Særligt kan kvinder i den reproduktive alder opleve komplikationer som kroniske betændelsestilstande i underlivet, kroniske underlivssmerter og ekstrauterine graviditeter (12). I tilfælde af syfilis, kan ubehandlede infektioner føre til alvorlige neurologiske sygdomme samt hjerte-karsygdomme (23). Særligt udgør ubehandlet klamydia og gonoré risiko for ovenstående komplikationer, grundet infektionernes ofte asymptomatiske karakter, hvilket kan betyde, at et stort antal mennesker kan være inficerede uden at være bevidste herom (9,23).

2.1.2 Seksuel debutalder som problemstilling for seksuel sundhed

WHO tydeliggør i definitionen af seksuel sundhed, at seksuel sundhed udgør mere end fravær af seksuelt overførte infektioner (1). En sund seksualitet omfatter ligeledes behagelige og sikre seksuelle oplevelser, samt seksuelle forhold uden brug af tvang, diskrimination og vold (1). Hvorledes behagelige og sikre seksuelle oplevelser skal opfattes må forstås ud fra en subjektiv vurdering. Imidlertid argumenteres der for, at en tidlig seksuel debut kan være en indikator for en fremadrettet seksuel risikoadfærd hos unge, hvilket ses som en konsekvens ved oplevelse af overskridelse af kropslig grænse ved tidlig seksuel debut. Dette begrundes med, at den unge ikke er tilstrækkelig mentalt bevidst om egen seksualitet (24). Her adskiller de grønlandske unge sig fra andre unge i Europa ved at have en tidlig seksuel debutalder (25). Johansen et al. angiver, at den gennemsnitlige debutalder i Grønland er 14 år, hvilket har været forholdsvis konstant de sidste 20 år (21). Christensen og Baviskar fra 2015 finder gennem et survey af 151 grønlandske unge, at 53% af kvinderne og 29% af mændene havde seksuel debut inden de var fyldt 15 år. Sammenlignes dette med Danmark, så har 20% af de danske unge haft seksuel debut før 15-års alderen (24) og den gennemsnitlige seksuel debutalder er 16 år (4). Niclasen og Arnfjord fra 2010 argumenterer for, at tidlig seksuel debutalder kan have en sammenhæng med den høje forekomst af seksuelt overførte infektioner i Grønland (25). Samtidig beskrives det, at 10% af fødslerne i Grønland er af mødre under 20 år, hvilket ligeledes anses som en konsekvens af tidlig seksuel debutalder (26). Ud fra et folkesundhedsmæssigt perspektiv, kan der ikke argumenteres for, at en tidlig seksuel debutalder er en folkesundhedsmæssige problematik. Imidlertid viser studier, at tidlig seksuel debutalder kan medvirke til en seksuel risikoadfærd som kan resultere i seksuelt overførte infektioner samt overskridelse af kropslige grænser (24). Ifølge Graugaard et. al er sundhed og trivsel forbundet med seksualitet (17). Er individets sundhed og trivsel udfordret gennem seksuel risikoadfærd, kan dette anses som indflydelse på individets sundhed og trivsel og dermed anskues risikoadfærden som en folkesundhedsmæssig problematik.

2.1.3 Manglende medbestemmelse ved seksuelt samvær som problemstilling for seksuel sundhed

Seksuelt sundhed forudsætter ligeledes, at seksuelt samvær sker uden brug af tvang (1). Seksuelt samvær mod den anden parts vilje er kriminelt (27). Ligeledes er indført seksuel lavalder på 15 år, som beskytter unge og seksuelt uerfarne mod ældre og seksuelt erfarne personer (27). Christensen og Baviskar fra 2015 har i en undersøgelse adspurgt, hvem der var beslutningstager til seksuelt samvær. Her angiver 25% af de unge i aldersgruppen 8-14 år, at de ikke var medbestemmende om, hvorvidt de ønskede at deltage i seksuelt samvær. Det samme er gældende ved aldersgruppen 18-24 år, hvor 33% angiver, at seksuelt samvær var besluttet af andre (5). Der angives, at beslutningstageren oftest var den unges kæreste, men i enkelte tilfælde er der rapporteret, at seksuelt samvær blev besluttet af familiemedlemmer eller andre voksne (5). Lignende dansk undersøgelse viser, at 5,1% af de danske unge har følt sig presset til seksuelt samvær af sin partner og 1,8% af de unge angiver, at pres fra venner var årsag til debut af seksuelt samvær (28). Ifølge Christensen og Baviskar fra 2015 kan det indikere, at de unge bliver udsat for et pres til seksuelt samvær. Henføres dette til WHO's definition af seksuel sundhed, med henblik på seksuelt samvær uden brug af tvang (1), kan der argumenteres for, at seksuel sundhed i Grønland udfordres ved, at en større andel grønlandske unge oplever pres fra andre til seksuelt samvær.

Et oplevet pres til seksuelt samvær angives dog ikke som et seksuelt overgreb (28). Et seksuelt overgreb kan have alvorlige konsekvenser for den enkelte såvel som for samfundet i form af eksempelvis nedsat livskvalitet, hvor særligt senfølger ses som psykiske lidelser, eksempelvis posttraumatisk stress syndrom, angst og depression, samt somatiske lidelser som kroniske smerter (28,29). I Grønland eksisterer på nuværende tidspunkt flere igangværende sociale og sundhedsmæssige indsatser med henblik på at forebygge overgreb af seksuel karakter (30,31). I 2018 udkom forebyggelsesstrategierne: *Killiliisa - lad os sætte grænser*, udgivet af Selvstyret (31). Samt *Nakuusa* som har til formål at styrke børn og unges vilkår og rettigheder (30). I strategierne beskrives blandt andet manglende kendskab til normal seksualitet og grænseløshed blandt børn, unge og voksne. Det er derfor påpeget, at normerne for normal seksualitet, heriblandt grænsesætning, skal fremmes gennem forebyggende initiativer i samarbejde mellem sundheds-, social- og uddannelsesområdet (30,31). Med vished om seksuel overgrebs konsekvenser for det enkelte individ, afgrænses der fra yderligere inddragelse af den kriminelle handling ved seksuelle overgreb. I denne kontekst vil fokus i stedet være rettet mod, hvorledes problemstillingen med pres til seksuelt samvær forebygges.

2.1.4 Høj forekomst af uplanlagte graviditeter som problemstilling for seksuel sundhed

Reproduktion er ikke specifikt inkluderet som begreb i definitionen af seksuel sundhed, men indgår i WHO's definition på seksualitet, som er en forudsætning for seksuel sundhed. Ligeledes indgår reproduktion som et aspekt i rettigheder i relation til seksuel sundhed defineret af WHO (1). Seksuel sundhed i Grønland vil slutteligt blive afspejlet i forekomsten af uplanlagte graviditeter, hvor antallet af provokeret aborter ses som symptom på dette.

I tidsskriftet INUSSUK- Arktisk forskningsjournal, udgivet af Grønlands Selvstyre påpeges det, at mange uplanlagte graviditeter udgør et betydeligt samfundsproblem, uanset om man vælger at gennemføre graviditeten eller får foretaget en provokeret abort (32). Det påpeges ligeledes, at et abortindgreb kan være behæftet med fysiske og psykiske komplikationer både for kvinden, men også for hendes familie. I 2016 blev der foretaget 855 aborter i Grønland. Disse blev primært foretaget på kvinder i aldersgruppen 18-24 år (6). Sammenholdes dette med fødselstallet i Grønland samme år på 854 børn, tydeliggøres det, at forekomsten af aborter på baggrund af en uønsket graviditet er på højde med antallet af fødsler (33). Homøe et al. beskriver ligeledes abortproblematikken med, at der gennemsnitligt foretages to aborter pr. grønlandsk kvinde i den fertile alder (7). Til sammenligning er dette tal i Danmark 0,44 aborter pr. danske kvinde (6). Homøe et al. fremstiller i artiklen en undren i forhold til, hvorvidt antallet af uønskede graviditeter er et udtryk for manglende konsekvent brug af prævention, samt et misforhold mellem, hvilken viden kvinder har om prævention og hvad samfundet finder relevant at informere om (7). Det grønlandske sundhedsvæsen har i lighed med det danske sundhedsvæsen, indført fri abort indtil 12. graviditetsuge (34). Dermed er muligheden for at afbryde en graviditet frit tilgængelig. Alligevel argumenterer Homøe et al. for, at antallet af provokerede aborter er en problemstilling i relation til seksuel sundhed i Grønland (7). Heraf kan udledes, med udgangspunkt i WHO's definition på seksuel sundhed, at seksuel sundhed ikke udelukkende kan ses ud fra et biomedicinsk perspektiv.

Høje forekomster af uplanlagte og uønskede graviditeter problematiseres ligeledes af Glasier og Wellings fra 2012 som angiver, at uplanlagte graviditeter kan have negative konsekvenser for kvinder, grundet risiko for begrænsning af uddannelses- og karrieremuligheder (35). Dette kan dermed ud fra et folkesundhedsmæssigt perspektiv, anses som en samfundsmæssig gevinst at reducere uplanlagte graviditeter (35).

2.1.5 Målgruppe

Ud fra ovenstående præsentation af de fire problemstillinger i relation til seksuel sundhed i Grønland ses det, at det primært er den unge del af befolkning som oplever problemstillinger som kan indikere lav seksuel sundhed. Eksempelvis ses tidlig seksuel debutalder på 14 år, højeste forekomster af seksuel overførte infektioner for grønlandske unge mellem 15 og 29 år, høj forekomst af uplanlagte graviditeter blandt unge i alderen 18-24-årige, samt at der i aldersgruppen 8-24 år er flest unge som oplever pres til seksuelt samvær. De unge anses dermed i større risiko for at opleve lav seksuel sundhed i kraft af de fire ovenstående problemstillinger. Der vil dermed anlægges et perspektiv, hvor forebyggende sundhedsstrategier primært målrettes grønlandske unge i aldersgruppen 14-29 år.

2.1.6 Lav seksuel sundhed som et folkesundhedsmæssigt problem

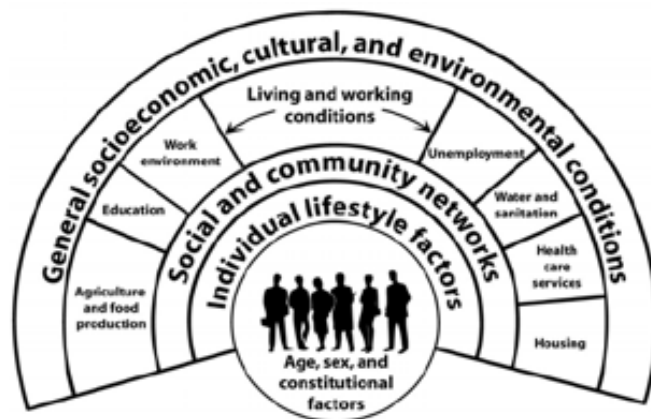
Ved generel forebyggelse i relation til seksuel sundhed ses ofte fokus på de ovenstående fire problemstillinger. Imidlertid kan seksuel sundhed ses ud fra et bredere sundhedsperspektiv. Graugaard et. al beretter om studier som viser, at 90% af 16-95-årige ønsker at prioritere et godt sexliv (17). Derved kan et godt sexliv ses forbundet med sundhed og trivsel. Et godt sexliv kan her forudsætte, at der tages højde for de fire fremanalyseret problemstillinger i relation til seksuel sundhed. Et godt sexliv indbefatter dermed i dette tilfælde, ingen seksuelt overførte infektioner, en seksuel debutalder, hvor individet er mentalt parat til at indgå i et seksuelt samvær, at individet er medbestemmende ved seksuelt samvær, samt at graviditet er ønsket. Dette stemmer dermed overens med WHO's definition af seksuel sundhed. Det er uvist, hvorvidt ovenstående prioritering i forhold til et godt sexliv ligeledes er gældende blandt de grønlandske unge mellem 14 og 29 år, men i kraft af de fremanalyserede problemstillingers aktualitet og relevans i Grønland kan der argumenteres for, at de fire problemstillinger udgør en folkesundhedsmæssig problematik i Grønland.

De fire problemstillinger kan sammenholdes med Wellings teoretisering af seksualitet ud fra henholdsvis det essentialistiske og det socialkonstruktivistiske perspektiv (12). Ved det essentialistiske perspektiv refererer Wellings til, at seksualitet er medfødt og bestemmes af instinktive og biologiske faktorer (12). Miljømæssige faktorer kan dog give anledning til variation i seksualiteten (12). Det socialkonstruktivistiske perspektiv anser seksualitet som formet af kulturelle og sociale normer (12) og dermed i højere grad anskues som et produkt af den kontekst som seksualiteten udspiller sig i. Heraf kan udledes, at seksuel sundhed er afhængig af biologiske, sociale og kontekstuelle faktorer, hvilket kan indikere at problemstillingerne i relation til seksuel sundhed kan anses som et komplekst folkesundhedsmæssigt problem.

2.2 Hvad determinerer seksuel sundhed i Grønland

Seksuel sundhed i Grønland anses ud fra ovenstående afsnit 2.1.6. *Lav seksuel sundhed som et folkesundhedsmæssigt problem*, som en kompleks folkesundhedsmæssig problemstilling. Heraf eksisterer der et behov for at fremanalysere, hvilke bagvedliggende årsager der kan ligge til grund for problemstillingerne relateret til seksuel sundhed i Grønland.

For at kunne generere en nuanceret indsigt i seksuel sundheds kompleksitet, anvendes i det følgende den Socio-økologiske model af Dahlgren og Whitehead fra 1991 (14) som analytisk referenceramme. Dette begrundes med, at Dahlgren og Whitehead fra 1991 beskriver, at sociale determinanter, via multiple underliggende faktorer for livsstil, har betydning for individets sundhed (14). Modellen vil derfor, som et analyseredskab med udgangspunkt i en socio-økologisk tilgang, være medvirkende til at identificere, hvilke determinanter der kan påvirke det enkelte individ i forhold til seksuel sundhed. Modellen, som er afbilledet i figur 1: *Den Socio-økologiske model*, illustrerer gennem fire niveauer, essentielle determinanter for individets sundhed.



Figur 1: *Den socio-økologiske model (Dahlgren og Whitehead, 1991).*

Det første niveau angiver generelle betingelser for socio-økonomiske, kulturelle, miljø og kontekstmæssige forhold. Andet niveau skal synliggøre betingelser for individets leve- og arbejdsvilkår, hvor eksempelvis uddannelse og sundhedsydelse indgår. Det tredje niveau skal illustrere sociale relationer individet indgår i, herunder fællesskabet med familien, relation til venner og naboer samt relation til lokalsamfundet. Afslutningsvist, det fjerde niveau som omhandler individuelle livsstilsfaktorer, som skal forklare individets grundlæggende faktorer som alder, køn og

individuelle valg den enkelte træffer i livet, både med hensyn til sundhed og sociale relationer. Modellens opbygning tydeliggør ligeledes, at de forskellige niveauer er indbyrdes afhængige (14). Modellen forsøger dermed at indtænke både individet og de samfundsmæssige faktorer, samt hvorledes samspillet imellem disse, udspringer sig på flere niveauer. Modellen vil derfor i det følgende anvendes til at belyse, hvilke determinanter der kan forklare de beskrevne fire problemstillinger relateret til seksuel sundhed i Grønland.

2.2.1 Individets adfærd som årsagsforklaring for seksuel sundhed

Ud fra den Socio-økologiske model (14), kan det enkelte individ i Grønland anskues ud fra det fjerde niveau, som udgør et selvbestemmende individ der kan træffe valg i relation til egen seksuel sundhed. Med udgangspunkt i det selvbestemmende individ kan autonomibegrebet ud fra Vallgård og Krasnik fra 2016, relatere sig til liberalisme med ideologien om et samfund, hvor den enkelte har frihed til selv af vælge egen adfærd og tilrettelægge eget liv (36). Relateres dette eksempelvis til seksuel debutalder som problemstilling for seksuel sundhed i Grønland, hvor den gennemsnitlige debut for seksuelt samvær er 14 år (3), kan autonomibegrebet underbygge en forståelse af, at den enkelte person har ret og frihed til at vælge, hvornår en seksuel debut skal indtræffe. Dette kan ligeledes underbygge de individuelle valg der træffes i forhold til at dyrke ubeskyttet sex, hvormed der opstår en risiko for uplanlagt graviditet (32) samt en seksuelt overført infektion (3). Ud fra den Socio-økologiske model påvirkes individets adfærd af det tredje niveau (14), som kan medvirke til at forklare det sociale element som determinant for seksuel sundhed i Grønland, både i forbindelse med det fællesskab individet indgår i med familie og venner, men også i relationen med en anden person ved seksuelt samvær. Dahlgren og Whitehead fra 1991 beskriver, at der i nogle grupper og relationer vil være en tilbøjelighed til at træffe valg om egen sundhed i en ringe grad (14). Dette kan underbygges ud fra Dahl et. al. som angiver via en rapport, at udeboende danske unge har en større risikobetonet seksualitet i form af ubeskyttet seksuelt samvær end hjemmeboende unge (24). Ydermere angiver Werdelin at der generelt har været en relativ afslappet tilgang til seksuel adfærd i Grønland i form af flere skiftende partnere (37).

2.2.2 Kultur og modernisering i Grønland som årsagsforklaring for seksuel sundhed

Ifølge Dahlgren og Whitehead fra 1991 refererer det første niveau af den Socio-økologiske model til de strukturelle omgivelser som indkredser individet, og som ifølge modellen, kan være årsagsforklaring for individets sundhedsstatus. I disse strukturelle omgivelser findes politiske,

samfundsmæssige og kulturelle strukturer (14). I det følgende analyseres de strukturelle omgivers betydning for seksuel sundhed i Grønland.

2.2.2.1 Kulturhistorie som årsagsforklaring på seksualiteten hos den grønlandske befolkning

Kulturelt adskiller Grønland sig fra det øvrige rigsfællesskab. Denne forskel tydeliggøres blandt andet gennem de forskellige etniske og kulturelle ophav. Grønlændere hører under betegnelsen Inuit, som er en fællesbetegnelse for den oprindelige arktiske befolkning som kulturelt og genetisk danner slægtskab med de oprindelige befolkninger i Canada og Alaska (38). I inuit-kulturen findes egne sociale normer og verdensopfattelser, som blandt andet bygger på religiøse og spirituelle opfattelser, hvor mennesket anses som en del af naturen (39). Grønlændere er tidligere i historien beskrevet som frimodige og åbne i forhold til kønslige anliggender, og dette var almindelige og selvfølgelige træk i de oprindelige inuitsamfund. Skamfølelse eller forbud i forbindelse med seksuallivet, var ikke tilstede, fraset enkelte spirituelle tabuer som eksempelvis menstruation (2,40). Seksualiteten var endvidere en integreret del af festligheder og sociale sammenkomster i form af lege af seksuel karakter, som lampeslukningslege samt seksuelle elementer i fortællinger, sange og danse (40). Fællesskabet og netværket, havde stor betydning i fangersamfundet og fungerede som en måde at skabe tilknytning til hinanden som kunne øge chancerne for overlevelse. Det var derfor ikke ualmindeligt, at kvinder blev lånt ud til andre mænd både til seksuel nydelse, men også som arbejdskraft (39). Seksualitet og reproduktion kan dermed udledes som et afgørende aspekt for overlevelse i den oprindelige arktiske kultur, grundet høj mortalitet. Fri seksualitet kan derved tolkes som en del af en overlevelsestrategi i denne oprindelige inuitkultur.

2.2.2.2 Moderniseringens påvirkning på kulturen som årsagsforklaring for seksuel sundhed

I Grønland og i øvrige inuitsamfund i Arktis, er der gennem det seneste halve århundrede sket store strukturelle forandringer. Disse samfundsforandringer kan forklares gennem en moderniseringspolitik som blev indført som en konsekvens af koloniernes ophævelse efter 2. verdenskrig, samt ved at Grønland juridisk blev en ligestillet del af Danmark (41). Denne postkoloniale modernisering, som indebar vestliggørelse og urbanisering og derigennem ændrede levevilkår, påpeges som mulig årsagsforklaring for ringe seksuel sundhed blandt inuitbefolkningerne, hvor direkte og indirekte årsager til lav seksuel sundhed kan ses i form af lav socioøkonomisk position, dårlig mentalt sundhed, alkoholmisbrug og som konsekvenser af historiske traumer (2,42,43). Den grønlandske kulturforståelse kan derfor ikke alene anskues ud fra fortidens

oprindelige kultur. Den danske kulturteoretiker Hans Gullestrup (Gullestrup), som har foretaget kulturanalyser i Grønland, har udarbejdet en definition, som kan bidrage med forståelse af begrebet kultur (39). Gullestrups definition beskrives således:

”Kultur er den verdensopfattelse og de værdier, regler, moralværdier og faktisk adfærd – samt de materielle og immaterielle frembringelser og symboler heraf – som mennesket (i en given kontekst og over en given tidsperiode) overtager fra en foregående generation; som de – eventuelt i ændret form – søger at bringe videre til næste generation; og som på en eller anden måde adskiller dem fra mennesker tilhørende andre kulturer.” (Gullestrup, 2007).

Ud fra Gullestrups definition ses det, at kultur videregives gennem generationer, hvormed man ikke kan forkaste en oprindelig kulturs indflydelse på den eksisterende, da kultur lever videre i en forandret udgave. I arbejdet med at forstå kulturens indflydelse på seksuel sundhed, bør man derfor inddrage forrige generationers verdensopfattelser og værdier. Rand beskriver gennem interviews af inuitkvinder i Canada, hvordan kommunikation gennem generationer har indflydelse på seksuel sundhed. Kvinderne fortæller, hvordan kommunikationen har manglet, og at denne mangel har ført til, at unge har haft svært ved at kende til grænser og sunde tilgange til seksualitet (42). Konsekvenser af den hurtige modernisering har været angivet som mulige årsagsforklaringer. Dette ses i forbindelse med, at nye seksuelt overførte infektioner blev udbredt i samfundet. Dette var infektioner som de ældre ikke kendte til. De ældre har derfor ikke følt sig rustet eller kompetente til at guide de unge i forebyggelse af disse, hvoraf denne er udeblevet (42,43). Samtidig har der i inuitsamfund været høj tolerance i forhold til førægteskabeligt seksuelt samvær, til trods for at viden om konsekvenser af seksuelt samvær var sparsomt (42,43). Lignende kvalitative undersøgelser er ikke udarbejdet i Grønland, man må derfor med forsigtighed anvende disse årsagsforklaringer i en grønlandsk kontekst. Den canadiske inuitkultur- og udviklingshistorie, samt problemstillingerne relateret til seksuel sundhed jævnfør afsnit 2.2.2.1 - *Kulturhistorie som årsagsforklaring på seksualiteten hos den grønlandske befolkning*, er sammenlignelig med den grønlandske kultur, hvormed kultur kan anses som en årsagsforklaring, der kan determinere seksuel sundhed i Grønland.

2.3 Den grønlandske velfærdsmodels indflydelse på seksuel sundhed i Grønland

Velfærdssystemet som omgiver individet udgør Staten herunder sundhedsvæsenet (44) og kan anskues som en del af det første niveau i den Socio-økologiske model (14).

Globalt kategoriseres velfærdssystemer i tre kategorier henholdsvis den universelle model, den liberale model og den arbejdsmarkedsorienterede model. Det danske, norske og svenske velfærdssystem er alle i varierende grad opbygget gennem den universelle velfærdsmodel. Her fungerer Staten som hovedansvarlig for befolkningens sundhedstilstand (44). I den universelle velfærdsmodel er målet, at alle borgere har fri og lige adgang til velfærdsydelser, herunder sundhedsvæsenet (44).

Grønland har, i kraft af den danske kolonisering, adapteret den danske velfærdsmodel (45), hvormed velfærd, herunder sundhedsydelser er et offentligt anliggende, hvor alle borgere har samme rettigheder til ydelser, finansieret gennem skattesystemer (46). Dette ekspliciteres ved Landstingsforordningen nr. 15 af 6. november 1997, omhandlende sundhedsvæsenets ydelser §1 stk. 2:

”I tilrettelæggelsen af sit arbejde skal sundhedsvæsenet tilstræbe en ligelig adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset bosted.” (Landstingsforordningen nr. 15 af 6. november 1997).

Heraf fremkommer, at fri og lige adgang til sundhedsydelser udgør en prioritet i den grønlandske sundhedslovgivning, hvilket skaber sammenhæng til den universelle velfærdsmodel. Den lige og frie adgang til sundhedsydelser kan udfordres af den store geografiske adspredelse af befolkningen som eksisterer i Grønland. I forhold til seksuel sundhed i Grønland kan det overvejes, hvorvidt den store geografiske adspredelse af befolkningen kan resultere i en ulighed i seksuel sundhed.

2.4 Tiltag på strukturelt niveau

I Grønland eksisterer enkelte indsatser som har til hensigt at forbedre seksuel sundhed. Her kan nævnes den lovpligtige seksualundervisning i folkeskolerne (47), hvor de ældste klassetrin også indgår i et Dukkeprojekt som er seksual- og præventionsundervisning for unge, administreret af forebyggelsesenheden PAARISA (48). Dette projekt er iværksat med det formål at nedbringe antallet af teenagergraviditeter, seksuelt overførte infektioner, samt øge brugen af prævention (49). Ydermere udleveres der gratis kondomer gennem landets sundhedscentre (50).

Det grønlandske Departement for Sundhed har udviklet folkesundhedsprogrammet Inuuneritta, som har til hensigt at forbedre folkesundheden i Grønland (51). Folkesundhedsprogrammet kan dermed anses som værende en del af det første niveau i Dahlgren og Whiteheads Socio-økologiske model fra 1991 (14). På baggrund af modellen anses folkesundhedsprogrammet derfor som determinant for seksuel sundhed i Grønland.

I 2007 udkom folkesundhedsprogrammet første gang og havde til formål at øge fokus på socialt relaterede sundhedsemner. Fokusområder i folkesundhedsprogrammet var alkohol og vold, selvmord, kost og fysisk aktivitet, rygning samt sexliv. Strategier og mål for seksuel sundhed i Inuuneritta var, at den fremtidige forebyggelse og sundhedsfremme i relation til seksuel sundhed skulle ske gennem strategier med mål om; at seksuel handling skulle være baseret på lyst, gensidighed og fravær af seksuelt overført infektioner, at enhver graviditet skulle være ønsket, og at befolkningens handlekompetencer i forhold til sunde sexvaner skulle fremmes (51). Disse fokuspunkter kan ses at have lighed med de beskrevne problemstillinger i relation til seksuel sundhed i Grønland. De eksisterende nationale strategier og målsætninger for folkesundheden i Grønland er ekspliciteret i det seneste folkesundhedsprogram Inuuneritta II, som er gældende i perioden 2013-2019. Fokusområder i dette folkesundhedsprogram er på faktorerne kost, rygning, alkohol og hash, samt motion (11), hvor der ses, at seksuel sundhed ikke længere er et fokusområde. En udarbejdet midtvejsevaluering af Inuuneritta II, foretaget af Center for Folkesundhed i Grønland og Statens Institut for Folkesundhed i 2017, havde til formål at undersøge determinanter for implementeringsprocessen på tværs af niveauer og sektorer (52). Denne evaluering, viste flere problemer i forhold til implementering og udmøntning af fokusområderne i Inuuneritta II (52).

På baggrund af evalueringen tydeliggøres det, at det ikke er tilstrækkeligt alene at inkludere seksuel sundhed i folkesundhedsprogrammet i den strukturelle forebyggelse af seksuel sundhed, men det tyder på der er flere faktorer relateret til implementeringen som bør inddrages, i forhold til at skabe forandring i samfundet i henhold til seksuel sundhed hos befolkningen.

2.5 Behov for forebyggelse af seksuel sundhed i Grønland

Den ovenstående analyse synliggør, at der i overgangen mellem det tidligere folkesundhedsprogram Inuuneritta og det nuværende Inuuneritta II er truffet valg om prioriteringer med primært fokus på kost, rygning, alkohol og hash, samt motion, hvilket overvejende kan relateres til KRAM-faktorer (11,51,53). Med udgangspunkt i de beskrevne problemstillinger i relation til seksuel sundhed;

seksuelt overførte infektioner, seksuel debutalder, manglende medbestemmelse ved seksuelt samvær og høj forekomst af uplanlagte graviditeter i Grønland kan der argumenteres for, at forebyggelse rettet mod problemstillingerne er nødvendig i et kommende folkesundhedsprogram, hvor nuværende er gældende til udgangen af 2019 og erstattes af Inuuneritta III (54). I denne sammenhæng ses et behov for at afdække, hvilken type forebyggelsesstrategi der kan tilgodese forebyggelsesbehovet i forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed med udgangspunkt i en populationsorienteret forebyggelse (55), der kan bringe en stor nytte for hele befolkningen eller en højrisiko forebyggelsesstrategi (55), der primært har indflydelse på det enkelte individ.

Den Socio-økologiske model af Dahlgren & Whitehead fra 1991, bidrager samfundsteoretisk med sine fire niveauer både på et mikro-, meso- og makroniveau. Hvormed der i ovenstående analyse, af de tre determinanter der medvirker til at årsagsforklare de fire problemstillinger i relation til seksuel sundhed i Grønland, kan anskues en sociologisk dualisme i form af den indbyrdes afhængighed der eksisterer mellem mikro- meso- og makroniveau (56). Herved forstås, at individet påvirkes kulturelt og samfundsmæssigt i relationer, hvor holdninger, overbevisninger og adfærd i forhold til seksuelt samvær kan være medvirkende til, at determinere seksuel sundhed i Grønland. Denne samfundsteoretiske tilgang er essentiel i folkesundhedsøjemed som forståelse af den verden individet lever i. Dette begrundes af Potvin og McQueen fra 2010 med, at folkesundhed skal anskues både biologisk, socialt og psykologisk (57). Dermed kan seksuel sundhed i Grønland ikke blot gribes forebyggelsesmæssigt an fra én vinkel, da sundhed er påvirkelig af de forandringer der kulturelt og samfundsmæssigt konstant eksisterer (58). De fremanalyserede problemstillinger relateret til seksuel sundhed, kan ikke udelukkende tillægges den enkeltes adfærd og livsstil i forbindelse med seksuelt samvær på mikroniveau. Dahlgren og Whitehead fra 1991 beskriver, at individets livsstil er afhængigt af arv, sociale relationer, individets lokalområde samt levevilkår (14). Dermed eksisterer ydermere en indflydelse af flere omkringliggende faktorer i forhold til seksuel sundhed, eksempelvis på makroniveau med en påvirkning fra den grønlandske sundhedspolitik, hvor der i det nuværende folkesundhedsprogram ikke er fokus på seksuel sundhed. Dette kan tale for, at en forebyggelsesstrategi der retter sig mod et bredere perspektiv hos den grønlandske befolkning, hvor der ikke blot er fokus på at definere sundhedspolitiske strategier og målsætninger i folkesundhedsprogrammet, men at der ekspliciteres, hvorledes forebyggelse mod seksuel sundhed konkret skal implementeres.

3.0 Afgrænsning

Der er i ovenstående problemanalyse fremanalyseret, at seksuel sundhed er udfordret i Grønland på baggrund af problemstillinger i relation til seksuelt overførte infektioner, seksuel debutalder, manglende medbestemmelse ved seksuelt samvær samt høj forekomst af uplanlagte graviditeter, som særligt er udbredt blandt de 14-29-årige. Gennem analyse af forskellige årsagsforklaringer som ligger til grund for seksuel sundhed i Grønland, kan det ud fra Dahlgren og Whiteheads model fra 1991 fremhæves, at seksuel sundhed er determineret af faktorer fra forskellige niveauer i den Socio-økologiske model.

Problemanalysen viser en folkesundhedsmæssig prioritering, hvor seksuel sundhed ikke er inkluderet i det seneste folkesundhedsprogram, Inuuneritta II. Gennem midtvejsevaluering af Inuuneritta II er implementeringsprocessen af folkesundhedsprogrammets fokusområder fundet mangelfuld (52).

I relation til ovenstående er der belæg for at undersøge, hvorledes en forebyggende strategi kan implementeres i relation til seksuel sundhed. Departement for Sundhed i Grønland figurerer som beslutningstager af nationale folkesundhedsstrategier, herunder seksuel sundhed. Formålet er dermed at udarbejde et forslag adresseret til Departement for Sundhed i Grønland. Forslaget skal danne grundlag for, hvorledes en implementering af forebyggelsesstrategier kan forandre problemstillinger i relation til seksuel sundhed i Grønland, således at seksuel sundhed forbedres blandt befolkningen.

4.0 Problemformulering

I det følgende præsenteres specialets problemformulering, samt tilhørende forskningsspørgsmål og argumentation for, hvordan disse vil blive besvaret gennem en operationalisering.

Hvordan forbedres seksuel sundhed i Grønland på baggrund af en forandring af forebyggende sundhedsstrategier, således at problemstillingerne i relation til seksuel sundhed forebygges?

Forskningsspørgsmål:

1. Hvilke strategier og indsatser anvendes i internationale studier til forebyggelse af problemstillinger i relation til seksuel sundhed hos unge i aldersgruppen 14 - 29 år?
2. Hvilke udfordringer for seksuel sundhed kan identificeres i udvalgte dokumenter relateret til det grønlandske folkesundhedsprogram?
3. Hvordan kan de identificerede udfordringer imødekommes gennem forandring af strategier og indsatser, således at seksuel sundhed i Grønland forbedres?

4.1 Operationalisering af problemformulering og forskningsspørgsmål

Med fokus på de fire problemstillinger i relation til seksuel sundhed; seksuelt overførte infektioner, tidlig debutalder, manglende medbestemmelse til seksuelt samvær samt høj forekomst af uplanlagte graviditeter, argumenteres der for, gennem de fire niveauer i Dahlgren og Whiteheads Socio-økologiske model fra 1991, hvor der redegøres for mulige årsagsforklaringer (14), at seksuel sundhed i Grønland er udfordret. Igennem problemanalysen identificeres et behov for forandring af den eksisterende forebyggende sundhedsstrategi, med fokus på forbedring af seksuel sundhed for befolkningen i Grønland.

Med problemformuleringens hensigt om at forbedre seksuel sundhed i Grønland gennem en forandring af forebyggende sundhedsstrategier, er det essentielt at operationalisere anvendte forebyggelsesstrategier i relation til seksuel sundhed. En strategi er af Krautwald og Landsdorf fra 2013 defineret som en: *“langsigtet planlægning som fører til eller mod et mål og en sejr”* (59). Strategi anses dermed som en plan for udvikling og indebærer ligeledes prioritering af ressourcer, midler og redskaber (59). I analyse er anvendt betegnelsen forebyggelsesstrategier som ud fra teori om forebyggelsesstrategier af Rose (55) forstås som forebyggelse som besluttet centralt

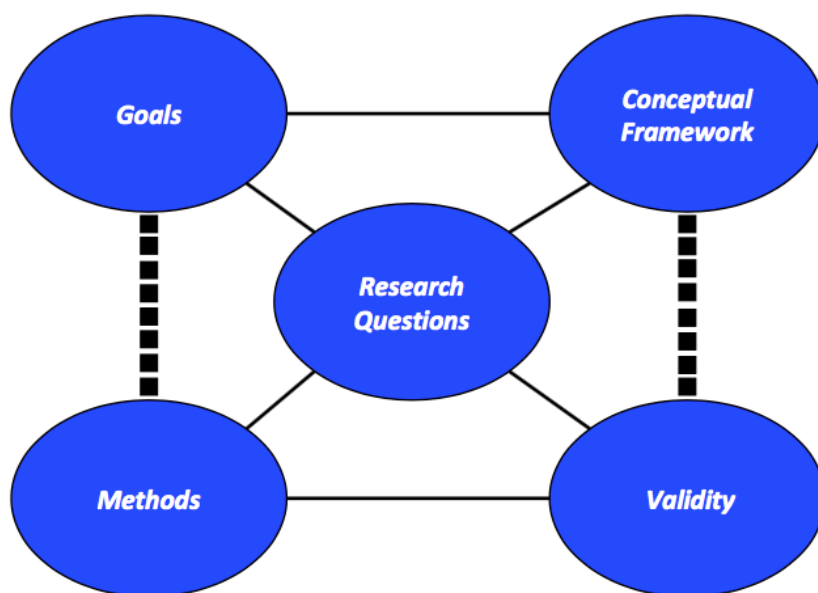
i en organisation og som anlægger en retning for forebyggelsen. Ligeledes anvendte betegnelsen forebyggelsesindsatser, som forstås som den konkrete forebyggelse som udmøntes lokalt gennem specifikke indsatser. Der indledes med en systematisk litteratursøgning for at undersøge, hvilke strategier og indsatser der anvendes i internationale studier til forebyggelse af problemstillinger i relation til seksuel sundhed hos unge i aldersgruppen 14 - 29 år. Dette med henblik på at fremsøge videnskabelig litteratur omhandlende forebyggelsesstrategier og indsatser som er anvendt til at forebygge de fire problemstillinger, som er fremanalyseret i relation til seksuel sundhed.

Herefter vil der gennem en dokumentanalyse af udvalgte dokumenter blive identificeret mulige udfordringer for seksuel sundhed. I specialet forstås udfordringer som de barrierer og forhindringer som kan besværliggøre en succesfuld forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland. I dokumentanalysen vil der med afsæt i en hermeneutisk fortolkning, inddrages teori af om implementering, som vil bidrage med perspektiver på implementering af seksuel sundhed. Implementeringsteori vil inddrages i kombination med forståelse af forebyggelsesstrategiers indvirkning gennem teori om forebyggelsesstrategier og anvendelse af den Socio-økologiske model (14), til at identificere mulige udfordringer for seksuel sundhed. Der vil være fokus på, hvorledes forebyggelsesstrategier og indsatser kan implementeres i Grønland. Hermed tilsigtes at skabe en forandring af de anvendte forebyggelsesstrategier for problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland.

5.0 Maxwells interaktive model

For at skabe tydelig kohærens mellem specialets formål samt valgte metoder, anvendes Joseph A. Maxwells (Maxwell) interaktive model som styringsredskab, for dermed at skabe sammenhæng mellem specialets mål, begrebmæssige ramme, forskningsspørgsmål, specialets metode og validitet (60). Maxwell fremhæver det kvalitative studiedesign som en reflektiv proces som kendetegnes ved modellens fem komponenter, hvor der gennem komponenternes harmoni med hinanden skabes transparens (60). Processen skal ikke anses som lineær, da der er behov for, at alle fem komponenter løbende revurderes og justeres sideløbende med, at der faciliteres ny viden undervejs i forskningsprocessen (60). Dette illustreres ved nedenstående figur 2: *An Interactive Model of Research Design*, hvor modellens pile visualiserer sammenhængen i den kvalitative forskningsproces (60). Imidlertid illustrerer Maxwells interaktive model også, at justeres på en komponent, kan denne justering have indflydelse på de resterende interagerende komponenter (60). Dermed vil specialets formål have betydning for, hvilken metode der skal vælges. Omvendt vil de anvendte metoder til

forskningen medvirke til at begrænse selve målene. Tilsvarende vil de teorier der inddrages have implikationer for resultaternes gyldighed (60).



Figur 2: Maxwells interaktive model.

I figur 2: *An Interactive Model of Research Design*, omhandler *Goals* formål, relevans samt hvem resultaterne skal adresseres til (60). I specialets afgrænsning er der ekspliciteret et formål om at udarbejde et forslag om, hvorledes en implementering af forebyggelsesstrategier kan forebygge problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland. Specialets relevans kommer til udtryk ved, at de fire problemstillinger i relation til seksuel sundhed, udgør et folkesundhedsmæssigt problem i Grønland.

Conceptual Framework udgør den begrebsmæssige ramme, forforståelse samt den teoretiske referenceramme (60), hvilket udgør de fire problemstillinger i relation til seksuel sundhed i Grønland. Indsnævring af problemfeltet indledningsvist i det initierende problem og efterfølgende i problemanalysen, har bidraget til forforståelsen med en viden om, at årsagsforklaringerne til de fire problemstillinger kan forklares ud fra individets adfærd, kultur og modernisering i Grønland samt med indflydelse fra den grønlandske velfærdsmodel. Den teoretiske referenceramme vurderes også til at udgøre en del af forforståelsen, i og med teorien vil blive anvendt som "linse" i analysen af de grønlandske folkesundhedsprogrammer og evalueringer.

Komponenten *Research Questions* omhandler specialets problemformulering samt tilhørende forskningsspørgsmål og modellen synliggør, at problemformuleringen er en central komponent og som udspringer af specialets mål (60). *Methods* er defineret med fire iboende komponenter, hvoraf

forskningsmetoden indeholdende relevante datakilder samt indsamlingsmetode og analysestrategier (60). Her ekspliciteres metode, hvor valg og fremgangsmåde i forhold til den systematiske litteratursøgning samt den tematiske analysestrategi i dokumentanalysen beskrives.

Komponenten *Validity* udgør validiteten af resultaterne (60). I relation hertil vil troværdigheden af opnåede resultater forklares, hvor der ydermere præciseres elementer der kan tale imod specialets resultater og fortolkninger. Derudover refererer dette sig ligeledes til, om de anvendte metoder har været pålidelige i forhold til at kunne svare adækvat på både problemformuleringen samt de tilhørende forskningsspørgsmål.

Modellen kan dermed gennem sin interaktive tilgang skabe en systematisk tilrettelæggelse af denne kvalitative undersøgelse, hvormed der skabes mulighed for, at problemformuleringen og de tilhørende forskningsspørgsmål kan besvares på baggrund af begrundede og reflekterede metodiske valg. Maxwells interaktive model (60) vil derfor disponere argumentationen for den teoretiske referenceramme samt metoder i forskningsprocessen med formålet om, at skabe kohærens i specialet.

6.0 Forskningsparadigme og forskningstype

Specialet har til hensigt at undersøge, hvordan seksuel sundhed i Grønland kan forbedres gennem forandring af forebyggende sundhedsstrategier. Problemformuleringen vil dels blive besvaret gennem en systematisk litteratursøgning, hvor anvendte forebyggelsesstrategier til forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed hos unge i målgruppen 14-29 år, identificeres og relateres til forebyggelse. Herefter vil der gennem en dokumentanalyse af udvalgte dokumenter blive identificeret og fremanalyseret udfordringer ved forebyggelse relateret til seksuel sundhed i Grønland. Tredje og sidste forskningsspørgsmål vil tage afsæt i en samlet analyse af udvalgte artikler fra den systematiske litteratursøgning, og de identificerede udfordringer på baggrund af dokumentanalysen med anvendelse af en forandringsmodel som vil imødekomme disse udfordringer. For at kunne opnå en dybere forståelse af seksuel sundhed i Grønland samt hvordan forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed kan implementeres i en grønlandsk kontekst, arbejdes der indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme. I dette paradigme anvendes metoder og teorier der gennem fortolkninger af sociale fænomener bidrager til forståelse af intentioner og formål med handlinger (61). *Den forstående forskningstype*, som ifølge Launsø et al. er en del af det fortolkningsvidenskabelige paradigme, er en forskningstype som kendetegnes ved, at der søges viden baseret på subjektive fortolkninger og forståelser af fænomener i de sammenhænge og kontekster de indgår i (61). Forskningstypen anvendes dermed til at afsøge, forstå og fortolke udvalgte dokumenter

som skal bidrage med forståelsen af, hvordan seksuel sundhed kan forbedres i Grønland, således at et forandringsbidrag kan genereres.

6.1 Hermeneutik

Gennem problemformuleringen søges svar på, hvordan forebyggelsesstrategier kan forandres og derigennem forebygge problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland. For at kunne skabe forandring i sigtet mod at forbedre seksuel sundhed i Grønland ønskes en forståelse af, hvilke forebyggelsesstrategier som er anvendt internationalt til at forbedre seksuel sundhed hos unge. Med kendskab til, at seksuel sundhed tidligere har været en del af det grønlandske folkesundhedsprogram, ønskes ligeledes en forståelse af, hvilke udfordringer der eksisterer for seksuel sundhed i Grønland. Med henblik på at forstå gennem fortolkning, tages der afsæt i en hermeneutisk tilgang, hvor hermeneutikkens ontologiske udgangspunkt er gennem forståelse og fortolkning som er essentielt for forskningsprocessen (62). Hermeneutikken udspringer fra et ontologisk ståsted, hvor den sociale verden adskiller sig fra naturens verden, hvorfor den sociale verden forstås ud fra en fortolkning af verden (62). Den sociale verden skal dermed forstås gennem fortolkninger, hvormed den epistemologiske erkendelse er, at alt fortolkning er forbundet med subjektivitet og usikkerhed (62). Ved anvendelse af en hermeneutisk tilgang forsøges der dermed at forstå, hvordan seksuel sundhed i Grønland kan forbedres på baggrund af en forandring af forebyggende sundhedsstrategier gennem en fortolkning, således at problemstillingerne i relation til seksuel sundhed forebygges.

6.1.1 Metodehermeneutik

Indenfor hermeneutikken findes flere traditioner, heriblandt metodehermeneutik (63). I metodehermeneutikken er sammenhæng mellem del og helhed meningskabende (64). Formålet er at opnå en meningsforståelse gennem eksempelvis en tekst (62). Indenfor metodehermeneutik er særligt filosof og teolog Friedrich Schleiermacher (Schleiermacher) central. Schleiermachers forståelse af hermeneutikken beror på, at der påhviler forskeren en fortolkningsopgave, når forskeren ønsker at forstå (62). Schleiermacher anskuer hermeneutisk fortolkning gennem forståelse af del og helhed (62). Ved en hermeneutisk forståelse opnås erkendelse gennem en vekselvirkning mellem delforståelse og helhedsforståelse af et givent fænomen som ønskes fortolket (62). Forskerens perspektiver inddrages i fortolkningen, hvormed forskerens forforståelse bliver en del af forståelsesprocessen (62). Det er dermed essentielt, at forskeren er bevidst om egen forforståelse, som her er ekspliciteret i afsnit 6.2 *Forforståelse*, da forskerens forforståelse har indvirkning på

forskningsprocessen (63). Gennem andet forskningsspørgsmål, hvor der identificeres udfordringer igennem en dokumentanalyse, vil forforståelsen aktivt blive anvendt til at opnå en delforståelse. Denne delforståelse bidrager til en helhedsforståelse af, hvorledes en forandring af forebyggelsesstrategier kan forebygge problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland. Ydermere vil udvalgte teorier der udgør den teoretiske referenceramme, udgør en væsentlig del af forforståelsen som ved analyse og fortolkning af udvalgte dokumenter samlet danner en helhed. I metodehermeneutikken anvendes den hermeneutiske cirkel som en epistemologisk ramme til erkendelse af viden, hvor sandhed skabes gennem fortolkning (62). Meningsfortolkning sker gennem fortolkning af udvalgte teksters udlægninger omhandlende det som ønskes undersøgt (62). Meningsfortolkning vil i specialet bero på fortolkning af udvalgte dokumenter gennem dokumentanalysen, hvor meningsbærende dele af dokumentteksterne vil blive identificeres med hjælp af forforståelsen og senere i analysen samles til en ny helhed.

6.2 Forforståelse

Med et hermeneutisk udgangspunkt er fremstilling af forforståelse et centralt element (62,63). Derfor vil der i det følgende blive redegjort for hvilke forforståelser der er i spil og hvorledes disse vil blive anvendt i specialet. Specialegruppens forforståelser, relateret til seksuel sundhed, udspringer og er udviklet gennem udarbejdelsen indledningsvist af det initierende problem samt genereret af viden gennem problemanalysen. Dertil gennem viden omhandlende inddragede relevante teorier.

Inddragelse af den Socioøkologiske model som teori af Dahlgren og Whitehead fra 1991 er valgt, da denne kan medvirke til at identificere multiple underliggende faktorer for sundhed og som opererer med forskellige niveauer (14), som dermed kan generere en nuanceret indsigt i seksuel sundheds kompleksitet.

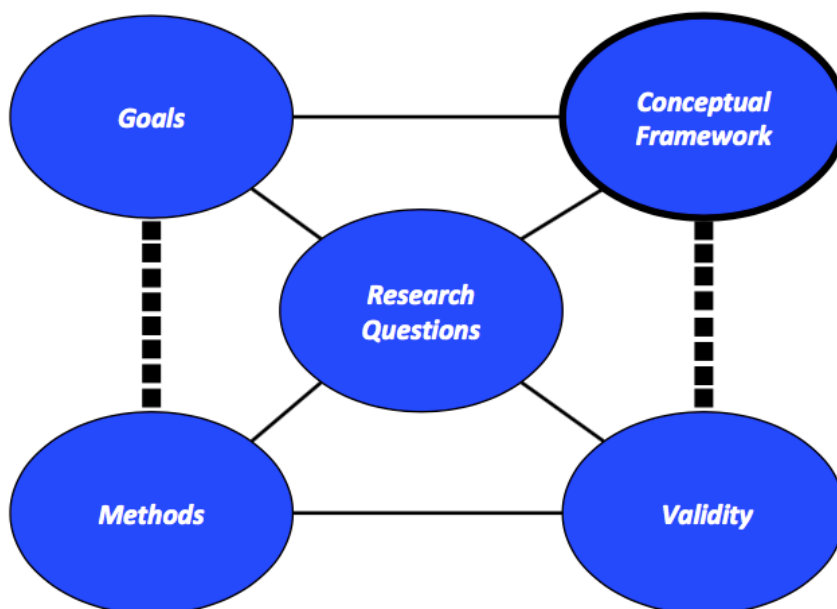
Teori om forebyggelsesstrategier inddrages med udgangspunkt i professor i epidemiologi Geoffrey Rose (Rose), hvor forståelse om forebyggelse omhandlende populationsorienteret forebyggelsesstrategi samt individorienteret højrisiko forebyggelsesstrategi (55) vil blive anvendt i fortolkningen af de udvalgte dokumenter.

Ydermere inddrages implementeringsteori af professor i eksperimentel psykologi Dean Lee Fixsen (Fixsen), i og med denne implementeringsteori indeholder sammenhængende delelementer som anses som en forudsætning for succesfulde implementeringer (65–67).

Med baggrund i implementeringsteorien, bliver det nødvendigt at inddrage teori om forandring. Her inddrages forandringsteori af psykolog Harold Leavitt (Leavitt), da denne teori er brugbar ved planlægning og implementering af forandringer i organisationer (68,69).

7.0 Teoretisk referenceramme

I det følgende afsnit vil den inddragede teori blive præsenteret. Dette med udgangspunkt i komponenten *Conceptual Framework* som afbilledet i figur 3 *Maxwells interaktive model med fokus på komponenten Conceptual Framework*. (60), hvor teori bliver inddraget som en del af forforståelsen.



Figur 3: Maxwells interaktive model med fokus på komponenten *Conceptual Framework*.

7.1 Opfattelse af teori

I det følgende vil teori blive anvendt som "linse" (15), hvor teori anvendes i analysen af empiri, som udgøres af udvalgte artikler fra den systematiske litteratursøgning samt udvalgte dokumenter til dokumentanalysen. Derved vil teori som linse vil være medbestemme for, hvad man undersøger, ved at udvælge specifikke dele af empirien der ønskes fokus på (15,70). Den teoretiske referenceramme danner grundlaget for fortolkningen af dokumentmaterialet i form af de grønlandske folkesundhedsprogrammer og evalueringer, relateret til den seksuelle sundhed. Med udgangspunkt i

Høyer fra 2016 vil teorien anvendes til at skabe et billede af virkeligheden. Dette kan ses i relation til hermeneutik som den videnskabsteoretiske position, hvor en flydende ontologi gennem teori som linse, vil påvirke forskerens fortolkning af verdenen (15). Herved bliver den teoretiske referenceramme essentiel i og med, at resultaterne af den samlede analyse genereres af den teori som empirien betragtes og analyseres med.

7.2 Anvendt teori

I det følgende afsnit ekspliciteres *Conceptual Framework* ud fra Maxwells interaktive model (60). De fire teorier præsenteres som teoretisk referenceramme i problembearbejdningen, hvortil inddragelse og anvendelse af disse vil blive begrundet i nedenstående. Den overordnede teoretiske referenceramme er opbygget med udgangspunkt i implementeringsteori Fixsen, da implementeringsteorien kan danne en struktur for succesfuld implementering og hvad denne skal indeholde. I implementeringsteori af Fixsen inddrages teori af Dahlgren og Whitehead (14), Rose (55) og Leavitt (68).

7.2.1 Implementeringsteori af Fixsen

Det er i afsnit 2.0 *Problemanalyse* fremanalyseret, at implementering af forebyggende indsatser og strategier skal medtænkes for at opnå effekt. Fixsen argumenterer for fem komponenter, som tilsammen betegnes *Intervention Components*, som angives som vigtige komponenter for en succesfuld implementering (67). Disse fem komponenter består af: *model definition*, *theory bases*, *the practice model's theory of change*, *target population characteristics* og *alternative models* (65). Ifølge Fixsen skal disse komponenter medtænkes og justeres undervejs i et interventionsforløb, for at opnå succesfuld implementering (67). Der tages udgangspunkt i disse komponenter gennem problembearbejdningen. Komponenterne skal bidrage til identificering og forståelse af, hvilke elementer der bidrager til en succesfuld implementering af forandret forebyggelsesstrategier således at problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland forebygges.

Model definition er definitionen af en anvendt implementeringsmodel som indbefatter afklaring af involverede aktører, samt hvordan involveringen skal foregå og hvilke aktiviteter disse aktører skal udføre (65). I grønlandske sammenhænge vil disse aktører være repræsenteret af politikere og andre med beslutningsmagt i forhold til beslutninger og udarbejdelse af forebyggende strategier.

Theory base, omhandler den teoretiske referenceramme som understøtter aktiviteter og elementer for implementeringsmodellen, *model definition* (65). Som teoretisk referenceramme til besvarelse af

andet forskningsspørgsmål, hvor udfordringer for seksuel sundhed identificeres i udvalgte dokumenter, anvendes teorier af Fixsen (65,66,71), Rose (55) samt Dahlgren og Whitehead (14). Teori om forebyggelsesstrategier af Rose, inddrages som teoretisk referenceramme, da der i afsnit 2.0 *Problemanalyse* tydeliggøres nødvendigheden af at afdække, hvilken forebyggelsesstrategi der kan tilgodese forebyggelsesbehovet således at problemstillingerne i relation til seksuel sundhed forebygges. Teorien af Rose skal anvendes i analysen af udvalgte dokumenter til en fortolkning af eksisterende og tidligere forebyggende tiltag, med det formål at inddrage disse i en forandring af forebyggende sundhedsstrategier. Dahlgren og Whiteheads Socio-økologiske model fra 1991, inddrages ligeledes som teori. Denne model har til hensigt at bidrage med perspektiver i analysen ud fra et mikro-, meso- og makroniveau i henhold til de fire niveauer i modellen. I analysen vil Dahlgren og Whiteheads model bidrage med forståelse af de forskellige niveaurs indbyrdes afhængighed. Samtidig vil den Socio-økologiske model anvendes til at identificere determinanter, som kan have indflydelse på forebyggende strategier i Grønland.

The practice model's theory of change omhandler ifølge Bertram et al. teori om forandring som ligeledes skal inkluderes i arbejdet med implementering (65). Denne komponent adskiller sig fra ovenstående komponent, *theory base*, ved at den omhandler teori om forandring. Forandringsteori skal bidrage til at identificere, hvordan elementer og aktiviteter skaber forbedrede resultater for målgruppen (65). Med udgangspunkt i dette vil Leavitts systemmodel (68,69), anvendes i udarbejdelse af et forslag til forandring af forebyggende sundhedsstrategier i forhold til at forebygge problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland. Leavitts systemmodel er udviklet som redskab til at skabe sammenhænge i organisationer, samt til planlægning og implementering af forandringer i organisationer (69), hvilket begrundes relevansen for inddragelse i dette speciale.

Target population characteristics omhandler særlige karakteristika for målgruppen. Disse skal ifølge Bertram et al. være beskrevet og med inklusion af de adfærdsmæssige, kontekstuelle, kulturelle og socioøkonomiske faktorer, som kan vurderes at have betydning for implementering i den specifikke målgruppe (65). I dette speciale er målgruppen grønlandske unge i aldersgruppen 14-29 år. Begrundelsen for valg af denne gruppe er, at denne gruppe er beskrevet som havende højeste forekomster af problemstillinger i relation til seksuel sundhed jævnfør afsnit 2.0 *Problemanalyse*.

Alternative models indebærer argumentation og begrundelse for anvendt model for implementering, samt hvorfor denne model findes anvendelig fremfor andre modeller (65). Imidlertid anvendes denne komponent ikke videre i specialet, da der ønskes forandring af det eksisterende

folkesundhedsprogram, således at det kommende folkesundhedsprogram Inuuneritta III inkluderer seksuel sundhed som fokusområde.

7.2.1.1 Implementation stages af Fixsen

Ud over de fem komponenter *Intervention Components*, beskrevet i afsnit 7.2.1 *Implementeringsteori af Fixsen* indeholder teorien yderligere *implementation stages* og *implementation drivers*. *Implementations stages* omhandler de stadier en implementering skal gennemgå for, at den kan anses som fuld implementeret. Denne del af Fixsens teori bidrager til forståelse af udvikling af implementering, hvori implementeringssprocessen udspiller sig. *Implementation drivers*, som beskrives i afsnit 7.2.1.2 *Implementation drivers*, ses som kernekomponenter, der skal understøtte en effektiv implementering.

Implementation Stages

Ifølge Fixsen et al. og Bertram et al. skal implementering ikke anskues som en begivenhed, men som en proces med nøje overvejede organisatoriske tilpasninger, der udfolder sig i løbet af 2-4 år (65,67). Implementering af forebyggelsesstrategier, der har til hensigt at forebygge problemstillingerne i relation til seksuel sundhed, skal derfor forventes implementeret i en tidshorisont på 2-4 år. Implementering inddeles i fire stadier: *1: exploration, 2: installation, 3: initial implementation og 4: full implementation*. Disse fire stadier uddybes i det følgende.

1. stadiet: Exploration

Denne indledende fase af implementeringen omhandler planlægning og undersøgelse. Fokus vil være på overvejelser om, hvorvidt der er overensstemmelser mellem de forskellige komponenter i *Intervention components*, jævnfør afsnit 7.2.1 *Implementeringsteori af Fixsen* (65) I dette stadiet vil potentielle barrierer ligeledes undersøges. Eksempler på barrierer kan være finansiering, krav og regler, personalesituation samt logistiske udfordringer. Disse mulige barrierer inddrages og vil medvirke til grundlaget for, hvorvidt implementering af et program kan gennemføres (65).

2. stadiet: Installation

Herefter sker en tilpasning af de organisatoriske rammer som er nødvendige for, at et program kan udmøntes. Der vil være fokus på, hvordan implementering af et program skal installeres. De fornødne materielle og økonomiske ressourcer, styrkelse af kompetencer hos involverede aktører, samt ledelse og styring, er komponenter som beskrives som *implementation drivers*. Disse er nødvendige i

installationsfasen for, at der kan foretages forandringer (65) og vil blive beskrevet i afsnit 7.2.1.2 *Implementation drivers*.

3. stadie: Initial implementation

I dette stadie foregår den indledende implementering af et program. Der vil her opstå forandringer i arbejdsgange for involverede aktører, som kan føre til frustrationer som løbende må imødekommes (65). I organisationen tillæres nye arbejdsgange, hvormed dette stadie kendetegnes ved hyppige justeringer og problemløsninger i arbejdsgange, praksis og program (66). En vellykket gennemførelse af programmet kræver undersøgelse og ændring af organisationsstrukturer, kultur og kapacitet, samt udvikling af nye medarbejderkompetencer (65). Hvad der kræves i denne fase, er stabil ledelse som normaliserer udfordringer, og som vejleder og støtter aktører (65).

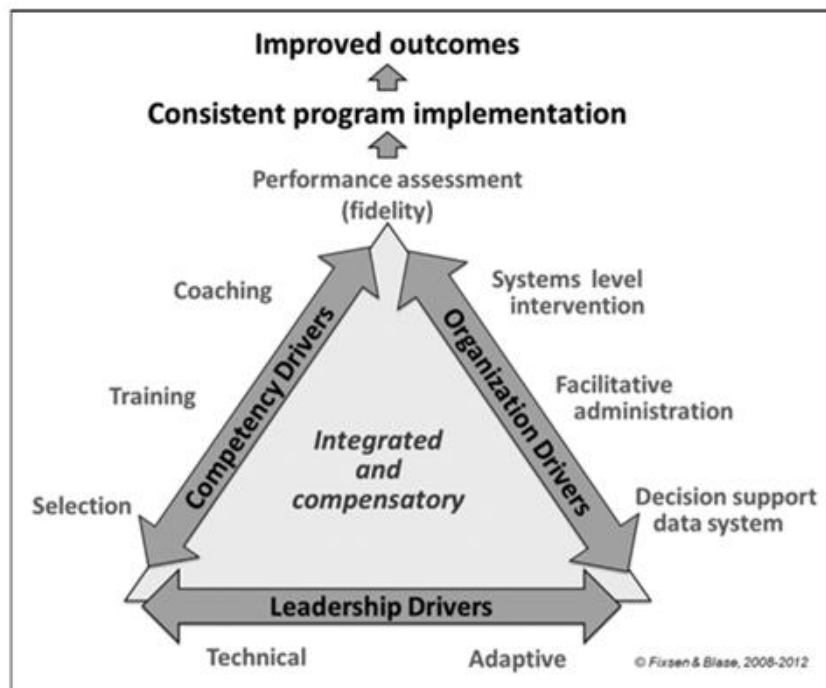
4. stadie: Full implementation

I fjerde stadie foregår den fulde gennemførelse af en implementering. Komponenter bliver fuldt integreret i organisationens arbejdsgange og fungerer effektivt for at opnå ønskede resultater for programmet. Personalet som er en del af programmet har opnået kompetence i forhold til programopgaverne, nye arbejdsprocesser og procedurer er blevet rutine (66). Fuld implementering sker, når aktører i et program rutinemæssigt anvender modellen for implementering af programmet, hvilket sker når *implementation drivers* er fuldt installerede, let tilgængelige og gennemgås regelmæssigt med henblik på forbedring (65). Bertram et al. understreger dog, at der i disse stadier kan være risiko for, at organisationer, som skal implementere et program, kan komme til at bevæge sig fra indledende implementering til fuld implementering for hurtigt, og ikke i tilstrækkelig grad arbejder med justeringer undervejs, hvilket kan det føre til ineffektiv implementering (65).

7.2.1.2 Implementation drivers

I det følgende afsnit præsenteres *implementation drivers*. *Implementation drivers* består af tre nøglekomponenter der muliggør implementeringen af et program (65). Disse er *competency drivers*, *leadership drivers* og *organization drivers* (66). For at de tre *implementation drivers* medvirker til forbedrede resultater af den gennemførte implementering kræves en høj grad af *fidelity* med løbende vurderinger og justeringer, således at programmet anvendes efter hensigten samt skaber de forbedrede resultater (65). De tre nøglekomponenter beskrevet ovenfor kan være kompensatoriske, da en svagere *driver* kan kompenseres af øvrige *drivers*, såfremt disse er stærke (65,66). Nedenstående figur 4

Implementation drivers illustrerer *implementation drivers* med tilhørende komponenter som er beskrevet i det følgende.



Figur 4: *Implementation drivers* (Bertram, Blase og Fixsen, 2015)

Competency drivers: Denne *driver* omhandler kompetence og evne til at implementere et program efter programmets hensigt gennem udvikling, forbedring og vedligeholdelse af implementeringen (66). Denne *driver* øges gennem kompetenceløft hos de involverede aktører i en implementering. Gennem elementet *selection* er fokus på at udvælge de rette medarbejdere i rekrutteringen. Disse medarbejders evner trænes og vejledes, gennem elementerne *training* og *coaching*, i korrekt udførelse af en programmodel, med løbende evalueringer, således at implementeringen foregår korrekt (65,66).

Leadership drivers: I denne *driver* er fokus på ledelse som er hensigtsmæssig i forhold til de udfordringer som kan opstå undervejs i en implementering. Disse ledelsesmæssige udfordringer opstår ofte som led i forandringer. Ledelsens rolle er derfor at træffe beslutninger, give vejledning og støtte organisationens funktion (66). *Leadership driver* inddeles i *technical* og *adaptive* ledelse, hvor *technical* ledelse refererer til ledelse som udføres, når problemstillingen er velkendt, og hvor der allerede er udarbejdet standardprocedure herfor. *Adaptive* ledelse er nødvendig, når der ikke foreligger eksisterende procedurer og der derfor er brug for udarbejdelse af nye værktøjer til at løse en problemstilling (65).

Organization drivers: I denne *driver* er organisering i fokus, hvor der refereres til de mekanismer, der skaber og opretholder gode organisations- og systemmiljøer (66). Effektiv administration, tilstrækkelig finansiering og udarbejdede politikker og procedurer, er elementer i denne *driver* som skal sikre tilgængelighed og effektivitet, samt løbende overvågning og forbedring af implementerings- og programresultater (65,66). I denne *driver* henvises der til tre elementer. *Decision support datasystem* som handler om at have tilstrækkelig og let adgang til datasystemer, som kvalificerer de beslutninger som tages under en implementeringsproces. *Facilitative administration* omhandler den administrative tilgang, som består af blandt andet politikker, procedurer, strukturer og kultur. *Systems level intervention* som handler om den del af organiseringen som skal sikre, at der er tilgængelighed af økonomiske og menneskelige ressourcer som er nødvendige for en implementering (66).

7.2.2 Den Socio-økologiske model af Dahlgren og Whitehead

Dahlgren og Whiteheads Socio-økologiske model fra 1991 er tidligere anvendt som ”dåse-åbner” og præsenteres, hvor modellens niveauer ekspliciteres i afsnit 2.2 *Hvad determinerer seksuel sundhed i Grønland*. Dahlgren og Whiteheads Socio-økologiske model fra 1991 kan medvirke til at give indsigt i kompleksiteten som ses ved forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland. Det begrundes med, at den Socio-økologiske model illustrerer mangfoldige betydninger for menneskers sundhed, hvor modellen sammenfatter flere faktorer der medvirker til at påvirke sundheden (72). Dette værende fra de individuelle, sociokulturelle faktorer til generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige faktorer (14). Gennem modellen tydeliggøres derved multiple determinanter for sundhed. Dette underbygges af, at modellens niveauer er indbyrdes afhængige, hvor livsstil påvirkes og er afhængig af arv, sociale relationer, lokalområde samt menneskets levevilkår (14). Dermed kan problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland ikke alene tilskrives individets sexliv, men må også anses ud fra den indflydelse de omkringliggende faktorer medfører. Derfor kan en inddragelse af Dahlgren og Whiteheads Socio-økologiske model fra 1991 som teori muliggøre, at formålet om at udarbejde et forslag til implementering af forebyggelsesstrategier i forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland, betragtes ud fra bredere perspektiv og ikke kun med udgangspunkt i individet. Med udgangspunkt i et bredere perspektiv kan niveauerne i Dahlgren og Whiteheads model fra 1991 ud fra et sociologisk perspektiv anses som mikro-, meso- og makroniveau (14), hvor første og andet niveau i Dahlgren og Whiteheads model anses som makro-niveau, det tredje niveau som meso-niveau

og afslutningsvis kan det fjerde niveau anses som mikro-niveau. Makro-sociologi retter sig mod de overordnede strukturer i samfundet, samfundets indretning samt hvilken betydning denne struktur har for individet (56). Relateret til seksuel sundhed i Grønland er makro-niveauet de kræfter der udgør og udmønter rammerne i Departementet for Sundhed, som er ansvarlig for udarbejdelsen af strategier og målsætninger for folkesundheden i Grønland (54). Meso-sociologi omhandler forskellige former for menneskers hverdagsliv i organisationer, institutioner og lokalsamfund, hvor der samfundsmæssigt og kulturelt kan udspilles mellemmenneskelige udfordringer der genererer det enkelte miljø (56). Meso-niveauet kan ses i forhold til indbyrdes seksuelt samvær, der påvirkes af de relationer og den kontekst som individet omgives af. Mikro-sociologi retter sig mod den interaktion der forekommer mellem enkeltindivider og små grupper i en kulturel og samfundsmæssig sammenhæng (56). Mikro-niveau vil heraf relatere sig til det enkelte individs adfærd i forhold til seksuel sundhed i Grønland. De fire niveauer i Dahlgren og Whiteheads Socio-økologiske model kan dermed refereres til som mikro-, meso- og makroniveau.

7.2.3 Teori om forebyggelsesstrategier af Rose

For at opnå en dybere forståelse af forebyggelsesstrategier ønskes en analyse af eksisterende forebyggende strategier i forhold til seksuel sundhed. Teori om forebyggelsesstrategier af Rose (55) kan bidrage til en teoretisk forståelse af, hvordan forebyggelsesstrategier kan tilgodese forebyggelsesbehovet af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed.

Rose inddeler forebyggende indsatser i to strategier, henholdsvis en individorienteret strategi og en populationsorienteret strategi (55). Den individorienteret strategi fokuserer på individer der er i særlig højrisiko for at være eller blive disponeret for sygdom eller usund livsstil sammenlignet med den resterende befolkning (55). Den populationsorienteret strategi har et langsigtet fokus, hvor der intervereres på bagvedliggende determinanter for sygdom eller usund livsstil (55). Hermed sker der en forebyggelse af bagvedliggende determinanter for hele befolkningen samtidig og samme strategi anvendes på alle individer (55). Anskues seksuel sundhed i Grønland ud fra de to forebyggelsesstrategier af Rose, så ses den individorienteret forebyggelsesstrategi (55) ved eksempelvis behandling af seksuelt overførte infektioner og forebyggelse af uønsket graviditeter. Det er derimod ikke tydeligt, i hvilken grad der anvendes populationsorienteret forebyggelse for at forebygge problemstillinger i relation til seksuel sundhed i Grønland. Jævnfør Rose (55) er individorienteret forebyggelsesstrategi ofte succesfuld målt i reduktion af relativ risiko. Samtidig ses der ofte en høj grad af motivation, grundet at strategien er målrettet individer med høj risiko for

udvikling af sygdom (55). Imidlertid ses en svaghed ved denne strategi i kraft af, at strategien kun har en kortsigtet effekt og dermed ikke har potentiale til at skabe forandring i sundhed (55).

Rose fremhæver, at en styrke i den populationsorienteret forebyggelse ligger i orienteringen på de bagvedliggende determinanter, hvor der søges en reduktion i eksponering af risiko, dette er dog betinget af, at disse er kendte (55). En individorienteret strategi er dermed nødvendigt indtil bagvedliggende determinanter er identificeret og en populationsorienteret forebyggelsesstrategi kan anvendes (55). Svagheden ved den populationsorienteret strategi er strategiens manglende evne til at påvirke det enkelte individets sundhed mærkbart (55). I en kortere tidshorisont vil individets risikoreduktion dermed også være lavere ved en populationsorienteret strategi, end ved en individorienteret strategi. Rose advokerer for, at der ses et behov for begge former for forebyggelsesstrategier, men at der bør prioriteres en populationsorienteret strategi, hvor fokus er at identificere og kontrollere bagvedliggende årsager til sygdom (55).

7.2.4 Forandringsteori - Leavitts systemmodel

Som præsenteret i afsnit 7.2.1 *Implementeringsteori af Fixsen* omhandlende teori om implementering, skal forandringsteorier inkluderes i implementeringsarbejdet for, at implementeringen opnår succes. Som led i implementering af seksuel sundhed i folkesundhedsprogrammet, vil der derfor blive taget udgangspunkt i forandringsteori udviklet af Leavitt. Leavitts systemmodel er velanvendt ved implementering og planlægning af forandringer i organisationer (69).

Leavitts systemmodel udkom første gang i 1965 (68), og er senere udkommet i flere udvidede udgaver. Her anvendes Leavitts systemmodel (68) samt gengivelse Leavitts systemmodel af Skriver et al., (69). Komponenter i systemmodellen bidrager til at imødekomme identificerede udfordringer fremkommet af en samlet analyse af empirien. Komponenterne vil dermed medvirke til at genere et forandringsbidrag, således at problemstillingerne i relation til seksuel sundhed forebygges.

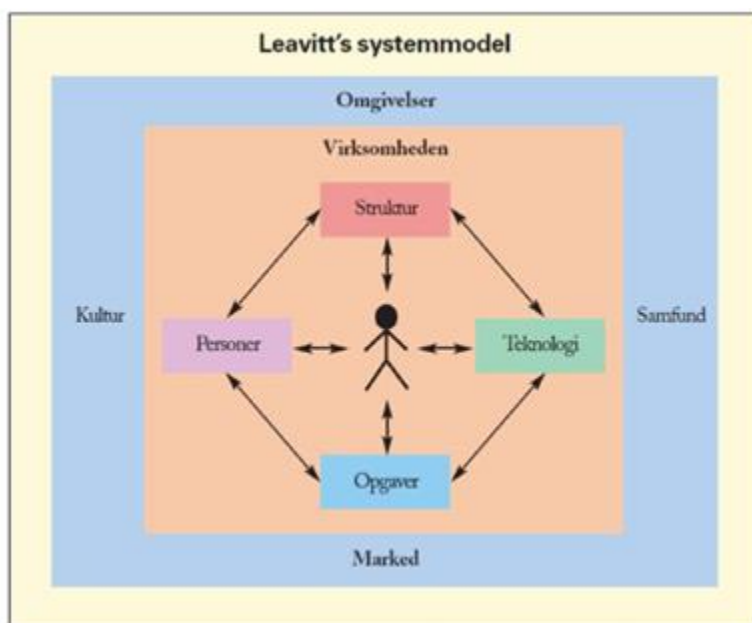
Gengivelsen af Skriver et al. (69) udlæg af Leavitts systemmodel inddrages som supplement til den oprindelige systemmodel, da den inkluderer omgivelsernes betydning for systemændring, hvormed eksterne elementer som kan have indflydelse på forandringer medtænkes.

Ifølge Leavitts systemmodel, som illustreres ved figur 5 *Leavitts systemmodel*, er der fire centrale komponenter som en forandringsagent skal agere indenfor, når forandringer skal planlægges. En forandringsagent skal forstås som den ansvarlige for planlægning af forandringen og implementeringsprocessen. Disse centrale komponenter i systemmodellen er: struktur, teknologi, opgaver og personer (68). De fire komponenter skal forstås ved, at de indbyrdes er afhængige, ved at

ændringer af en komponent påvirker de øvrige. Dette bevirker, at alle komponenter skal medregnes ved forandringer (68,69).

Struktur refererer til organiseringen af en organisation, inkluderende arbejdsfordeling, beslutningsstruktur og kommunikationsstruktur. *Teknologi* refererer til de redskaber som anvendes ved arbejdsopgavers udførelse som kan være arbejdsprocesser, maskiner og udstyr. *Opgaver* refererer til udvikling af de kerneydelser en organisation varetager eller udbyder. *Personer eller aktører* er de mennesker som varetager arbejdsopgaverne i en organisation, heriblandt deres motivation, holdninger og færdigheder (68,69). Som udvidelse af Leavitts systemmodel har Skriver et al. (69), inkluderes omgivelsernes betydning på virksomheden, som her skal tolkes som organisationen. I omgivelserne inkluderes samfund, kultur og marked som eksterne elementer som influerer og påvirker en organisation. Gennem forandringsbidraget vil disse omgivende elementer anskues under en samlet betegnelse *kontekst*, hvor særligt samfundets struktur og den grønlandske kultur, beskrevet i afsnit 2.2.2 *Kultur og modernisering som årsagsforklaring for seksuel sundhed* er vigtige elementer i den kontekst, hvori forandring ønskes.

I følgende figur 5 *Leavitts systemmodel* ud fra Skriver et al. udlægning (69), som foruden at inddrage komponenter fra Leavitts oprindelige systemmodel (68), inkluderer omgivelser som i følgende refereres som elementet *kontekst*.

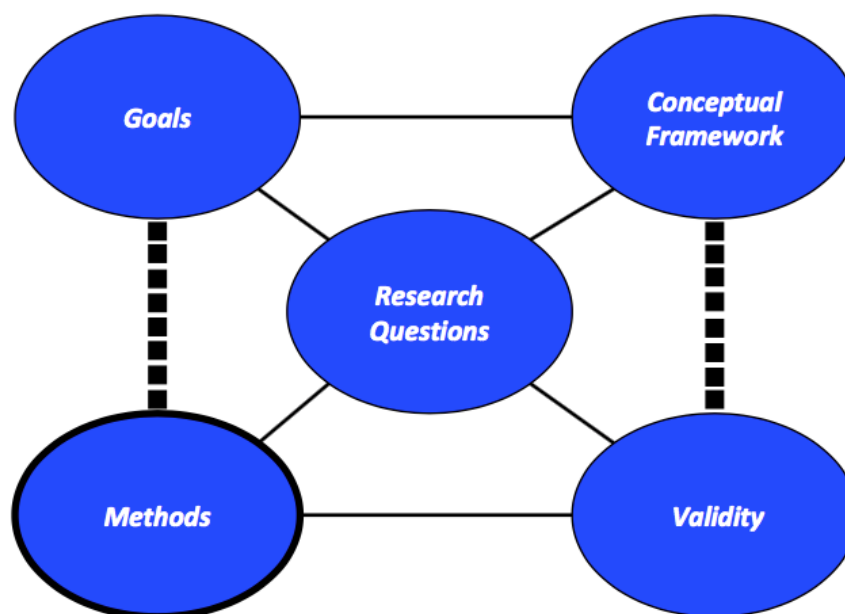


Figur 5. *Leavitts systemmodel* (Skriver, Staunstrup og Storm-Henningsen, 2012)

8.0 Metode

I det følgende afsnit tages der udgangspunkt i komponenten *Methods* ud fra Maxwells interaktive model (60). Komponenten *Methods*, som er illustreret ved figur 6 *Maxwells interaktive model med fokus på Methods*, vil medvirke til at sætte strukturen for metodeafsnittet.

I nedenstående beskrives, hvilke metoder der anvendes, for at besvare problemformuleringen omhandlende, hvordan seksuel sundhed i Grønland forbedres på baggrund af en forandring af forebyggende sundhedsstrategier, således at problemstillingerne i relation til seksuel sundhed forebygges. Problemformuleringens første og andet forskningsspørgsmål danner grundlag for den valgte metodiske tilgang henholdsvis en systematisk litteratursøgning og dokumentanalyse.



Figur 6: Maxwells interaktive model med fokus på komponenten *Methods*.

8.1 Litteraturstudie

Litteratur anvendt i problemanalysen skal medvirke til at kvalificere en forståelse af seksuel sundhed i Grønland. Efterfølgende vil en systematisk litteratursøgning blive udført. Dette gøres med en begrundelse om, at en velstruktureret litteratursøgning danner grundlaget for enhver forskningsproces (73). Den systematiske litteratursøgning vil bestå af to søgninger i relation til forskningsspørgsmålet om, hvilke strategier og indsatser der anvendes i internationale studier til forebyggelse af problemstillinger i relation til seksuel sundhed hos unge i aldersgruppen 14 - 29 år.

Efterfølgende vil fund fra de systematiske litteratursøgninger samlet blive analyseret og diskuteret, for dermed at medvirke til en besvarelse af, hvordan seksuel sundhed forbedres i Grønland på baggrund af en forandring af forebyggende sundhedsstrategier, således at problemstillingerne i relation til seksuel sundhed forebygges.

8.1.1 Indledende søgning

For at få en forståelse og viden i forhold til problemfeltet omkring seksuel sundhed i Grønland, blev der indledningsvist udført ustrukturerede internetsøgninger. Disse søgninger førte til fund af rapporter, artikler, forebyggelsespakker og politikker udarbejdet af blandt andet Statens Institut for Folkesundhed, Det grønlandske Selvstyre, Det grønlandske landslægeembede og Grønlands Statistik. Dertil blev der ydermere udført kædesøgninger, hvor referencelister i de pågældende artikler blev gennemgået. Formålet hermed var at indsnævre studier eller specifikke forfattere, hvor fokus var rettet mod problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland.

De indledende søgninger genererede flere centrale og anvendelige artikler, der muliggjorde at danne et overblik over den eksisterende viden, samt at afgrænse problemfeltet omhandlende seksuel sundhed i Grønland, således en konkret problemafgrænsning kunne sammenfattes.

8.1.3 Systematisk litteratursøgning

Til udførelse af den systematiske litteratursøgning er der udarbejdet en detaljeret søgeprotokol, som illustreres i *Bilag 1*. Dette med formålet om eksplicit at skabe en struktureret transparens i forhold til, hvorledes artiklerne er identificeret. Ydermere for at sikre, at der opstår konsistens i søgningerne således at disse kan reproducere (74). Søgeprotokollen illustrerer ligeledes, hvilken metode der er anvendt og udgør således dokumentation for søgningerne.

Søgeprotokollen indeholder en kort beskrivelse af baggrund, problemformulering samt de fokuserede søgespørgsmål, inklusions- og eksklusionskriterier, bloksøgningens overblik over søgningernes facetter, valgte databaser, søgeblokke og dertilhørende dokumenterede søgninger med søgehistorik. De systematiske litteratursøgninger er udført i perioden fra d. 15. – 30. april 2019, jævnfør *Bilag 1*.

8.1.4 Søgestrategi

Anvendte begreber i den 1. systematiske litteratursøgning er centrale begreber i problemformuleringen og er dermed medvirkende til, at identificere essentielle indekserede emneord samt Mesh-termer i de pågældende databasers thesaurus.

I relation til forskningsspørgsmålet omhandlende, hvilke strategier og indsatser der anvendes i internationale studier til forebyggelse af problemstillinger i relation til seksuel sundhed hos unge i aldersgruppen 14 - 29 år, er der vurderet et behov for at indhente viden fra databaser, henholdsvis til både 1. og 2. litteratursøgning, med forskning vedrørende et sundheds-, samfunds- og humanvidenskabeligt indhold. Med udgangspunkt i dette, blev de systematiske litteratursøgninger udført i følgende databaser: PubMed, Embase, Cinahl, Cochrane, Sociological Abstracts og ProQuest, jævnfør *Bilag 1*, afsnit 1.4 *Valgte databaser*.

Der er ud fra ovenstående forskningsspørgsmål dannet fire facetter i ved den 1. litteratursøgning gennem en bloksøgning. De fire facetter; “unge”, “seksuel sundhed”, “forebyggelsesstrategi” og “forebyggelse” er retningsangivende for den systematiske søgning og er defineret for at afdække et videnshul. Dette velvidende, at facet 1 og 2 kan anses som sammenhængende og ligeledes at facet 3 og 4 er sammenlignelige i termer. Nedenstående tabel 1 *Overblik over søgningens fire facetter og boolske operatorer* illustrerer bloksøgningens fire facetter, samt giver et overblik over søgningens tilhørende synonymmer samt boolske operatorer.

Der er i alle databaser søgt på kontrollerede emneord samt fritekstord i titel og abstract. I Cochrane er der ydermere søgt på keyword, da denne funktion er sammenhængende med titel og abstract. Søgningen er dokumenteret med søgestrengene i søgeprotokollen i *Bilag 1* afsnit 1.7 *Dokumenteret 1. søgning – fire facetter*.

Tabel 1: *Overblik over søgningens fire facetter og boolske operatorer.*

AND				
OR	Unge	Seksuel sundhed	Forebyggelsesstrategi	Forebyggelse
	Adolescence Adolescents Youth Young people Young adult Teenage	Sexual health Sexuality	Prevention strategy Prevention strategies Intervention Approaches Strategy Strategies	Prevention Tertiary prevention Secondary prevention Primary prevention Preventive health care

For at kvalitetssikre den 1. systematiske litteratursøgning, udføres der efterfølgende en 2. litteratursøgning tilpasset som fritekstsøgning med to facetter omhandlende “unge” samt “forebyggelse af seksuel sundhed” i Cinahl og Sociological Abstracts. Disse databaser vælges specifikt på baggrund af indekseringer inden for sundhedsområdet og international sociologisk litteratur. Ydermere inddrages databasen ProQuest som dækker over 23 deldatabaser og som uden

thesaurus har en bred dækning inden for humaniora og samfundsvidenskaber, jævnfør *Bilag 1*, afsnit 1.4 *Valgte databaser*.

I denne 2. litteratursøgning vælges der at søge på sammensatte fritekstord som ”Sexual health program” eller ”Sexual health intervention” hvor fokus er at kombinere forebyggelse (prevention) og seksuel sundhed. Der vælges yderligere at søge på ”Sexual health promotion”, som omhandler sundhedsfremme (promotion). Dette begrundes med, at det er uvist, hvorvidt databaserne teoretisk anser disse begreber og ikke nødvendigvis selekterer på termerne forebyggelse (prevention) og sundhedsfremme (promotion) Dette illustreres i tabel 2 *Overblik over søgningens facetter og fritekstord i den ekstra søgning*.

Ved disse fritekstsøgninger er peer-reviewed artikler tilføjet som limit i søgningerne og dokumenteres med søgestrengte i søgeprotokollen i *Bilag 1* afsnit 1.8 *Dokumenteret 2. søgning - fritekstsøgning*.

Tabel 2: *Overblik over søgningens facetter og fritekstord i den ekstra søgning.*

AND	
OR	Unge "Youth*"
	Forebyggelse af seksuel sundhed "Sexual health" "Enhancing sexual health" "Sexual health promotion" "Sexual health program" "Sexual health intervention" "Sexual health strategy" "Preventive health care"

Der er ved begge søgninger anvendt boolske operatører såsom OR og AND, for således at kombinere de definerede søgeord i alle fire facetter ved den 1. søgning samt de to facetter ved den 2. søgning. Ved den 1. søgning blev de kontrollerede emneord kombineret med fritekstord. Denne kombineret i søgningen blev udført for at inkludere artikler der eventuelt ikke var indekseret i de pågældende databaser. Fritekstordene ved begge fritekstsøgninger blev ydermere markeret med citationstegn og for at sikre en udvidelse af søgningerne ved hver enkelt facet, blev OR anvendt som boolsk operatør mellem søgeordene. AND blev afslutningsvist anvendt for dermed at indsnævre søgninger ved brug af de fire facetter i 1. søgning samt to facetter i 2. søgning illustreret i *Bilag 1*.

8.1.2. In- og eksklusionskriterier

For at muliggøre en specifik indsnævring af artikler til at besvare forskningsspørgsmålet, om hvilke strategier og indsatser der anvendes i internationale studier til forebyggelse af problemstillinger i relation til seksuel sundhed hos unge i aldersgruppen 14-29 år, blev der forud for begge

litteratursøgninger defineret in- og eksklusionskriterier. Disse kriterier er defineret i tabel 3 *Anvendte in- og eksklusionskriterier ved selektionsprocessen*. hvor der ud fra specialets beskrevne målgruppe inkluderes unge fra 14-29 år. Der ekskluderes artikler omhandlende human papillomavirus (HPV) samt andre tilstande, der ikke kan kategoriseres under de definerede problemstillinger i relation til seksuel sundhed. Dette begrundes med, at seksuelt overførte infektioner, lav seksuel debutalder, manglende medbestemmelse ved seksuelt samvær samt høj forekomst af uplanlagte graviditeter udgør de største problemstillinger i relation til seksuel sundhed blandt unge i Grønland.

Interventioner, programmer og indsatser samt forebyggelsesstrategier på strukturelt niveau der relaterer sig til forebyggelse indenfor seksuel sundhed inkluderes, da der ønskes at afdække, hvilke strategier og indsatser der anvendes i internationale studier til forebyggelse af problemstillinger i relation til seksuel sundhed. Endvidere inkluderes artikler omhandlende human immundefektvirus (HIV), da den indledende søgning viste at indsatser og interventioner målrettet HIV, ofte var kombineret med indsatser mod seksuelt overførte infektioner generelt.

Tabel 3: *Anvendte in- og eksklusionskriterier ved selektionsprocessen.*

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Unge i aldersgruppen 14 - 29 år.	Seksuelt overførte sygdomme som HPV. Samt andre sygdomme eller lidelser der ikke kan kategoriseres under de definerede problemstillinger i relation til seksuel sundhed. Hertil forebyggelse og behandling af disse.
Interventioner, programmer og indsatser der relaterer sig til forebyggelse indenfor seksuel sundhed i forbindelse med seksuelt overførte infektioner i forhold gonore, klamydia og syfilis, seksuel debutalder, manglende medbestemmelse ved seksuelt samvær samt høj forekomst af uplanlagte graviditeter.	Forebyggelse i relation til seksuel sundhed der ikke er sundhedspolitisk udarbejdet og iværksat. Eksempelvis af forældre, pædagoger, lærer, præster og venner/omgangskreds.
Forebyggelsesstrategier på strukturelt niveau herunder populationsbaseret forebyggelse af indenfor seksuel sundhed.	Kriminelle handlinger i forhold til seksuelt samvær.
Forebyggelsesstrategier af forekomster af HIV/aids.	Bøger, afhandlinger, posters, abstracts, avisartikler.
Peer-reviewed studier og artikler.	
Sprog: Studier på dansk, engelsk, norsk, svensk, grønlandsk.	

8.1.5 Selektionsproces

Ved den anvendte selektionsproces, som illustreres i figur 9 *Flowchart over resultat af selektionsprocessen*, der gennem syv sorteringer. Dette gøres samlet efter identificering af artikler på baggrund af 1. og 2. litteratursøgning. Dette med udgangspunkt i de definerede in- og eksklusionskriterier, hvor der indledningsvist selekteres på baggrund af limits i form af sprog og artikeltype. Dernæst selekteres på titel og efterfølgende ved gennemlæsning af abstract. Efterfølgende frasorteres eventuelle dubletter og derpå skimmes artikler med henblik på selektion til 1. gennemlæsning. Afslutningsvist selekteres der gennem en kritisk vurdering af artiklerne med henblik på, om disse er brugbare til at besvare første forskningsspørgsmål. Resultaterne af selektionsprocessen illustreres efterfølgende i figur 9 *Flowchart over resultat af selektionsprocessen*, i afsnittet 9.0 *Analyse og resultater*.

8.2 Dokumentanalyse

I andet forskningsspørgsmål analyseres udfordringer for seksuel sundhed som kan identificeres i udvalgte dokumenter. Til besvarelse af forskningsspørgsmålet er dokumentanalyse anvendt som metodisk tilgang. Dette med henblik på at opnå nye erkendelser af meningsindholdet af udvalgte dokumenter.

Dokumentanalyse anvendes indenfor en bred vifte af undersøgelsesområder, heriblandt: diskursanalyser, narrative metoder, institutionelle analyser og policy analyser. Hvor dokumentanalysen ofte anvendes til at afdække politiske processer, mediers dagsorden, udviklinger i praksisser og normer i organisationer, til forandringer af meninger, i forhold til at undersøge sociale og politiske fænomener (75). Lynggaard definerer dokumentanalyse ved at: ”... *et dokument udgøres af sprog, der er nedskrevet og fastholdt som sådant på et givet tidspunkt.*” (75). Dokumentanalysen vil der være fokus på nedskrevne tekster i form af folkesundhedsprogrammerne samt andre relevante tekster relateret til programmerne. Alle dokumenter er nedskrevet i tidsperioden fra første folkesundhedsprogram, hvor seksuel sundhed er inkluderet, til nuværende folkesundhedsprogram. Dette stemmer overens med Lynggaards ovenstående definition af dokumentanalyse, som angives at have fokus på nedskrevne tekster i en given tidsperiode, hvor udvikling og forandringer af fænomener over denne tidsperiode derfor vil være i fokus (75).

8.2.1 Begrundelse for valg af dokumenter

I det følgende præsenteres de dokumenter som vil blive genstand for dokumentanalysen. Officielle offentlige tilgængelige dokumenter relateret til folkesundhedsprogrammet i Grønland, fra den første udgivelse i 2012 til i dag inkluderes, dette for at belyse de nuværende og tidligere forebyggende strategier, for på den måde at kunne lære fra tidligere erfaringer, til fortolkning af, hvorledes der fremadrettet kan implementeres forebyggende strategier som har til hensigt at forebygge problemstillingerne i relation til seksuel sundhed. Sneboldmetoden, hvor referencer forfølges efter et på forhånd udvalgt moderdokument (75), er den metode til generering af dokumenter som er anvendt. I det følgende afsnit præsenteres de udvalgte dokumenter som bliver genstand for dokumentanalysen.

8.2.1.1 Beskrivelse af udvalgte dokumenter

Til besvarelse af det andet forskningsspørgsmål er det gældende folkesundhedsprogram *Inuuneritta II - Naalakkersuisuts strategier og målsætninger for folkesundheden 2013-2019* (Inuuneritta II) (11), identificeret som et vigtigt dokument til besvarelse af forskningsspørgsmålet. Denne er udarbejdet af Departement for Sundhed som dikterer nationale strategier og målsætninger for folkesundheden i Grønland. På baggrund af, at dette dokument er det aktuelt gældende, betragtes dette som moderdokumentet. Den organisatoriske struktur af det forebyggende arbejde som ligger til grund for folkesundhedsprogrammet i Grønland beskrives i afsnit 8.2.2 Organiseringen af det forebyggende arbejde. Igennem sneboldmetoden (75) er der ved referencesøgning af moderdokumentet Inuuneritta II, identificeret øvrige relevante dokumenter som inkluderes i dokumentanalysen. Disse skal bidrage med viden om tidligere forebyggende strategier og indsatser.

Der er defineret to inklusionskriterier for inddragelse af dokumenter i form af; relation til det officielle folkesundhedsprogram, relevans for specialets målgruppe. Disse inklusionskriterier er defineret på baggrund af Fixsens *intervention components* (65), jævnfør afsnit 7.2.1 *Intervention components*, samt sneboldmetoden af Lynggaard (75) beskrevet ovenfor.

I og med at det ikke har været muligt at tilgå interne dokumenter hos Departement for Sundhed er analysen foretaget på baggrund af officielle offentlige tilgængelige dokumenter.

Foruden det identificerede moderdokument inddrages der i analysen dokumentet *Inuuneritta - Folkesundhedsprogram Landsstyrets strategier og målsætninger for folkesundheden 2007-2012* (Inuuneritta) (51), som er det første grønlandske folkesundhedsprogram, hvor seksuel sundhed er

inkluderet som fokusområde. Derudover er midtvejsevalueringer af de to folkesundhedsprogrammer henholdsvis *Midtvejsevaluering af folkesundhedsprogrammet Inuuneritta* (49), samt *Midtvejsevaluering af Inuuneritta II* (52) inkluderet, hvor proces og implementering af folkesundhedsprogrammernes fokusområder, samt forebyggende indsatser evalueres.

Slutteligt inddrages rapporten *Børns sundhed i et socialt perspektiv med udgangspunkt i Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet* udarbejdet af MIPI - Videnscenter for børn og unge, Grønlands Selvstyre (76). Rapporten skal bidrage med viden om faktorer som kan have betydning for seksuel sundhed hos målgruppen.

Følgende tabel 4 *Oversigt over udvalgte dokumenter* viser en oversigt over udvalgte dokumenter med begrundelse for inklusion.

Tabel 4: Oversigt over udvalgte dokumenter.

Titel på udvalgt dokument	Beskrivelse af dokument	Begrundelse for inklusion
<p><i>Dokument 1:</i></p> <p><i>Inuuneritta II - Naalakkersuisuts strategier og målsætninger for folkesundheden 2013-2019</i></p> <p><i>I analysen benævnt Inuu-II</i></p>	<p>Inuuneritta II, udgør moderdokumentet for dokumentanalysen, og er på nuværende tidspunkt det gældende folkesundhedsprogram. Dette dokument beskriver prioriteringer og mål for folkesundheden i Grønland.</p>	<p>Skal bidrage med viden omkring de visioner og mål som på nuværende tidspunkt er i fokus. Bidrager med viden om, hvordan forebyggelse er tiltænkt, organiseret og prioriteret.</p>
<p><i>Dokument 2:</i></p> <p><i>Inuuneritta - Folkesundhedsprogram Landsstyrets strategier og målsætninger for folkesundheden 2007-2012</i></p> <p><i>I analysen benævnt Inuu-I</i></p>	<p>Er det første folkesundhedsprogram i Grønland og er det foregående til det nuværende program.</p>	<p>Inkluderer seksuel sundhed som fokusområde, bidrager med viden, om hvordan prioriteringen tidligere har været omkring seksuel sundhed.</p>
<p><i>Dokument 3:</i></p> <p><i>Midtvejsevaluering af folkesundhedsprogrammet Inuuneritta</i></p> <p><i>I analysen benævnt Eval-I</i></p>	<p>Skabe overblik over de landsdækkende indsatser som har været igangsat som led i folkesundhedsprogrammet samt evaluere på vilkår for implementering af disse</p>	<p>Evaluerer på seksuel sundhed som fokusområde i folkesundhedsprogrammet. Bidrager med viden om, hvad der tidligere er gjort for at forbedre seksuel sundhed, samt hvilke virkninger disse tiltag har haft.</p>
<p><i>Dokument 4:</i></p> <p><i>Midtvejsevaluering af Inuuneritta II</i></p> <p><i>I analysen benævnt Eval- II</i></p>	<p>Er en procesevaluering af det eksisterende folkesundhedsprogram. Ser på organiseringen af det forebyggende arbejde, samt på de strukturelle og organisatoriske udfordringer, der har været i forhold til implementering af folkesundhedsprogrammet.</p>	<p>Identificerer fremmende og hæmmende faktorer ved implementering af Inuuneritta II's fokusområder, som kan bidrage med viden i forhold til en fremtidig implementering af indsatser rettet mod at forbedre seksuel sundhed.</p>
<p><i>Dokument 5:</i></p> <p><i>Børns sundhed i et socialt perspektiv med udgangspunkt i Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet</i></p> <p><i>I analysen benævnt MIPI</i></p>	<p>Er et supplement til det første folkesundhedsprogram hvor fokus alene er på børn og unge. Beskriver faktorer på makro niveau som determinerer folkesundheden.</p>	<p>Berører seksuel sundhed med fokus på problemstillinger for seksuel sundhed som er sammenlignelige med specialets fokusområder for seksuel sundhed. Specialets målgruppe er i fokus i denne rapport.</p>

Ifølge Lynggaard (75) skelnes der mellem forskellige typer af dokumenter, henholdsvis primære, sekundære og tertiære dokumenter, som hver især giver adgang til forskellige typer af informationer. Hensigten ved denne opdeling er at skelne mellem, hvilke målgrupper afsender har haft til hensigt at producere dokumentet til, samt hvilke typer af dokumenter som er anvendelige til besvarelse af forskningsspørgsmålet (75).

Primære dokumenter indeholder følsomme oplysninger, som umiddelbart ikke er offentlige tilgængelige (75). Sekundære dokumenter er offentlige tilgængelige dokumenter, for eksempel artikler og rapporter (75). Tertiære dokumenter er analytisk bearbejdede dokumenter over specifikke

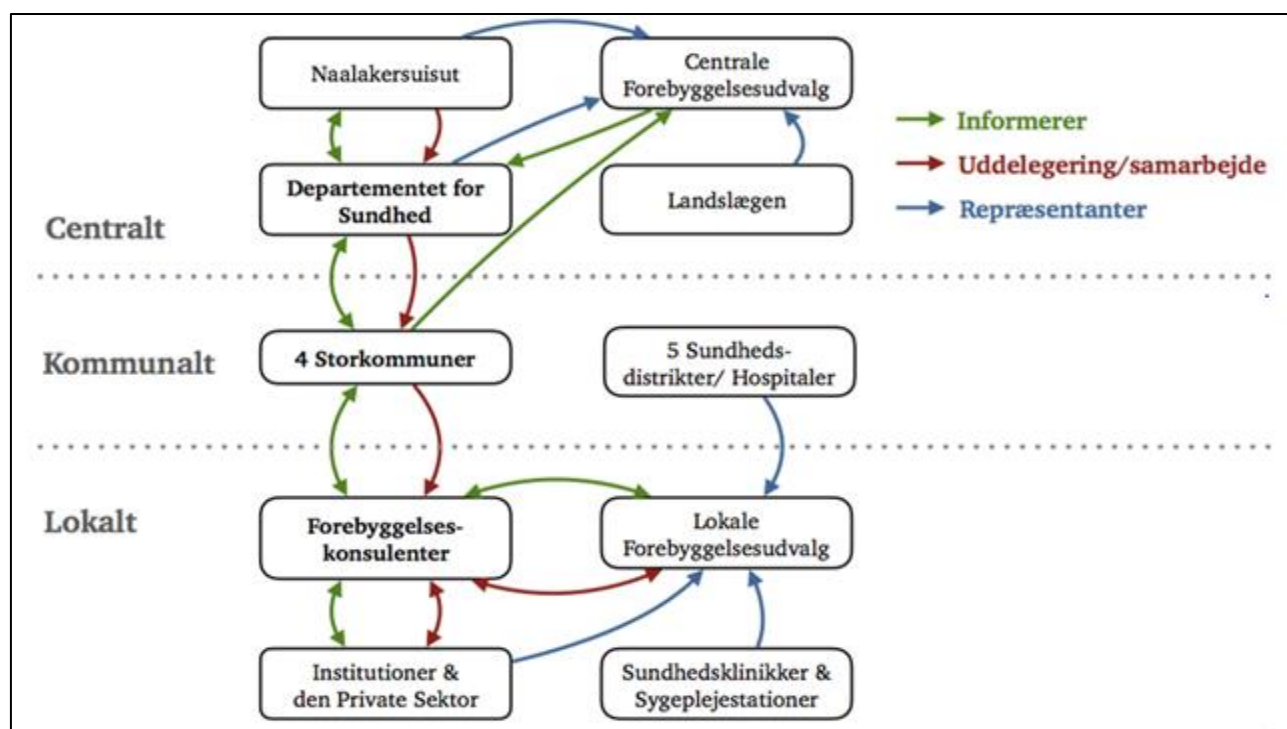
begivenheder og situationer. Disse er ligesom de sekundære dokumenter tilgængelige for offentligheden (75).

De udvalgte dokumenter Inuuneritta og Inuuneritta II, samt rapporten udarbejdet af MIPI er offentlige tilgængelige programmer og vurderes dermed som sekundære dokumenter. De tilhørende midtvejsevalueringer er analytisk bearbejdede og anskues dermed som tertiære dokumenter.

Med udgangspunkt i tredje forskningsspørgsmål omhandlende: Hvordan kan de identificerede udfordringer imødekommes gennem forandring af strategier og indsatser, således at seksuel sundhed i Grønland forbedres, er det derfor relevant at undersøge og fortolke disse sekundære og tertiære dokumenter som kan bidrage med besvarelse af problemformuleringen.

8.2.2 Organiseringen af det forebyggende arbejde

I dette afsnit præsenteres den strukturelle organisering af det forebyggende arbejde i Grønland. Afsnittet skal bidrage med viden om den kontekst, der arbejdes ud fra i relation til folkesundhedsprogrammet.



Figur 7: Forebyggelsesarbejdet i Grønland (Ingemann og Larsen, 2017).

Figur 7 Forebyggelsesarbejdet i Grønland og figur 8 Selvstyret og det Centrale forebyggelsesudvalg, illustrerer organiseringen af det forebyggende arbejde relateret til folkesundhedsprogrammet

Inuuneritta II. Som det fremgår af figur 7 er strukturen for det forebyggende arbejde opdelt i henholdsvis centralt-, kommunalt- og lokalt niveau, som opererer på makro- og mesoniveau (77). På centralt niveau findes Naalakkersuisut (Regeringen), Departement for Sundhed og Det Centrale Forebyggelsesudvalg (CFU) samt Landslægeembedet. Her foretages politiske beslutninger for strategier for folkesundheden. På kommunalt-niveau findes kommunerne og sundhedsvæsnet i form af sundhedsdistrikter og hospitaler.

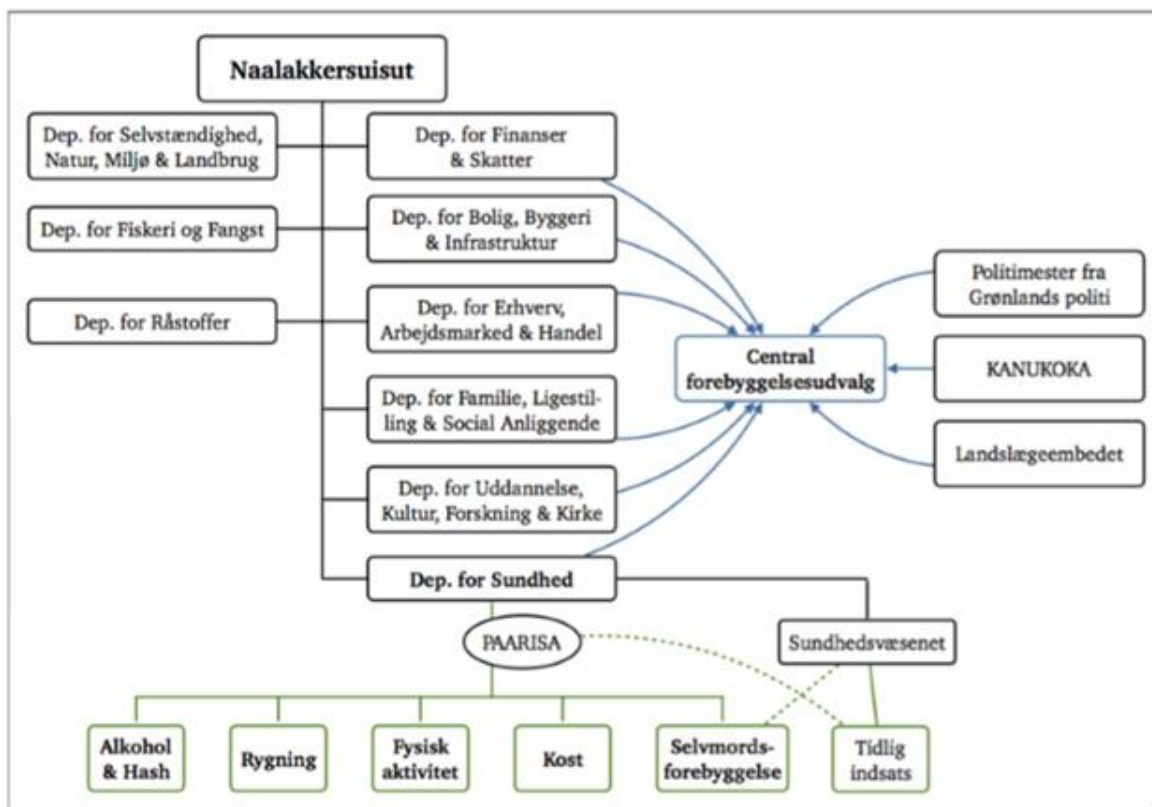
Udmøntning af strategier foregår på lokalt niveau med de kommunale forebyggelseskonsulenter som aktører sammen med de lokale forebyggelsesudvalg (LFU), som repræsenteres af institutioner og den private sektor (52).

Naalakkersuisut er regeringen og består af dennes ministre. Det centrale forebyggelsesudvalg CFU består af repræsentanter fra Selvstyrets øvrige departementer, politiembedet, Kommunernes sammenslutning (KANUKUKA) og Landslægeembedet. CFU er ansvarlig for den overordnede koordinering af indsatser under Inuuneritta II. Arbejdet med folkesundhedsprogrammet er placeret under Departement for Sundhed, hvor forebyggelsesenheden PAARISA ligeledes er placeret (52).

Ud fra Jacobsen og Thorsvik fra 2014 (78), at der kan være tale om en flad organisationsform med kort afstand mellem topledelse og operativ kerne bestående af få personer. Dette kan indikere, at samarbejdet mellem topledelsen og operativ kerne i udmøntning af folkesundhedsprogrammet er tæt forbundet.

Figur 8 *Selvstyret og det Centrale forebyggelsesudvalg* illustrerer yderligere, at seksuel sundhed ikke er prioriteret i folkesundhedsprogrammet og udmøntes ikke som et tiltag under PAARISA.

PAARISA er i marts-april 2019 igangsættes en forandring hvor enheden placeres under Socialstyrelsen til en fælles Styrelse for Forebyggelse og Sociale forhold, med henblik på øgning af de tværfaglige indsatser (79). Detaljer heraf er endnu ikke offentlig tilgængelige, hvilket forklarer den manglende redegørelse for, hvilken betydning dette fremadrettet vil have for arbejdet med folkesundhedsprogrammet.



Figur 8: Selvstyret og det Centrale forebyggelsesudvalg (Ingemann og Larsen, 2017)

8.2.3 Tematisk analysestrategi med udgangspunkt i Braun og Clarke

Forståelse af den tematiske analysestrategi med udgangspunkt i professorerne Virginia Braun og Victoria Clarke fra 2006 (80), vil danne baggrund for den analytiske fortolkning af de udvalgte dokumenter. Tematisk analysestrategi er et redskab placeret indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme (80). Gennem analysen vil den hermeneutiske forståelse gennem fortolkning udgøre det ontologiske samt epistemologiske ståsted. Dette stemmer overens med den store fleksibilitet, som ifølge Braun og Clarke fra 2006 er kendetegnet i den tematiske analysestrategi (80). Med fleksibilitet forstås at den tematiske analysestrategi kan anvendes indenfor flere videnskabsteoretiske retninger. Ud fra datamateriale identificeres og beskrives et antal temaer som kan bidrage til forståelse af et mønster i datamaterialet (80). Temaer i den tematiske analysestrategi udledes på baggrund af, hvorvidt dette har relevans i forhold til forskningsspørgsmålet og ikke på baggrund af prævalens i datamaterialet (80). Sigtet i den tematiske analysestrategi er at fremanalysere underliggende idealer, kontekster, formodninger og ideologier. I dette tilfælde er det relevante at fremanalysere, hvilke ideologier som er fremherskende som forebyggelsesstrategi samt se på den grønlandske kontekst

forebyggelsesstrategien skal udspille sig i. Braun og Clarke fra 2006 opdeler den tematiske analysestrategi i seks faser (80) som i det følgende vil blive gennemgået på baggrund af dokumentanalysen. Trods opstilling af faser, argumenterer Braun og Clarke fra 2006 for, at analysearbejdet er en mere recursiv end lineær proces, hvor man løbende arbejder i de forskellige definerede faser (80). De seks faser er illustreret i følgende tabel 5 *Illustration af de seks faser i anvendt tematisk analysestrategi*, hvor fremgangsmåde for anvendelsen af analysestrategien i dokumentanalysen vil blive præsenteret.

Tabel 5: Illustration af de seks faser i anvendt tematisk analysestrategi.

De seks faser for tematiske analysestrategi af Braun og Clarke fra 2006	
fase 1	Gennemlæsning af dokumenter med fokus på alle dele af teksten
fase 2	Initial kodning, hvor datamaterialet kodes og organiseres i kategorier
fase 3	Kategorierne samles til potentielle temaer, ved at samle relevant data under separate temaer
fase 4	Bearbejdning af temaer, hvor kategorier kan reorganiseres og danne nye temaer
fase 5	Analyse af de specifikke temaer, hvor temaets indhold defineres og temaet navngives
fase 6	Afrapportering af analysen

Fase 1: Gennemlæsning

I den første fase var hensigten at blive fortrolig med data. Inddragede dokumenter blev gennemlæst med henblik på at identificere meninger, mønstre og for at skabe fortrolighed med dokumenterne, som der anbefales af Braun og Clark fra 2006 (80).

Fase 2: Initiel kodning

I analysens anden fase blev den initiale kodning påbegyndt. Meningsbærende dele fra datamaterialet blev identificeret og tildelt en kode, som udgjorde kategorier. I følge Braun og Clarke fra 2006, anbefales systematisk gennemgang af datamaterialet med fokus på alle dele af datamaterialet samt åbenhed for nye aspekter af de meningsbærende dele (80). Igennem analysen blev der anvendt en hermeneutisk tilgang, hvor der blev arbejdet med en vekselvirkning mellem delforståelse og helhedsforståelse. I kraft af den hermeneutiske forståelse blev der kodet ud fra den teoretiske referenceramme som en aktiv del af forforståelsen. Da et led i den hermeneutisk forståelse ligeledes er at være åben overfor nye forståelser, er der udover kategorier relateret til den teoretiske

referenceramme, også fremkommet nye kategorier i analysen. Nedenstående eksempel illustrerer processen fra meningsbærende dele til kategorier i kategorien “prioritering”, som ikke er den del af den teoretiske referenceramme, illustreret i tabel 6 *illustration af meningsbærende dele til kategorier*.

Tabel 6, *illustration af meningsbærende dele til kategorier*.

Meningsbærende del	Kategori
<p>På den politiske arena er alle partier enige om, at der skal bevilges flere penge til børne- og ungeområdet, så man ud fra et samfundsmæssigt perspektiv sikrer, at fremtidens samfundsborgere får optimale kår under deres opvækst. At sikre folkesundheden er en vedvarende proces, der kræver et kontinuerligt fokus (MIPI, s. 6).</p>	Prioritering
<p>Dette skal ikke ske gennem behandling alene. Tiden er inde til at øge fokus på og opprioritere sundhedsfremme og det forebyggende arbejde (Inuu-I, s. 5).</p>	
<p>Indsatsen for at forbedre folkesundheden kan sættes ind overalt i samfundet, men under Inuuneritta II peges der på nogle specifikke forebyggelsesarenaer, hvor indsatsen primært bør lægges. En forebyggelsesarena er den fysiske, organisatoriske eller sociale ramme, hvori forebyggelse og sundhedsfremme udøves (Inuu-II, s. 33).</p>	
<p>Det anbefales, at der på nationalt niveau iværksættes en solid kompetenceopbygning på evalueringsområdet, som omfatter både kvantitative og kvalitative metoder. Dette skal gøres i samarbejde med et panel af forskere for at sikre et højt niveau. Til dette arbejde bør der sikres en økonomisk pulje til evalueringer af indsatser på folkesundhedsområdet (Eval-I, s. 9)</p>	
<p>Midtvejsevalueringen viser, at der findes mange udfordringer med de lokale forebyggelsesudvalg i de forskellige kommuner og byer. Disse udfordringer indebærer fravær af medlemmer ved møder (især/oftest sundhedsvæsenet), udfordrende samarbejdsrelationer og uklarheder i ansvarsfordeling (Eval-II, s. 17)</p>	

Fase 3: Generere temaer

Efter at datamaterialets meningsbærende dele blev opdelt i kategorier blev den tredje fase påbegyndt efter fremgangsmåde af Braun og Clarke fra 2006 (80), hvor disse kategorier gennem analyse blev samlet til temaer. Den initiale kodning foregik med hjælp af softwareprogrammet Nvivo 12 Pro. Efter kodningen blev kategorierne, med de dertilhørende meningsbærende dele, printet ud og gennemgået, med henblik på at identificere nye mønstre og for at sikre konsistens i de respektive kategorier.

Fase 4: Gennemgang af temaer

I den fjerde fase foregår bearbejdning af de fremanalyseret temaer, hvor temaer opdeles eller sættes sammen på ny (80). I denne fase af analysen er processen gentaget flere gange for at kunne fremkomme med gennemarbejdet temaer.

Fase 5: Temaernes indhold defineres og temaet navngives

I femte fase var hensigten at undersøge essensen af de enkeltstående temaer i sammenhæng til andet forskningsspørgsmål, hvor der med hjælp af temaer blev analyseret, hvilke udfordringer der identificeres under de respektive temaer. Herefter blev temaerne analyseret gennem teori fra den teoretiske referenceramme, jævnfør afsnit 7.0 *Teoretisk referenceramme*. Den analytiske proces fra kategorier til temaer er illustreret i nedenstående tabel 7 *Oversigt over kategorier og temaer*. Der blev samlet kodet 15 kategorier som gennem den tematiske analyseproces er blevet til 4 temaer henholdsvis; ledelsesmæssige udfordringer for implementering, organisatoriske udfordringer for implementering, ulighed som udfordring for implementering og ensrettet forebyggelsesstrategi som udfordring for seksuel sundhed. Tabellen er en samlet oversigt over de fremkomne kategorier som er blevet samlet i temaer. Der henvises til *Bilag 3*, for yderligere oplysninger over fremkommende kategorier og temaer.

Tabel 7: *Oversigt over kategorier og temaer.*

Kategorier	Temaer
<i>Placering af ansvar</i>	Ledelsesmæssige udfordringer for implementering
<i>Ledelse</i>	
<i>Prioritering af ressourcer</i>	Organisatoriske udfordringer for implementering
<i>Implementering</i>	
<i>Stadier i implementeringen</i>	
<i>Monitorering og evaluering</i>	
<i>Udfordringer i organisationsstruktur</i>	
<i>Syn på sundhed og et godt liv</i>	Ulighed som udfordring for implementering
<i>Ulighed i sundhed</i>	
<i>Socio-økologisk perspektiv</i>	
<i>Kompetencer</i>	
<i>Fokus på forebyggende sundarbejdet</i>	Ensrettet forebyggelsesstrategi som udfordring for seksuel sundhed
<i>Forebyggelse målrettet individet</i>	
<i>Forebyggelse målrettet befolkningen</i>	
<i>Trussel mod seksuel sundhed</i>	

Fase 6: Afrapportering af analysen

I den sjette og sidste fase foregår afrapportering af analysen (80), som præsenteres i afsnit 9.2 *Resultater af dokumentanalysen.*

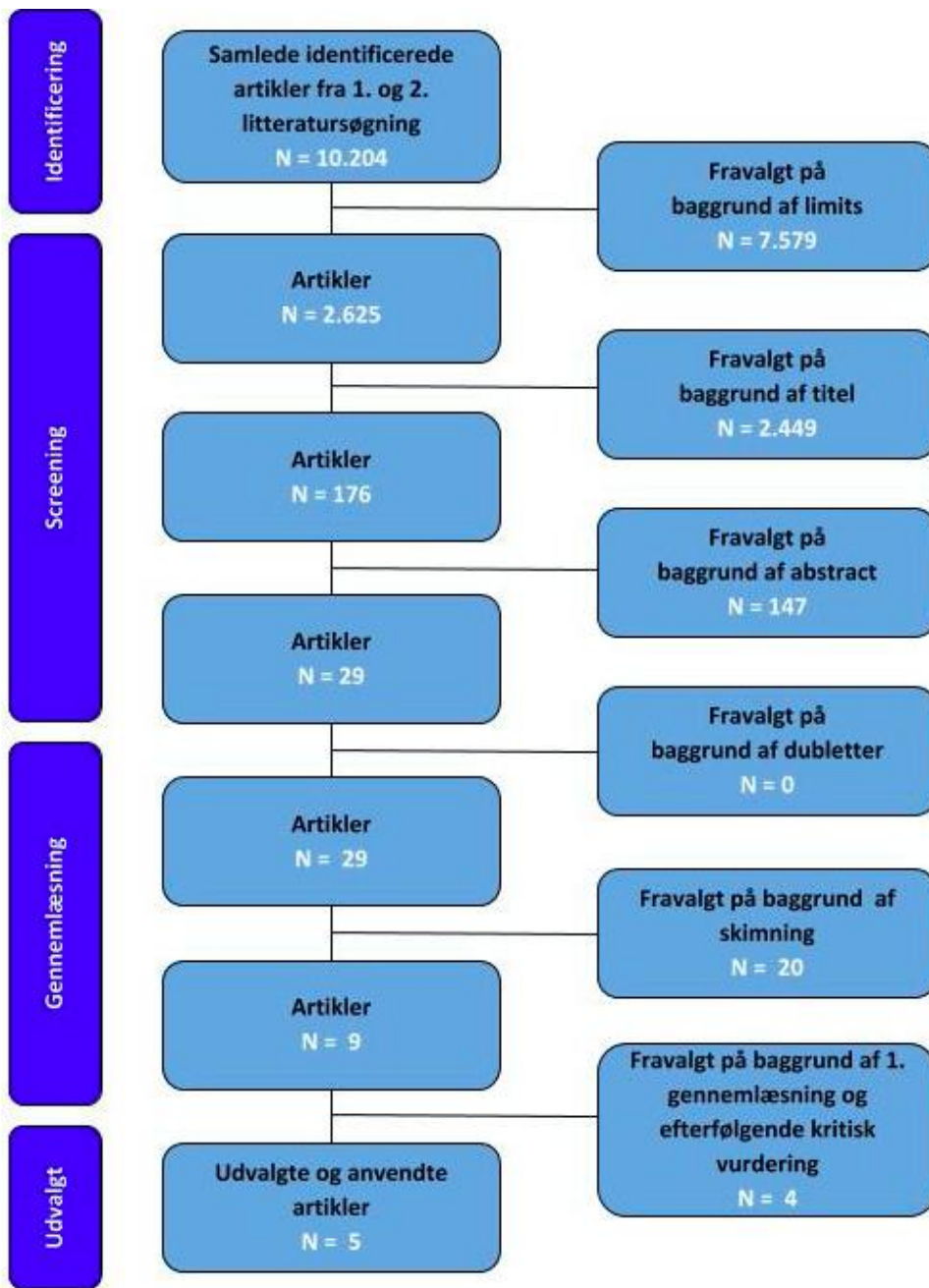
9.0 Resultater og analyse

Det følgende resultatafsnit indeholder resultater fra den systematiske litteratursøgning samt resultater fra dokumentanalysen. Disse resultater vil samlet danne grundlag for en samlet analyse med henblik på at udarbejde et forandringsbidrag med anbefalinger til forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland.

9.1 Systematisk litteratursøgning

Formålet med den systematiske litteratursøgning var at bidrage med viden om, hvordan seksuel sundhed i Grønland forbedres på baggrund af en forandring af forebyggende sundhedsstrategier, således at problemstillingerne i relation til seksuel sundhed kan forebygges. Den systematiske litteratursøgning besvarer dermed første forskningsspørgsmål om hvilke strategier og indsatser der anvendes i internationale studier til forebyggelse af problemstillinger i relation til seksuel sundhed hos unge i aldersgruppen 14 - 29 år.

På baggrund af den systematiske litteratursøgning er der udvalgt og anvendt i alt fem artikler som præsenteres i nedenstående tabel 8 *Oversigt over udvalgte artikler*. Resultatet af selektionsprocessen som illustreres ved figur 9 *Flowchart over resultater af selektionsprocessen*. af den systematiske litteratursøgning viser, på tværs af alle databaser samlet ud fra 1. og 2. søgning, at der blev identificeret i alt 10.204 hits. Efter den første screening af artikler, fravælges 7.579 artikler på limits. Dernæst sorteres 2.449 artikler fra på titel samt yderligere 147 artikler ved gennemlæsning af abstracts. Der figurerede ingen dubletter og efter skimning af artikler frasorteres yderligere 20 artikler. I alt ni artikler gennemgik 1. gennemlæsning, hvorpå der blev frasorteret tre artikler. De resterende seks artikler gennemgik en kritisk vurdering på baggrund af relevante tjeklister jævnfør Bilag 2, hvor yderligere en artikel blev frasorteret.



Figur 9: Flowchart over resultat af selektionsprocessen.

Tabel 8: *Oversigt over udvalgte artikler.*

Studietype	Årstal	Forfatter	Titel
Systematisk Review	2016, USA	L'Engle, K. et. al.	Mobile Phone Interventions for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review.
RCT	2010, Australien	Lim, M., et. al.	Impact of text and email messaging on the sexual health of young people: a randomized controlled trial.
RCT	2005, USA	VanDevanter, N., et. al.	A Community-based Intervention Designed to Increase Preventive Health Care Seeking Among Adolescents: The Gonorrhea Action Project.
Quasi-Experimental	2015, Grønland	Rink E., Montgomery-Andersen R., Anastario M.	The effectiveness of an education intervention to prevent chlamydia infection among Greenlandic youth.
Review	2015, USA	Decker, M. J., Berglas, N. F., Brindis, C. D.	A Call to Action. Developing and Strengthening New Strategies to Promote Adolescent Sexual Health.

9.1.1 Syntese af resultaterne ud fra udvalgte artikler

Overordnet set kan det ud fra L'Engle, et al. være muligt, at anvende mobiltelefon som redskab i form af kampagner og oplysninger til at nå de unge på tværs af køn og etnicitet i forbindelse med indsatser rettet mod seksuel og reproduktiv sundhed hos unge (81).

Lim et al. finder ligeledes, at brug af mobiltelefon og e-mails til unge som har et væsentligt forbrug af disse elektroniske midler, har effekt i forhold til at øge deres viden om seksuelt overførte infektioner. Ydermere, at kvinderne i højere grad opsøgte samtaler med sundhedsprofessionelle samt blev testet for seksuelt overførte infektioner (82). Dette suppleres af Decker et al. der efter gennemgang af forskningslitteratur har opsummeret seks væsentlige strategier til at forebygge samt fremme seksuel sundhed blandt unge, hvor det at engagere unge gennem brug af teknologi og medier er præsenteret som en af strategierne (83). Ligeledes findes yderligere strategier omhandlende, at sundhedsprofessionelle skal opnå forståelse for kompleksiteten i at være ung ved håndteringen af problemstillinger i relation til seksuel sundhed. Dertil, at seksualundervisning til unge opkvalificeres, at adgangen til præventionsmidler og andre seksuelle sundhedsydelse også øges og afslutningsvist, at målrettede indsatser mod specifikke populationer samt at sundhedspolitiske tilgange rettet mod seksuel sundhed oprettes (83).

VanDevanter et al. evaluerer forebyggelse af seksuel sundhed baseret på tre workshops med unge med fokus på deres viden om og handlekompetencer til at opsøge forebyggende lægebesøg. Herved findes, at særligt kvinder har en positiv tilgang i forhold til at booke en forebyggende lægekonsultation (84).

Rink et al. konkluderer, at korte forebyggende indsatser i form af sessioner rettet mod seksuel sundhed og seksuelt overførte infektioner blandt unge i Grønland, der tager højde for kulturelle og kontekstnære forhold, har en forebyggende effekt, hvorved odds for seksuel overførte infektioner efterfølgende var signifikant lavere blandt unge der lever isoleret i et arktisk samfund (85).

De udvalgte artiklers kvalitetsvurdering angiver karakterer af divergerende kvalitet. Dette på trods af at tre af artiklerne, i form af et systematiske review og to kontrollerede randomiserede studier, rangerer forholdsvis højt evidensmæssigt (86). Imidlertid retter alle fem artikler sig mod seksuel sundhed i relation til unge, hvilket er relevant i forhold til den definerede målgruppe på unge i alderen 14-29 år. Ydermere er der på baggrund af, at artiklernes resultater taler for forebyggelse i forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland, udledt relevante elementer fra artiklerne, hvor til der vurderes en velegnet overførbarhed til unge generelt samt unge der er bosat i en grønlandsk kontekst. Dette værende i form af brug af teknologiske virkemidler som mobiltelefonen (81,82), som anvendes på tværs af køn og etnicitet og som ydermere muliggør forebyggelse på tværs af store geografiske afstande. Endvidere er workshops og sessioner med unge (84,85), hvor unge involveres i forebyggelsen. Og ydermere et fokus på at sundhedspersonale, hvor der i relation til en grønlandsk kontekst kan være tale om forebyggelseskonsulenter, at skal have fokus på samt have nødvendige færdigheder til, at håndtere kompleksiteten ved at være ung i forbindelse med forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed (83)

9.1.2 Kritisk vurdering af udvalgte artikler

Alle artikler har gennemgået en kritisk litteraturgennemgang, hvor udarbejdede tjeklister dokumenteres i *Bilag 2 – Kritisk gennemgang af udvalgte artikler*.

Den kritiske litteraturgennemgang er udført på basis af tjeklister der udvælges til hver artikel, hvor Critical Appraisal Checklists fra The Joanna Briggs Institute (JBI) gennemgående er anvendt (87). Herunder er forskellige typer af tjeklister blevet anvendt, da de udvalgte artikler har divergerende studiedesigns og består af 2 RCT-studier, et quasi-eksperimentelt studie (88) samt et review og systematisk review (89). De fem artikler vil i det følgende blive præsenteret i tabel 9-13.

Tabel 9: Artikel af L'Engel et al., 2016 (81).

L'Engel et al. 2016			
<i>Mobile Phone Interventions for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review.</i>			
Formål	Population	Design og metode	Resultater
At afdække samt vurdere, hvilke strategier og resultater til og af brug af mobiltelefoner i interventioner til seksuel og reproduktiv sundhed blandt unge (ASRH), hvortil tjeklisten mHealth Evidence Reporting and Assessment (mERA) anvendes. Checklisten mERA er udviklet af Verdenssundhedsorganisationen mHealth Technical Evidence Review Group og anvendes specifikt til at vurdere forskning af interventioner, hvor mobiltelefonen anvendes til forbedring af sundheden.	Studiets fund er rettet mod unge i alderen 10-24 år.	Designet er et systematiske review med søgninger i 8 forskellige databaser efter peer-reviewed studier udgivet fra januar 2000 til august 2014 i PubMed, Embase, Global Health, PsykInfo, Popline, Cochrane Library, Web of Science og mHealthevidence.org. I søgningen blev anvendt tre forskellige facetter; ungdom, seksuel og reproduktiv sundhed (SRH) og mobil teknologi.	I alt generede søgningen 35 artikler, der gav viden om strategier og indsatser anvendt på flere niveauer af sundhedsvæsenet fordelt på syv forskellige lande. Majoriteten af alle interventioner anvendte SMS-beskeder i form af kampagner målrettet ASRH med mulighed for gennem sms at stille spørgsmål vedr. ASRH hos en sundhedsprofessionel. Derudover anvendes sms-beskeder til at give oplysninger om vaccinationer, screening og behandling af seksuelt overførte infektioner. Ved anvendelsen af mERA blev 41% i gennemsnit af de væsentlige mHealth-kriterier opfyldt. Ydermere blev gennemsnitligt 82% af artiklernes metodologiske rapporteringskriterier opfyldt. Dette kan indikere, at anvendelse samt inddragelse af brug af sms-beskeder i sundhedsforbyggende og fremmende kampagner i forbindelse med seksuelt overførte infektioner, screening, behandling og opfølgning, kan resultere i en forbedret ASRH. Resultaterne fra inkluderede artikler understøtter forskellige anvendelser af mobiltelefoner til unge med henblik på at forbedre ASRH. Brugen af mobiltelefoner er et acceptabelt redskab og relevant for unge globalt at anvende, dette værende på tværs af køn og etnicitet.
Kvalitetsvurdering			
Studiets design rangerer højt evidensmæssigt og opfylder de fleste krav ved den kritiske gennemgang (Bilag 2). Artiklen demonstrerer en høj grad af transparens og metoden er tydelig beskrevet. Ligeledes er de fundne artikler specifikt beskrevet og overskueligt illustreret. Imidlertid er de inkluderede artikler af varierende kvalitet.			
Vurdering af overførbarhed			
Resultaterne taler for brugen af mobiltelefonen til forbedring af ASRH vil have en effekt blandt unge. Indsatser er anvendt på tværs af køn og etnicitet og det kan heraf udledes at metoden kan være anvendelig målrettet grønlandske unge.			

Tabel 10: Artikel af Lim et al., 2010 (82).

Lim et al., 2010			
<i>Impact of text and email messaging on the sexual health of young people: a randomized controlled trial.</i>			
Formål	Population	Design og metode	Resultater
At undersøge om brug af sms og e-mails ved som sundhedsfremmende indsatser rettet som seksuel sundhed til unge, ville øge unges viden om seksuel overførte infektioner, om de ville have øget tendens til opsøge sundhedsydelse og om det ville øge deres brug af kondom.	Inklusionskriterier for deltagelse i undersøgelsen var unge i alderen 16-29 år. Deltagere skulle være engelsktalende, være i besiddelse af mobiltelefon og e-mail. Deltagere var bosiddende i Victoria Australien og Tasmanien New Zealand. Rekruttering af deltagere foregik gennem en musikfestival, hvor tilfældige unge blev spurgt om de havde lyst til at deltage og havde mulighed for selv at henvende sig hvis de ønskede at deltage i undersøgelsen.	Der er tale om en non-blinded randomiseret kontrolleret undersøgelse med 994 deltagere. Disse blev opdelt i en interventionsgruppe, som modtog beskeder gennem SMS og e-mails som omhandlede seksuel sundhed blandt unge, og en kontrolgruppe som ingen beskeder fik. Deltagerne skulle besvare et spørgeskema ved baseline og igen ved follow-up 3, 6 og 12 måneder efter.	Resultaterne fra undersøgelsen viste signifikante forskelle mellem interventionens og kontrolgruppe på følgende punkter: At både mænd og kvinder i interventionsgruppen, oplevede øget viden om seksuel overførte infektioner (OR=3.19 hos mænd og OR= 2.36 hos kvinder) i forhold til kontrolgruppen. At kvinder i interventionsgruppen i højere grad opsøgte samtaler med sundhedsprofessionelle omkring seksuel sundhed (OR=2.51) i forhold til kontrolgruppen, samt at flere kvinder i interventionsgruppen (OR=2,51) blev testet for seksuel overførte infektioner i forhold til kontrolgruppen. Undersøgelsen viste ligeledes at der ingen forskel var på interventions- og kontrolgruppen hvad angår brugen af kondom.
Kvalitetsvurdering			
Undersøgelsen er vurderet middel til god. Svaghed ved denne undersøgelse er det store frafald af undersøgelsesdeltagere, ved baseline deltog 441 i interventionsgruppen og 456 i kontrolgruppen. Ved follow-up 12 måneder efter undersøgelsens start, var kun 177 tilbage i interventionsgruppen og 210 i kontrolgruppen. Det vil sige, at der har været et frafald på mere end halvdelen af de oprindelige deltagere. Grundet anonymisering af undersøgelsesdeltagerne har det ikke været muligt at kontakte deltagerne med henblik på undersøgelse af karakteristika hos frafaldsgruppen, hvilket gør at det kan være svært at vurdere og der kan være tale om selektionsbias.			
Vurdering af overførbarhed			
Indsatsen som undersøgelsen bygger på, vurderes overførbar og velegnet til grønlandske forhold. Der er tale om en indsats udført ved hjælp af e-mail og mobiltelefon hos en yngre befolkningsgruppe som har et stort forbrug af disse hjælpemidler. Denne indsatsform kan ses relevant i Grønland grundet de store geografiske afstande. Disse afstande gør, at det kan være vanskeligt at nå ud til grupper som befinder sig i yderdistrikter. Indsatser baseret på it-teknologi, gør det derfor muligt at nå ud med disse budskaber i forhold til forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed, uafhængigt af geografiske udfordringer.			

Tabel 11: Artikel af VanDevanter et al., 2005 (84).

VanDevanter et al., 2005 <i>A Community-based Intervention Designed to Increase Preventive Health Care Seeking Among Adolescents: The Gonorrhea Action Project.</i>			
Formål	Population	Design og metode	Resultater
<p>Studiets formål er at evaluere, hvorvidt forebyggelse af seksuel sundhed baseret på tre workshops med viden om og handlekompetencer til forebyggende lægebesøg, vil kunne resultere i at flere unge opsøger forebyggende sundhedsydelse i form af sundhedsmæssige "check-ups", hvor de unge blandt andet kan blive testet for seksuelt overførte infektioner.</p>	<p>Studiepopulationen er unge i alderen 12-21 år på Community-based Organization (CBO) i henholdsvis Harlem, New York og Prince George County, Maryland i USA. CBO er skoler som understøtter unge som af forskellige grunde ikke kunne gennemføre college og dermed er uden uddannelse.</p> <p>Studiepopulationen er indsamlet i perioden januar 2000 til juni 2001. Deltagere i studiet blev inkluderet ud fra alder og geografi, dog blev mænd i Prince George County ikke inkluderet, med begrundelse i, at der ikke fandtes nogen Public Health klinik målrettet mænd. I alt blev der inkluderet 114 kvinder og 108 mænd i Harlem (n=226) samt 91 kvinder (n= 91) i Prince George County.</p>	<p>Artiklen angiver et randomiseret kontrolleret studie. Der er i både Harlem og Prince George County randomiseret i henholdsvis en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Data blev indsamlet på baggrund af selvudfyldte spørgeskemaer og blev ved baseline indsamlet inden randomiseringen og efterfølgende follow-up interviews blev foretaget umiddelbart efter gennemførelse af interventionens workshops, samt tre måneder efter opstart af interventionen. Interviews blev anvendt som follow-up som omhandlende demografiske karakteristika samt spørgsmål som underbyggede psykosociale faktorer som kunne vurderes som et udtryk for deltagerens ønske om at modtage forebyggende indsatser, her blev deltagerne blandt andet adspurgt om forebyggende undersøgelser i forhold til seksuelt overførte infektioner. Ved follow-up efter tre måneder blev deltagerne adspurgt, hvorvidt de allerede havde booket en lægekonsultation eller havde overvejet dette. Samt i hvilket omfang de havde talt med familie og venner om vigtigheden i at konsultere en læge med ønske om et "check-up". Data blev analyseret i STATA gennem logistisk regression og lineær regression. Den statistiske signifikans blev sat til $p < .05$.</p>	<p>Resultaterne fra follow-up interviews viser, at signifikant flere kvinder i interventionsgruppen end kontrolgruppen er positive i forhold til at booke lægekonsultation til "check-up", hvilket vurderes at være på baggrund af interventionen (p-værdi=0,004). Det er dog tydeligt at det kun er kvinderne, der profiterer af interventionen, da der ikke ses samme signifikante forskel mellem intervention og kontrolgruppe hos mænd. Der er ligeledes signifikant forskel på, om kvinderne i interventionsgruppen og kvinderne i kontrolgruppen har talt med familie og venner om vigtigheden af "check-ups". Der er ikke fundet statistisk signifikans for at interventionen påvirker deltagerens self-efficacy og sociale normer.</p>
<p>Kvalitetsvurdering</p> <p>Studiets validitet svækkes af, at der er, ikke er inkluderet mænd ved i studiepopulationen fra Prince George County. Når studiepopulationen øges, højnes muligheden for at se en signifikant effekt af en intervention. Det er dermed uklart om et højere antal af mænd i studiepopulationen vil kunne have påvist en signifikant effekt. Imidlertid præsenterer studiet, hvorledes at en intervention kan bidrage til forståelse for vigtigheden af "Check-ups" ved forebyggende sundhedsarbejde hos studiets deltagere som eksempelvis forebyggelse af seksuelt overførte sygdomme inden for den seksuel sundhed.</p>			
<p>Vurdering af overførbarhed</p> <p>Studiet tager udgangspunkt i en amerikansk kontekst. Målgruppen vurderes sammenlignelig med specialets målgruppe og ydermere orienterer studiet sig forebyggende sundhedsarbejde gennem check-ups for blandt andet seksuel overførte sygdomme og derigennem forbedrer seksuel sundhed. Studiet resultater vurderes dermed anvendeligt og overførbare.</p>			

Tabel 12: Artikel af Rink et al., 2015 (85).

Rink et al. 2015			
<i>The effectiveness of an education intervention to prevent chlamydia infection among Greenlandic youth.</i>			
Formål	Population	Design og metode	Resultater
<p>At implementere en forebyggende intervention: "Inuulluataarneq - Having the Good life" med målet om at reducere seksuelle overførte infektioner, aktuelt her klamydia, blandt unge i Grønland, der lever i et isoleret arktisk samfund. Artiklen angiver en hypotese om, at en øget viden om seksuelt overførte infektioner og seksuel sundhed samt en forbedret kommunikation blandt forældre og unge vil have en påvirkning på seksuel risikoadfærd blandt unge og dermed reducere seksuelt overførte infektioner blandt de unge.</p>	<p>Populationen er angivet i form af unge som deltog i interventionen. Den gennemsnitlige alder blandt deltagerne var 15,8 år og med et sample size på N=67 unge, hvoraf 80% var kvinder, ved baseline og med et frafald på N=27 unge ved endpoint. Unge fra to byer deltog i interventionen, med populationer på henholdsvis N=1515 fra den grønlandske sydvest kyst og N=1282 fra den grønlandske nordvest kyst.</p>	<p>Artiklen angiver et quasi-eksperimentelt studiedesign. Der er imidlertid ikke angivet nogen kontrolgruppe og follow-up var vanskelig at gennemføre. Med baggrund i indledende møder med de lokale fra de to inkluderede byer, blev der udviklet en intervention indeholdende syv sessioner. Forældre til de unge deltog indledningsvist ved de første sessioner som omhandlede undervisning vedrørende seksuel sundhed samt kommunikationsfærdigheder blandt forældre og unge i forbindelse hermed. Forældrene deltog yderligere afslutningsvist efter de syv sessioner i fokusgruppeinterviews, for at få en forståelse af deres oplevelse af, at samtale med deres børn/unge om emner vedr. seksuel sundhed.</p> <p>En lokal person fra hver by blev udvalgt som nøgleperson og blev uddannet i forebyggelse af seksuelt overførte infektioner og seksuel sundhed, strategier indenfor samfundsbaseeret deltagende forskning, dataindsamlingsmetoder og etik. Disse nøglepersoner varetog sessionerne. Ved hver session deltog 5 til 8 unge med indhold af historiefortælling, undervisning, udvikling af færdigheder og gruppediskussioner i emner vedr. valg af sexpartner, seksualitet og seksualundervisning, seksuelt overførte infektioner og forebyggelse af heraf. Sessionerne blev udført hen over syv dage enten på den lokale skole eller et kommunalt lokale</p> <p>Deltagerne blev rekrutteret gennem skoler eller af kommunen gennem flyers og plakater der blev udleveret og opsat rundt omkring. Interesserede unge tog kontakt hvis de ønskede deltagelse. Ud over deltagelse i sessionerne udfyldte de unge også et spørgeskema med spørgsmål om seksuelt samvær den sidste uge, den sidste måned samt de sidste tre måneder. Yderligere afleverede hver deltager tre urinprøver undervejs i forløbet. Spørgeskemaerne blev tilsendt og analyseret af Grønlands Universitet, urinprøverne til Statens Serums Institut i Danmark.</p>	<p>Kommunikation mellem forældre og unge om emner der relaterer sig til sex og konsekvenserne ved graviditet, er vigtige faktorer i forebyggelsen af seksuelt overførte infektioner blandt grønlandske unge, hvor odds for en klamydia infektion var signifikant lavere ($p=0,030$). Artiklen fastslår at en kort intervention som "Having the Good life" kan anvendes som forebyggelsesmetode mod seksuelt overførte infektioner blandt unge inuit populationer der er bosat i små isolerede samfund.</p>
<p>Kvalitetsvurdering Studiets validitet forringes ved, at der ikke eksisterer en kontrolgruppe samt at det ikke er muligt at udføre follow-up. Dette resulterer i den overvejende dårlige score i tjeklisten ved den kritiske gennemgang, jævnfør <i>Bilag 2</i>. Imidlertid fremstiller studiet kontekstspecifikke tilgange i interventionen der vurderes at være anvendelig ved implementering af forebyggelse i forbindelse med problemstillingerne i relation til den seksuelle sundhed i Grønland.</p>			
<p>Vurdering af overførbarhed Studiet er adresseret til unge i Grønland og er dermed en relevant målgruppe. Ydermere er der i interventionen taget højde for kontekstnære forhold i et isoleret arktisk samfund, hvor en lokal person inddrages som nøgleperson samt at der kulturelt anvendes metoder i form af historiefortælling, som er en del af den grønlandske kultur i forbindelse med viderebringelse af viden.</p>			

Tabel 13: Artikel af Decker et al., 2015 (83).

Decker et al., 2015 <i>A Call to Action. Developing and Strengthening New Strategies to Promote Adolescent Sexual.</i>			
Formål	Population	Design og metode	Resultater
<p>At gennemgå eksisterende forskningslitteratur med målet om, at identificere strategier der kan forebygge seksuel sundhed, specifikt målrettet uplanlagte graviditeter blandt unge i USA med en fornyet tilgang end den tidligere forebyggelse. Dette er med udgangspunktet i, at der tidligere har været et stort fokus på forebyggelse af utilsigtede graviditeter blandt unge I USA, der de sidste årtier har nedbragt incidensen af uplanlagte graviditeter blandt unge. Imidlertid ses der til stadighed en folkesundhedsmæssig udfordring i form af stor ulighed blandt de unge i relation til uplanlagte graviditeter. Denne ulighed ses i form af unge der geografisk er bosat med ringe muligheder for sundhedsydelse og uddannelse, socioøkonomisk status eller etnicitet.</p>	<p>Artiklen adresserer ikke en specifik aldersgruppe, men målretter formålet til teenagere.</p>	<p>Artiklen fremstår umiddelbart som et review af eksisterende litteratur, hvor der gives en analyse af samt en syntese over publiceret forskning. Der er ikke angivet hvorledes den inddragede litteratur i artiklen er fremkommet. Der angives ingen redegørelse over en systematisk søgning i databaser, in- og eksklusionskriterier samt selektering af litteraturen. Ydermere omtales artiklen undervejs som et paper og det vurderes derfor til at være en videnskabelig udgivet tekst.</p>	<p>Artiklen opsummerer seks væsentlige strategier til at forebygge samt fremme seksuel sundhed. 1. <i>Opnå forståelse for samt håndtere kompleksiteten ved at være ung</i>, 2. <i>Opkvalificere seksualundervisningen</i>, 3. <i>Engagere unge i seksuel sundhed gennem teknologi og medier</i>, 4. <i>Øge adgangen til præventionsmidler og andre seksuelle sundhedsydelse</i>, 5. <i>Oprettelse af konteksttilpassede interventioner</i> og 6. <i>Oprettelse af sundhedspolitiske tilgange</i>. Tilhørende hver strategi er der defineret flere innovationer der konkretiserer strategierne. At der i alt er præsenteret seks strategier, begrundes med, at de underliggende årsager til uplanlagte graviditeter blandt de unge er komplekse, og derfor skal forebyggelsen være multifacetteret. Artiklen konkluderer at erfaring samt uddannelse af de personer der skal håndtere samt udføre specifikke seksuelt relateret sundhedsarbejde med de unge, er nødvendig. Dette for at kunne forstå samt tilgå kompleksiteten i de underliggende årsager til uplanlagte graviditeter blandt disse unge. Ydermere ses en stigende udvikling af seksuelle overførte infektioner, hvilket artiklen advokerer for en fortsat behov for at udvikle samt tilpasse forebyggende strategier i relation til seksuel sundhed blandt disse unge. Strategier som artiklen konkluderer skal at støtte og pleje de unge mens de navigerer i vigtige udviklingsfaser samt i forberedelsen i overgangen fra ung til voksen.</p>
<p><Kvalitetsvurdering Uklarheden om hvorvidt de inkluderede studier er fremkommet kan medvirke til at forringe artiklens validitet. Ydermere rangerer artiklens design som et review lavt i forhold til evidenshierarkiet. Imidlertid opfylder artiklen overvejende alle krav ved den kritiske gennemgang, jævnfør <i>Bilag 2</i>.</p>			
<p>Vurdering af overførbarhed Med baggrund i artiklens fremlægning af, at strategierne er målrettet unge der geografisk er bosat med ringe muligheder for sundhedsydelse og uddannelse samt med fokus på socioøkonomisk status eller etnicitet, vurderes det muligt at hente inspiration i de beskrevne seks strategier i forhold til en forandring af forebyggelsesstrategier i forbindelse med problemstillingerne i relation til seksuelle sundhed hos til grønlandske unge.</p>			

9.2 Resultater fra dokumentanalysen

I dokumentanalysen er de udvalgte dokumenter analyseret, for at identificere hvilke udfordringer der eksisterer i relation til seksuel sundhed i Grønland. De udvalgte dokumenter består af to folkesundhedsprogrammer (11,51), to midtvejsevalueringer af folkesundhedsprogrammerne (49,52) og en rapport omhandlende børn og unges sundhed i et socialt perspektiv (76). Disse vil i det følgende blive refereret til gennem følgende forkortede betegnelser:

Inuu-I: Inuuneritta - Folkesundhedsprogram gældende fra 2007-2012 (Grønlands Hjemmestyre, 2007).

Inuu-II: Inuuneritta II - Folkesundhedsprogram gældende fra 2013-2019 (Naalakkersuisut – Departement for Sundhed, 2012).

Eval-I: Midtvejsevaluering af Inuuneritta - Folkesundhedsprogram udgivet i 2011 (Kamper-Jørgensen et al. 2011).

Eval-II: Midtvejsevaluering af Inuuneritta II - Folkesundhedsprogram udgivet i 2017 (Ingemann og Larsen, 2017).

MIPI: Børns sundhed i et socialt perspektiv med udgangspunkt i Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet udgivet i 2007 (Niqlasen, 2008).

9.2.1 Indledning til dokumentanalysen

Analysen viser flere fællestræk ved de analyserede folkesundhedsprogrammer. Dette er særligt gennem de målsætninger der opstilles for folkesundheden i Grønland. Begge folkesundhedsprogrammer, Inuu-I og Inuu-II, har til formål at øge befolkningens livskvalitet og anser sundhed som det gode liv. Børn og unge er i alle fem dokumenter udpeget som en særlig målgruppe. Derudover har ønsket om lighed i sundhed også en fremtrædende plads.

Det fremgår af dokumenterne Inuu-I, Eval-I og MIPI, at seksuel sundhed tidligere har været et prioriteret fokusområde i Inuu-I, men grundet ønske om reduktion af fokusområder er forebyggelse i relation til seksuel sundhed udgået i Inuu-II til fordel for fokusområder relateret til KRAM-faktorer. Dette grundet, at KRAM-faktorer anses som bedre egnet til konkrete forebyggelsestiltag. Argumentet for, at KRAM-faktorer egner sig bedre til konkrete forebyggelsestiltag frem for eksempelvis seksuel sundhed ikke ekspliciteret eller begrundet i Eval-I. Ligeledes fremgår der ingen begrundelse for, hvorfor seksuel sundhed ikke længere fremstår som et fokusområde i Inuu-II. Dette til trods for, at

problemstillinger relateret til seksuel sundhed fortsat er stigende, jævnfør afsnit 2.1 *Forståelse af seksuel sundhed i Grønland*.

9.2.2 Samlede resultater af dokumentanalysen

Der er i dokumentanalysen fremanalyseret fire temaer som er dannet på baggrund af en tematisk analysestrategi, hvoraf den metodiske tilgang er præsenteret i afsnit 7.2.1 *Tematisk analysestrategi med udgangspunkt i Braun og Clarke*. Resultater fra de fire temaer; ledelsesmæssige udfordringer for implementering, organisatoriske udfordringer for implementering, ulighed som udfordring for implementering, og ensartet forebyggelsesstrategi som udfordring for seksuel sundhed præsenteres i det følgende. Argumentationen for nedenstående fremanalyserede udfordringer ekspliciteres i afsnittene 9.2.3 *Tema 1 - Ledelsesmæssige udfordringer for implementering*, 9.2.4 *Tema 2 - Organisatoriske udfordringer for implementering*, 9.2.5 *Tema 3 - Ulighed som udfordring for implementering*, og 9.2.6 *Tema 4 - Ensartet forebyggelsesstrategi som udfordring for seksuel sundhed*.

Tema 1 - Ledelsesmæssige udfordringer for implementering

Analysens resultater viser identificerede udfordringer som analyseres op imod *leadership-driver* af Bertram et al. (65). Der ses udfordringer i form af mangel på stabil *adaptive* ledelse, som omhandler at reflektere og designe nye løsninger på udfordringer i implementeringen af forebyggende indsatser relateret til folkesundhedsprogrammernes fokusområder. Den *adaptive* ledelsesform ses nødvendig grundet organisatoriske ændringer i Det Centrale Forebyggelsesudvalg (CFU) og forebyggelsesenheden PAARISA samt for at ensrette implementeringsindsatsen hos lokale forebyggelseskonsulenter. Der ses en udfordring ved, at relevante aktører hos kommunerne, sundhedsvæsenet og andre organisationer ikke er medinddraget i beslutningen om folkesundhedsprogrammernes fokusområder, hvilket tolkes at kunne medføre manglende ejerskab og forståelse for programmernes fokusområder.

Tema 2 - Organisatoriske udfordringer for implementering

Analysens resultater viser udfordringer i implementeringsprocessen af folkesundhedsprogrammernes fokusområder gennem politiske valg, grundet en kortsigtet politisk dagsorden på baggrund af økonomiske prioriteringer af de sundhedsrelateret indsatser. En yderligere udfordring ses ved manglende økonomiske ressourcer og en ustabil personalesituation med stort fravær, som kan gøre

arbejdet med implementering af folkesundhedsprogrammerne sårbar. Derudover ses udfordringer grundet sproglige barrierer mellem grønlandsk- og dansktalende sundhedsfaglige konsulenter og forebyggelseskonsulenter, hvilket resulterer i kommunikationsproblemer der bevirker behov for ekstra personressourcer i samarbejdet.

Slutteligt bevirker manglende monitorering af indsatser, i relation til folkesundhedsprogrammerne, at det er vanskeligt at evaluere på indsatserne. Dette vanskeliggør en vurdering af om implementering af disse indsatser har haft den ønskede effekt, hvilket ligeledes anses som en udfordring. Disse identificerede udfordringer er analyseret op imod *Organization-driver* (65), hvor det synliggøres, at de identificerede udfordringer i den grønlandske sundhedsorganisation resulterer i en svækkelse af implementeringen af folkesundhedsprogrammernes indsatsområder.

Tema 3 - Ulighed som udfordring for implementering

I analysens resultater ses der med baggrund i den Socio-økologiske model af Dahlgren og Whitehead fra 1991 (14), udfordringer i forhold til omgivelsernes påvirkninger på individets sundhed, som blandt andet inkluderer samfundets indretning og strukturer, hvor bosteders brede geografiske afstande, kan gøre det vanskeligt at nå ud til alle med forebyggende indsatser. Dertil ses udfordringer i at forebyggende indsatser er af varierende karakter, grundet geografisk placering, hvor yderdistrikter har de færreste sundhedsudbud, til trods for større behov. Påvirkning fra familie igennem negativ social arv, samt individets manglende sproglige og uddannelsesmæssige forudsætninger ses endvidere som udfordringer der begrænser sundheden. Ligeledes viser analysen en udfordring ved mangel på uddannede forebyggelseskonsulenter, som er kvalificerede til at varetage komplekse arbejdsopgaver relateret til folkesundhedsprogrammernes fokusområder, som synliggøres gennem *competency-driver*. Gennem teorien om *competency-driver* i implementeringen tydeliggøres det, at der mangler rekruttering af medarbejdere med de rette uddannelsesmæssige kompetencer, træning af medarbejdere og vejledning i udførelse af folkesundhedsprogrammernes fokusområder. Samt klare retningslinjer for arbejds- og ansvarsfordelinger i det forebyggende arbejde.

Tema 4 - Ensartet forebyggelsesstrategi som udfordring for seksuel sundhed

Resultater af analysen viser, at der primært er anvendt individorienteret forebyggelse for at fremme folkesundheden, hvilket ud fra Roses teori om forebyggelsesstrategier kan være en udfordring når denne forebyggelsesstrategi anvendes alene. Det synliggøres gennem Roses teori, at individorienteret forebyggelse resulterer i kortsigtet effekt som ikke har potentiale til at skabe forandring (55).

Dukkeprojektet, som orienterer sig mod problemstillinger relateret til seksuel sundhed, herunder primært seksuelt overførte infektioner og uønskede graviditeter (48), er et eksempel på individorienteret forebyggelse. Til trods for, at dukkeprojektet har været etableret de sidste 12 år, ses der fortsat stigninger i forekomst af seksuelt overførte infektioner og uønskede graviditeter jævnfør afsnit 2.1 *Forståelse af seksuel sundhed i Grønland*. Fremanalyseret ud fra Rose (55), skyldes dette et behov for populationsorienteret forebyggelse for at kunne skabe langsigtet forandring for folkesundheden.

I de følgende afsnit vil de fremanalyserede temaer blive præsenteret med tilhørende meningsbærende dele i form af citater. Disse underbygger de fund som fremkommer fra dokumentanalysen. De præsenterede temaer vil ved slutningen af hvert tema blive analyseret op imod den teoretiske referenceramme med henblik på at opnå en ny forståelse gennem fortolkning af det analyserede materiale.

9.2.3 Tema 1 - Ledelsesmæssige udfordringer for implementering

Placering af ansvar

Dokumenterne Eval-II, MIPI, Inuu-I beskriver, at ansvaret for folkesundheden overordnet er fordelt mellem Selvstyret og kommunerne. Analysen viser samtidigt, at ansvaret for folkesundheden skal være et fælles anliggende som skal forankres tværsektorielt og foregå på flere niveauer i samfundet. Dette understøttes af følgende citat:

“Folkesundhedsprogrammet tager udgangspunkt i, at sundhed skabes i et sammenspil mellem den enkelte, familien, lokalsamfund, uddannelsesinstitutioner, kommuner, arbejdspladser, hjemmestyret osv., hvor en forbedring af folkesundheden kræver øget deltagelse og engagement fra de nævnte partere.” (Grønlands Hjemmestyre, 2007, s. 11)

Folkesundheden og de udfordringer som ses for folkesundheden, samt de målsætninger som fremkommer i folkesundhedsprogrammerne, anses derfor ikke som et anliggende for Departement for Sundhed alene. Der lægges i stedet op til en bredere ansvarsfordeling, som inkluderer flere af samfundets lag. Dette understøttes i følgende citat fra Inuu-I:

“Der lægges således op til en markant styrkelse af det tværfaglige samarbejde mellem forskellige aktører og på alle niveauer. Øget samarbejde mellem ligestillede parter vil styrke det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde og medvirke til at skabe nye veje og metoder i det forebyggende arbejde.” (Grønlands Hjemmestyre, 2007, s. 11)

Ovenstående ønske om et øget tværfagligt ansvar for folkesundheden i Grønland argumenteres ved, at problemer relateret til folkesundheden ikke udelukkende kan løses gennem folkesundhedsprogrammet. Alle må tage et medansvar således, at der kan opstå en positiv sundhedsmæssig forandring. Dette skal ske ved, at alle sektorer medtænker sundhed i deres aktiviteter. Der ses endvidere tvetydighed i dokumenterne i forhold til sundhedsvæsenets rolle, når folkesundhedsprogrammets fokusområder skal udmøntes. I Inuu-I beskrives sundhedsvæsenet som vigtig aktør i forhold til folkesundhedsprogrammets aktiviteter, hvor det har været tiltænkt, at forebyggelse og sundhedsfremme skal medtænkes i alle af sundhedsvæsenets aktiviteter. I det andet folkesundhedsprogram Inuu-II, ses der et skifte i aktører som nu i højere grad er møntet på kommunerne. I midtvejsevalueringen Eval-II efterspørges et mere fremtrædende engagement fra sundhedsvæsenet, hvilket tydeliggøres med nedenstående citat fra Eval-II:

“Midtvejsevalueringen viser, at folkesundhedsprogrammet kun i et meget begrænset omfang er blevet forankret i sundhedsvæsenet trods denne sektors oplagte centrale rolle i den sundhedsfremmende indsats.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 53)

Citatet viser, at den tværsektorielle ansvarsfordeling for udmøntning af folkesundhedsprogrammet bærer præg af manglende etablering i sundhedsvæsenet. Det fremgår samtidig i samme dokument, at sundhedsvæsenet ikke er repræsenteret i Det Centrale Forebyggelsesudvalg (CFU).

I Eval-II fremgår det, at CFU, har tildelt ansvaret for den overordnede koordinering af folkesundhedsprogrammets indsatser. Selve udmøntningen af konkrete forebyggelsestiltag foretages af forebyggelseskonsulenter placeret lokalt i de grønlandske byer. Disse forebyggelseskonsulenter samarbejder med sundhedsfaglige konsulenter i forebyggelsesenheden PAARISA. Forebyggelseskonsulenter støttes op af Det Lokale Forebyggelsesudvalg (LFU), hvor der i fællesskab arbejdes på lokale forebyggelsestiltag. De lokale forebyggelseskonsulenter oplever, jævnfør følgende citat, uklarhed i det tværfaglige ansvar, hvormed arbejdet med forebyggelsestiltag påvirkes:

“Størstedelen af forebyggelseskonsulenterne sidder alene med et stort ansvar, og mange giver udtryk for, at opgaven er for stor for et enkelt menneske. Manglende placering af ansvaret for sundhedsfremmende indsatser på tværs af sektorer og aktører udfordrer det lokale forebyggelsesarbejde.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 51).

Citatet viser, at der påhviler forebyggelseskonsulenten et stort ansvar til trods for, at der tilstræbes en tværfaglig ansvarsfordeling også lokalt. Ligeledes viser analysen af Eval-II, at forebyggelseskonsulenterne ikke finder prioritering og ressourcer tilstrækkelige til at varetage opgaven i det lokale forebyggelsesarbejde. Udfordringer i forbindelse med ansvarsfordeling er dog ikke nyt. Eval-I, som udkom i 2011, problematiserer ligeledes udfordringer omhandlende manglende ansvarsfordeling, hvilket fremgår i følgende citat:

“Manglende placering af ansvaret for sundhedsfremmende indsatser på tværs af sektorer og aktører udfordrer det lokale forebyggelsesarbejde.” (Kamper-Jørgensen et al. 2011, s. 6).

I forhold til det tværsektorielle ansvar, så beskrives det af flere forebyggelseskonsulenter i Eval-II, at der i nogle byer er etableret et samarbejde med sundhedsvæsenet med henblik på at tilbyde seksualundervisning på visse uddannelsesinstitutioner. Dette samarbejde er dog ikke nationalt og flere forebyggelseskonsulenter efterspørger et sådant tværsektorielt samarbejde med sundhedsvæsenet.

Ledelse

I Eval-II ses fordringer i form af manglende kontinuitet i ledelsen, som har bevirket, at medarbejdere har manglet ensretning i udførelse af arbejdsopgaverne, hvilket illustreres i følgende citat:

“Under Inuuneritta II’s periode har der været en relativ hyppig udskiftning af ledere, hvilket har haft stor indflydelse på implementeringen af programmet. Især på det centrale niveau, men det har også præget processen i resten af organisationen. Flere har derfor manglet retning i deres arbejde, men på den anden side har den skiftende ledelse også haft en fremmende effekt for nogen, som udnyttede friheden konstruktivt til at lave projekter, der opfattes som mere relevante og nyttige i forhold til deres faglige synspunkt.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 23).

Som citatet viser, er det ikke kun medarbejdernes oplevelse af manglende ledelse som har konsekvenser. Organisationen som helhed bærer også præg af en manglende retningsangivende ledelse. Den manglende ledelse vil dermed have en negativ påvirkning på implementeringen af folkesundhedsprogrammets fokusområder. Ydermere viser citatet, at den manglende kontinuerlige ledelse har resulteret i, at flere har faciliteret selvstændige projekter som for den enkelte er fundet relevante, hvilket øger risikoen for ulighed i forebyggelsesarbejdet alt efter geografisk placering.

Igennem dokumenterne, Inuu-I og Inuu-II ses, at forebyggelse gennem folkesundhedsprogrammerne er anvendt over de seneste 12 år. Denne periode har affødt to folkesundhedsprogrammer med sundhedsfremme og forebyggelse som fokus. Analysen viser, at der er sket store ændringer i den organisatoriske tilgang til forebyggelse, hvilket har resulteret i ændring af den overordnede ledelse. Dette understøttes af nedenstående citat som viser, at flere forebyggelseskonsulenter har givet udtryk for afsavn af en tidligere koordinerende ledelsesform:

“Et stort antal af deltagere har givet udtryk for at savne det ‘gamle’ PAARISA, der bliver omtalt som tidligere at have været det koordinerende og administrative organ for forebyggelsesarbejdet i Grønland.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 23-24).

Ledelsen i det førnævnte CFU anfægtes dermed. En forklaring på denne kritik kan findes ved følgende citat:

“Helt grundlæggende er det dog en udfordring, at de prioriterede temaer og indsatser vedtages og igangsættes fra centralt hold uden at gå i dialog med det kommunale niveau, sundhedsvæsenet og andre relevante aktører for et givent område.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 26).

Citatet viser, at inddragelse af fokusområder i en lokal kontekst er mangelfuld, samt at man ikke i tilstrækkelig grad involverer de aktører som arbejder med forebyggelse. Analysen viser endvidere, at den manglende inddragelse har forplantet sig i det lokale arbejde, hvor der implementeres forebyggelse baseret på folkesundhedsprogrammet, som tydeliggøres i følgende citat om de lokale forebyggelseskonsulenter:

“Forebyggelseskonsulenterne giver udtryk for, at de tager udgangspunkt i Inuuneritta II i forhold til at se, hvad det nationale fokus er. Dog er selve Inuuneritta II programmet blevet kritiseret for at være for problembeskrivende, kun at indeholde pæne ord, og mangle forslag til tilgang eller specifikke handlinger for forebyggelseskonsulenter. Med andre ord er det tydeligt, at der skal gøres noget, men meget uklart, hvad forebyggelseskonsulenten i den enkelte by eller bygd rent faktisk skal gøre.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 23).

Indholdet af folkesundhedsprogrammet anfægtes, hvor der samtidig efterspørges mere konkretisering og retningsanvisning. Analysen udpeger ligeledes eksisterende udfordring i koordinering og kommunikation mellem CFU og de lokale aktører gennem følgende citat:

“Forebyggelseskonsulenter udarbejder lokale årsplaner enten i samarbejde med lokale forebyggelsesudvalg eller med deres lokale leder. Disse bliver dog nærmest aldrig tilsendt de sundhedsfaglige konsulenter eller til det centrale forebyggelsesudvalg, hvilket kan hæmme koordineringen af indsatser og dermed ledelsens strukturering af samarbejdet om initiativerne. Midtvejsevalueringen viser, at lokale årsplaner ikke er blevet brugt til koordinering af det forebyggende arbejde.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 23).

Denne manglende koordinering mellem CFU og de lokale forebyggelseskonsulenter vurderes at være et resultat af den manglende forståelse og ejerskab af folkesundhedsprogrammet. Ydermere tydeliggøres udfordringen gennem Eval-II som viser, at CFU ved afholdte møder med LFU ikke tager information fra mødet videre til eget departement og anvender dermed ikke denne viden i forhold til de opstillede fokusområder i Inuuneritta II.

Manglende fordeling af ansvar og konstruktiv ledelse med inddragelse af relevante aktører samt fokus på koordinering mellem aktører, udgør dermed de fremanalyserede udfordringer under dette tema. I Eval-II præsenteres bud på ansvarsplaceringen, hvilket konkretiseres i følgende citat:

“Et vigtigt første skridt er at sørge for, at alle relevante parter sidder omkring bordet, når indsatsen skal konkretiseres og ansvaret placeres og at relevant og opdateret viden omkring mulig evidens på området er tilstede. Dette initiativ ligger naturligt i Departementet for Sundhed.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 31).

Citatet viser dermed en adressering af et ledelsesmæssigt ansvar til Departement for Sundhed, hvormed Departement for Sundhed i kraft af deres centrale rolle i forebyggelse, kan tillægges en større og mere ledende rolle i det forebyggende sundhedsarbejde.

9.2.3.1 Opsamlende teoretisk analyse af Tema 1 - Ledelsesmæssige udfordringer for implementering

Analyseres dokumenterne ud fra Bertram et al. (65) teori om *implementation drivers*, jævnfør afsnit 7.2.1 *Implementeringsteori af Fixsen*, kan *leadership* anvendes som et analyseredskab for den ledelsesmæssige del af implementeringsprocessen og derigennem som et centralt element i forhold til ansvarsfordeling.

Ledelse er ifølge teorien om *implementations drivers* en kernekomponent i implementeringen (65). Ved *leadership-driver* skelnes mellem *technical* og *adaptive* ledelse. Der er behov for *technical* ledelse, hvor organisationen oplever udfordringer, som den tidligere har mødt og dermed har standardiserede procedurer for at løse denne udfordring (65). *Adaptive* ledelse anvendes omvendt, hvor der opleves ukendte udfordringer, hvormed der skal reflekteres og designes nye løsninger (65). *Adaptive* ledelsesform kræver en analyserende og reflekterende tilgang til ledelse, hvor der udvikles en løsning baseret på en forståelse af en kompleks udfordring (65).

Gennem dokumentanalysen er fundet, at der er sket store organisatoriske ændringer ved arbejdet med forebyggelse. Gennem disse ændringer kan det udledes, at en koordineret ledelse har været mangelfuld og der efterlyses en koordinerende og styrende ledelse. Med store organisatoriske ændringer i PAARISA og etablering af CFU samt skiftende ledelse, kan der gennem fortolkning af *leadership driver* (65) argumenteres for, at der på ledelsesniveau fortsat er behov for en mere *adaptive* ledelsestilgang for en vellykket implementering.

Der er fremanalyseret, at forebyggelseskonsulenterne oplever en hyppig udskiftning af ledere og en manglende placering af ansvar hos ledere. Dette har bevirket, at nogle aktører har lavet selvstændige projekter som er refereret som en positiv konsekvens af den manglende ledelse. Ud fra Bertram et al. (65) kan det tolkes, at disse selvstændige projekter kan resultere i en interessekonflikt mellem de forskellige aktører inden for de forskellige fokusområder, som kan præge implementeringsprocessen i en negativ retning, hvorved at implementering af forebyggelse ikke honorerer folkesundhedsprogrammets fokusområder.

Inuuneritta II er udviklet uden medinddragelse af relevante aktører fra det kommunale niveau og sundhedsvæsenet. Dermed kan det tolkes, at Inuuneritta II imødekommer en kompleks udfordring

ledelsesmæssigt med *technical* ledelse frem for en *adaptive* ledelse. I forhold til teori om *implementation drivers* så er *adaptive* ledelse en væsentlig forudsætning for en langtidsholdbar løsning på komplekse udfordringer. I kraft af, at der ikke anvendes en *adaptive* ledelse, hvor eksempelvis repræsentanter fra lokale forebyggelseskonsulenter, samt repræsentanter fra sundhedsvæsenet bliver medinddraget, kan der fremanalyseres en risiko for, at disse aktører mister ejerskab og forståelse for folkesundhedsprogrammet. Folkesundhedsprogrammet vil dermed i sidste ende have svært ved at opnå dets målsætninger, da folkesundhedsprogrammet ikke forstås og implementeres i den givne kontekst.

9.2.4 Tema 2 - Organisatoriske udfordringer for implementering

Prioritering af ressourcer

Analysen af dokumenterne viser, at prioritering i forskellige udgaver ses som en udfordring i forebyggelse i relation til seksuel sundhed i Grønland. Disse prioriteringer omhandler fravær af medarbejdere, politisk indblanding i det forebyggende arbejde samt økonomiske prioriteringer som hver anses som en udfordring.

Der fremanalyseres et ønske om fokus på prioriterede forebyggende indsatser, hvilket ses i nedenstående citat fra Inuu-II:

”Indsatsen for at forbedre folkesundheden kan sættes ind overalt i samfundet, men under Inuuneritta II peges der på nogle specifikke forebyggelsesarenaer, hvor indsatsen primært bør lægges. En forebyggelsesarena er den fysiske, organisatoriske eller sociale ramme, hvori forebyggelse og sundhedsfremme udøves.”
(Naalakkersuisut – Departement for Sundhed, 2012, s. 33).

I denne prioritering af fokusområder i folkesundhedsprogrammerne er ressourcer tilknyttet personale opdelt efter fokusområderne. Dette beskrives i Eval-II at give problemer når der opstår fravær af medarbejdere, som ses i nedenstående citat:

”Hvert temaområde på det centrale niveau er kun bemandet med en enkelt sundhedsfaglig konsulent. Selvom de sundhedsfaglige konsulenter er fagligt rustede, så er dette en meget sårbar situation for forebyggelsesarbejdet, når for eksempel en konsulent bliver nødt til at sygemelde sig og området derved ikke længere bliver løftet.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 27).

Citatet henviser til de sundhedsfaglige konsulenter som arbejder i forebyggelsesenheden PAARISA. Det ses dog endvidere, at problemet med fravær ikke alene findes i denne enhed, men gør sig gældende i hele den forebyggende organisation. Således beskriver Eval-II, at problemet med fravær ligeledes gør sig gældende i LFU i byerne, hvor især repræsentanter fra sundhedsvæsenet ofte er fraværende, hvilket beskrives at føre til udfordringer for samarbejdsrelationerne og uklarheder i ansvarsfordelingerne. I CFU ses samme mønster med fravær, hvilket fremgår af nedenstående citat:

”Evalueringen viser at bortset fra Departement for Sundhed, har der ikke været fuld repræsentation af medlemmer ved møderne og ingen kontinuitet i de repræsenterede personer, der deltager i møderne. Det er en udfordring, at der konstant er nye repræsentanter til møderne, som ikke kender til Inuuneritta II samt CFU’s konkrete formål. Mødet starter ofte med introduktion af tilstedeværende og nogle af diskussionerne omhandler afklaring vedrørende hvordan forebyggelsesarbejdet organisatorisk foregår. Yderligere udfordrer den manglende repræsentation fra de forskellige departementer/afdelinger det tværfaglige samarbejde og ekspertise” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 15).

Dokumenterne viser endvidere, at politisk indblanding i forebyggelsesarbejdet, kan føre til udfordringer for det forebyggende arbejde, da prioriteringer hurtigt kan skifte, grundet øvrige hastesager. Disse prioriteringer beskrives at påvirke møderne mellem Departement for Sundhed og sundhedsvæsenets øverste ledelse, sundhedsledelsen, hvor forebyggelse ikke er prioriteret, jævnfør Eval-II. Den hyppige politiske indblanding påvirker prioriteringen af forebyggelsesindsatser, hvilket sundhedsfaglige konsulenter beskriver i Eval-II på følgende vis:

”I forbindelse med den tidligere beskrevne efterspørgsel på at genetablere PAARISA for bedre koordinering, ligger også et ønske om at placere forebyggelse længere væk fra det politiske miljø. Således ville forebyggelsesområdet ikke i lige så høj grad være præget af Naalakkersuisuts præferencer og indsatserne ville kunne gøres mere langsigtede. Nogen sundhedsfaglige konsulenter gav også udtryk for, at der er skævheder i forventningerne til arbejdssituationen mellem konsulenter og politikere. Dette skyldes oftest, at den politiske dagsorden er mere kortsigtet end den sundhedsfremmende indsats.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 26).

Den hyppige politiske indblanding i de forebyggende tiltag kan formodentlig forklares med de økonomiske prioriteringer, som er at finde på området. På den ene side beskrives, i MIPI, at der politisk prioriteres midler til forebyggelse indenfor børne- og ungeområdet, hvilket nedenstående citat viser:

”På den politiske arena er alle partier enige om, at der skal bevilges flere penge til børne- og ungeområdet, så man ud fra et samfundsmæssigt perspektiv sikrer, at fremtidens samfundsborgere får optimale kår under deres opvækst. At sikre folkesundheden er en vedvarende proces, der kræver et kontinuerligt fokus.” (Nielsen, 2008, s. 6).

I citatet fremstilles ønske om vedvarende processer, hvad angår børn og unge, hvor målgruppen tildales som fremtidens borgere og dermed har brug for optimale opvækstvilkår. Når man taler om kontinuerligt fokus, må dette forstås som ønsket om langsigtede indsatser. Det beskrives samtidig i Inuu-I, at det vil medføre negative samfundsøkonomiske tab, såfremt en negativ sundhedsudvikling i befolkningen fortsætter, hvilket følgende citat viser:

”Hvis vi ikke bremser udviklingen ved en effektiv og målrettet indsats til forbedring af folkesundheden, vil der komme store både økonomiske og menneskelige omkostninger.” (Grønlands Hjemmestyre, 2007, s. 5).

Dette understøttes af Inuu-I, som viser, at der er behov for øget fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, hvilket præciseres i følgende citat:

”Dette skal ikke ske gennem behandling alene. Tiden er inde til at øge fokus på og opprioritere sundhedsfremme og det forebyggende arbejde.” (Grønlands Hjemmestyre, 2007, s. 5).

I praksis viser Eval-II dog, at der kan opstå uklarheder omkring fordelingen af de økonomiske midler. Samme uklarhed ses i den foregående evaluering af Inuuneritta, Eval-I, som vist i nedenstående citat:

”Pengene tildeles i form af et bloktilskud, hvilket gør det uklart, om disse midler anvendes udelukkende til forebyggelse.” (Kamper-Jørgensen et al. 2011, s. 6).

Citatet viser, at penge til forebyggelse tildeles i form af bloktilskud til kommunerne, men at det er uklart, hvor stor en andel som går direkte til forebyggende indsatser. I Eval-II fremstilles problemstillingen i følgende citat ud fra kommunernes forebyggelseskonsulenter:

”Forebyggelseskonsulenterne forsøger konstant at tilpasse deres arbejdsopgaver til den lokale kontekst. Under landsmødet blev der givet udtryk for uklarheder omkring økonomi og budgetter for forebyggelsesarbejdet kommunalt og centralt. Forebyggelseskonsulenternes budgetter afhænger af de penge, deres leder vælger at tilsidesætte til arbejdet. Dette budget er meget begrænset og ikke tilstrækkeligt ... forebyggelseskonsulenterne har i et begrænset omfang mulighed for at søge økonomisk støtte på centralt niveau eller gennem andre sponsorer. Dette kræver dog yderligere tid og kan fjerne fokus fra det egentlige borgerrettede arbejde.”

(Ingemann og Larsen, 2017, s. 24).

Det fremgår af ovenstående citat, at forebyggelseskonsulenterne som ønsker ressourcer til deres forebyggelsesarbejde, i stedet bruger ressourcer på ansøgninger til midler, hvilket begrænser og udfordrer det direkte forebyggende arbejde.

Evalueringer fra dokumenterne Eval-I og Eval-II viser, at til trods for, at ressourcerne er små og at der opleves mangeartede udfordringer, så ses stort engagement hos medarbejdere på flere niveauer, i forhold til de arbejdsopgaver som hører til det forebyggende arbejde. Dette understøttes i følgende citat:

”Der er et bemærkelsesværdigt engagement og velvilje mange steder, men de lokale økonomiske og personelle ressourcer er meget små set i forhold til behovet for intervention og sundhedsfremmende indsatser.” (Kamper-Jørgensen et al. 2011, s. 5).

Citatet, som er fra Eval-I viser, at engagementet hos medarbejdere har eksisteret indledningsvist fra folkesundhedsprogrammets tilblivelse til det nuværende program, hvilket fremgår af nedenstående citat:

”Helt overordnet set viser evalueringen, at medarbejdere på forebyggelsesområdet på både det centrale og det lokale niveau er meget motiverede og engagerede i deres opgaver. Denne

motivation har i høj grad været fremmede for implementeringen af folkesundhedsprogrammet.”

(Ingemann og Larsen, 2017, s. 4).

Den høje motivation hos medarbejdere kan påpeges at være en fremmede ressource i forhold til implementering af folkesundhedsprogrammets fokusområder, også ved mulig implementering af et fremtidigt fokusområde omhandlende forbedring af seksuel sundhed.

Andre fremmede ressourcer som fremhæves i dokumenterne Eval-I og Inuu-I, er interessenter og andre frivilliges engagement i det forebyggende arbejde. Som eksempel nævnes uddannelse af frivillige undervisere, som fremgår i følgende citat:

”Nogle har sørget for at uddanne Sexpiloter, dvs. unge, der underviser andre unge, mens fokus på sexliv andre steder afhænger af lokal prioritering fra år til år.”

(Kamper-Jørgensen et al. 2011, s. 35).

Disse frivilliges fremmede betydning for folkesundheden anerkendes i Inuu-I, som beskriver disse som uvurderlige, og hvor der samtidig bydes op til større engagement med mulighed for finansielt tilskud, hvilket nedenstående citat viser:

”Processerne i sådanne grupper, organisationer og netværk er ikke blot af stor betydning for de enkelte deltagere, men udgør desuden en uvurderlig forlængelse af det offentlige systems service på det sociale og sundhedsfaglige område. Indsatserne i Folkesundhedsprogrammet vil i højere grad end før tilbyde disse initiativer støtte og ligeværdige partnerskabsaftaler om det sundhedsfremmende arbejde.” (Grønlands Hjemmestyre, 2007, s. 11).

Implementering

Det fremanalyseres, at implementeringen af indsatser gennem folkesundhedsprogrammet anfægtes som utilstrækkelig. I Eval-II fremgår det, at der mangler tydelighed af de mål som ønskes opfyldt:

“Målsætninger og forslag til indsatser i programmet er defineret på et meget overordnet niveau. Det anbefales derfor, at man i arbejdet med programmet omsætter de overordnede mål til meget konkrete handlingsforslag, med tydelig angivelse af, hvorfor en given indsats sættes i gang, hvad

indsatsen forventes af medføre af forandring og hvad det ønskede mål for forandring er.”

(Ingemann og Larsen, 2017, s. 4).

Der efterlyses dermed en mere konkret handleplan for at facilitere implementeringsprocessen lokalt gennem forebyggelseskonsulenten og LFU. Samtidig viser dokumenterne, at der opstår et ønske om ikke at arbejde med de forskellige fokusområder adskilt, men fokusere mere på de forskellige målgrupper og derigennem arbejde med flere fokusområder ved specifikke målgrupper. Dette ekspliciteres i følgende citat:

“Det anbefales ligeledes at den brede forankring også kommer til udtryk i den interne organisering, således at de sundhedsfaglige konsulenter i højere grad arbejder sammen om at koordinere indsatser inden for Inuuneritta II’s fire temaer. Praksis indtil nu har været præget af adskillelse mellem områderne. Et større fokus på målgrupper fremfor temaer i det daglige arbejde vil fremme denne koordinering.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 5).

Der fremkommer forslag til ændringer af den eksisterende organisering, som nu er opdelt på baggrund af de fire fokusområder som er inkluderet i folkesundhedsprogrammet. Der ønskes i stedet en mere tværgående indsats med fokus på målgrupper. Der kan ud fra citatet tolkes, at folkesundheden står over for nogle komplekse forebyggelsesmæssige problemstillinger, hvor der kan være behov for en forandring i praksis.

Stadier i implementeringen

Eval-I viser, at de forebyggende tiltag, som har været iværksat under Inuu-I har været projektbaserede og dermed er indsatsen ophørt, hvilket tydeliggøres i citatet nedenfor:

“Generelt set er de igangsatte tiltag under Inuuneritta netop projektbaserede, hvilket betyder, at indsatserne er afgrænset i tid og sted. Når projektperioden udløber, stopper indsatsen og resultaterne er ofte kortsigtede.” (Kamper-Jørgensen et al. 2011, s. 48).

Analysen af Eval-II viser, at når indsatser er projektbaserede, så er resultaterne af indsatserne også kun kortsigtede.

I Inuu-II ses det, at implementeringen af folkesundhedsprogrammets forebyggelsesindsatser er planlagt til at forløbe over en tidsperiode, hvor der skiftevis er særlig opmærksomhed på udvalgte fokusområder. Denne implementeringsplan fremgår af nedenstående citat:

“Før hvert temaår er der afsat tid til at lave forslag til konkrete indsatser og til at indgå samarbejdsaftaler. Efter temaåret arbejdes der videre med indsatserne i det følgende år, og indsatserne evalueres to år efter afholdelsen af temaåret. Efter evalueringen kan indsatserne justeres og eventuelt udvides, hvis der er behov for dette.”
(Naalakkersuisut – Departement for Sundhed, 2012, s. 30).

Argumentationen for denne nye tilgang til implementering af indsatser, ses i nedenstående citat fra samme dokument, Inuu-II, hvor det beskrives, at tilgangen giver mulighed for bedre landsdækkende koordinering, samt bedre mulighed for længerevarende og dybdegående forebyggelsesforløb:

“Strukturen skal sikre, at der er fokus på programmets temaer på samme tid i hele landet. Det gør det lettere at forberede indsatserne og at sikre det nødvendige samarbejde om dem. Samtidig giver denne struktur mulighed for at gå i dybden med hvert enkelt tema og arbejde med det igennem et længerevarende forløb, hvilket er en forudsætning for, at indsatserne får den bedst mulige effekt på langt sigt.” (Departement for Sundhed, 2012, s. 30-31).

Monitorering og evaluering

Gennem analysen af Inuu-I fremkommer det, at evaluering af folkesundhedsprogrammets tiltag har været mangelfuld. Særligt adgang til statistisk materiale beskrives som en udfordring for muligheden for evaluering af folkesundhedsprogrammets indsatser, hvilket underbygges af følgende citat:

“Med få undtagelser foreligger der stort set ingen dokumentation for, hvordan de enkelte indsatser under Inuuneritta virker og hvilke erfaringer, der er blevet gjort i processen med at implementere disse.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 7).

Samme problematik fremstilles i MIPI, som beskriver, at det har været vanskeligt at forholde sig til forebyggelsesstrategierne for folkesundhedsprogrammet, når der mangler indikatorer for at kunne dokumentere, hvorledes en indsats har haft den ønskede virkning:

“Disse strategier er alle meget brede og Inuuneritta - Folkesundhedsprogrammet giver kun meget få konkrete bud på, hvordan opfyldelse af strategierne skal kunne vurderes og måles.”

(Niqlasen, 2008, s. 13).

I det efterfølgende folkesundhedsprogram, Inuu-II fra 2012 har der derfor været særlig fokus på netop dette område, som ses i citatet:

“Endelig vil der fra Inuuneritta II's begyndelse ske en løbende monitorering og evaluering af indsatserne.” (Naalakkersuisut – Departement for Sundhed, 2012, s. 6).

Dokumentet, Inuu-II, viser dog samtidig en erkendelse af, at ikke alle forebyggelsesindsatser kan måles efter en indsats som har bevirket kortsigtede resultater, hvilket citatet nedenfor viser:

“En målelig forbedring af folkesundheden kan ikke ses fra år til år. Derfor er det nødvendigt at tilrettelægge et folkesundhedsprogram efter de bedste kendte principper og derefter følge udviklingen løbende. Det er vigtigt at fortsætte arbejdet, også selv om de ønskede resultater ikke kan måles med det samme. Der kan i nogle tilfælde gå generationer, før en negativ social arv er brudt.” (Departement for Sundhed, 2012, s. 6).

Der kan dermed argumenteres for, at til trods for der ikke ses en umiddelbar effekt af det forebyggende sundhedsarbejde, så bør indsatser fortsætte, da der først efter længere tid kan fremkomme positive resultater.

Udfordringer i organisationsstruktur

Dokumentanalysen viser, at der på både centralt og lokalt niveau arbejdes med implementering af folkesundhedsprogrammerne. Historisk ses der, gennem dokumentanalysen, flere omstruktureringer i de forskellige organisationer. Gennem dokumentanalysen af Inuu-II beskrives, at det, på daværende tidspunkt nyetableret CFU har en fremtrædende rolle i implementering af Inuuneritta II.

”Inuuneritta II styrkes gennem nedsættelse af et centralt forebyggelsesudvalg, som skal sikre, at der er dialog og kobling mellem de landsdækkende strategier og de lokale indsatser.”

(Naalakkersuisut – Departement for Sundhed, 2012, s. 32).

CFU er et nyt organ i den grønlandske sundhedsorganisation, hvor ansvaret for implementering af forebyggelse ved første folkesundhedsprogram, Inuuneritta, blev lagt hos PAARISA som fungerede som en forebyggelsesenhed, hvilket ekspliciteres i følgende citat:

”PAARISA har haft det overordnede ansvar for folkesundhedsprogrammets gennemførelse hidtil.

Dels som koordinerende enhed for de enkelte programområder og dels som ansvarlige for uddannelse af forebyggelseskonsulenter. Midtvejsevalueringen viser, at denne organisering ikke har fungeret hensigtsmæssigt”. (Ingemann og Larsen, 2017, s. 6).

PAARISA var på daværende tidspunkt lokaliseret under Departement for Sundhed, men er for nuværende under en omorganisering og vil blive lokaliseret under en ny styrelse som får navnet Styrelsen for Forebyggelse og Sociale forhold under Departement for Sociale Anliggender og Justitsområdet (79). Omstruktureringer af PAARISAs organisatoriske placering er dog ikke nyt og i Eval-I beskrives i følgende citat, at omstruktureringerne har haft negativ påvirkning på implementeringen af Inuuneritta:

”Hertil kommer, at flere omstruktureringer af PAARISAs organisatoriske placering undervejs i programperioden har taget uhensigtsmæssigt meget tid og fokus fra det egentlige arbejde med at implementere Inuuneritta.” (Kamper-Jørgensen et al. 2011, s. 6).

CFU har dermed fået overdraget ansvaret for koblingen mellem de landsdækkende strategier og de indsatser, som implementeres lokalt af forebyggelsesudvalg og forebyggelseskonsulenter. Analyse af kommunernes oplevelse af CFUs arbejde, med at skabe kobling mellem strategier og indsatser, fremanalyseres som mangelfuld gennem følgende citat:

“En systematisk koordinering med sundhedsvæsenet og kommunerne omkring indsatser koblet til de specifikke målsætninger er heller ikke tilstede.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 4).

Det kan fremanalyseres, at når denne kobling, som faciliteres af CFU, ikke er til stede, kan det påvirke organisationens medarbejdere heriblandt de lokale forebyggelseskonsulenter. De sundhedsfaglige konsulenter har, indenfor hvert af fokusområderne, til opgave at facilitere forebyggende indsatser lokalt. Dokumentanalysen viser, at de sundhedsfaglige konsulenter oplever udfordringer i kommunikationen og samarbejdet med de lokale forebyggelseskonsulenter, hvilket ekspliciteres i følgende citat:

”Kommunikationen og samarbejdet med kommuner og lokale institutioner indebærer mange barrierer. Selvom sundhedsfaglige konsulenter ikke ønsker at indtage rollen som ‘den der trækker forebyggelseskonsulenter noget over hovedet’, så føler de også det er svært at motivere dem til et samarbejde omkring indsatser.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 25).

Ligeledes viser analysen, at de sundhedsfaglige konsulenter oplever udfordringer i form af sproglige barrierer, hvilket har bevirket, at grønlandsktalende konsulenter har måtte bidrage med sproglige færdigheder i kommunikationen med de lokale forebyggelseskonsulenter indtil et samarbejde er etableret. Dette fremkommer i følgende citat:

“Forebyggelseskonsulenter kan dog også være usikre omkring, hvem de skal henvende sig til. Sproget har været en barriere for nogle sundhedsfaglige konsulenter, dette har medført, at grønlandsktalende konsulenter i nogle tilfælde har fungeret som bindeled for opstarten af samarbejdet.” (Ingemann og Larsen, 2017, s.25).

De fremanalyserede organisatoriske udfordringer som udspiller sig centralt i organisationen, afspejler sig hos de lokale forebyggelseskonsulenter. Her er der gennem dokumentanalysen særligt fremanalyseret udfordringer i form af manglende tilbagemeldinger på udarbejdede rapporter, hvilket følgende citat viser:

”I nogen situationer kommer det til udtryk, at der har været nogle frustrationer omkring disse rapporter. Forebyggelseskonsulenter bruger meget tid på at udarbejde disse, dog modtager de ingen tilbagemelding fra hverken kommunalt eller centralt niveau om deres udførte arbejde.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 27).

Der er dermed fremanalyseret organisatoriske udfordringer både på centralt niveau og lokalt niveau. Der er fremanalyseret en sammenhæng mellem de respektive udfordringer, hvilket betyder at udfordringer som udspiller sig på centralt niveau, skaber frustration hos forebyggelseskonsulenter på lokalt niveau.

9.2.4.1 Opsamlende teoretisk analyse af Tema 2 – Organisatoriske udfordringer for implementeringen

Implementeringen opstilles i fire faser, benævnt *implementation stages*, som redegjort for i afsnit 7.2.1.1 *Implementation stages af Fixsen*. I implementeringens første fase, *exploration*, opstilles en model for implementering på baggrund af karakteristika for målpopulationen, den implementerende organisation samt de samfundsmæssige ressourcer. Ligeledes vil potentielle barrierer for implementeringen blive identificeret. Disse barrierer eksemplificeres som økonomiske ressourcer, personalesituation samt logistiske udfordringer (65). På baggrund af det fremanalyserede, kan det tolkes, at der i implementeringen af folkesundhedsprogrammerne ikke er gjort tilstrækkelige tiltag, for at hindre udfordringer som eksempelvis økonomiske ressourcer. Der kan ud fra analysen tolkes, at der findes politisk vilje til at prioritere sundhed. De økonomiske midler tildeles dog gennem et bloktilskud, hvormed det vanskeliggøres at redegøre for, hvor stor en andel af de økonomiske ressourcer som tilgår forebyggelse. Gennem analysen ses udfordring i forhold til den grønlandske personalesituation. Analysen viser, at både medarbejdere placeret centralt såvel som lokalt mangler kolleger og sparringspartnere i det forebyggende arbejde. Ligeledes er organisationen sårbar for fravær af medarbejdere på grund af sygdom eller barsel, hvilket har bevirket, at forebyggelsesarbejdet er gået i stå, da ingen andre medarbejdere har været i stand til at påtage sig forebyggelsesarbejdet. Slutteligt kan der fremhæves logistiske udfordringer ved koordineringen af forebyggende indsatser grundet sproglige barrierer som er fremanalyseret i ovenstående, hvor sundhedsfaglige konsulenter skal kommunikere med grønlandsktalende medarbejdere og borgere, hvilket kan bevirke, at der skal bruges ekstra ressourcer til dette. Ud fra Fixsens teori om *implemetation stages* vil implementeringen svækkes hvis identificerede udfordringer ikke imødekommes (65). Ud fra dette aspekt tolkes det, at identificerede udfordringer gennem dette tema ikke er imødekommet med adækvate løsninger.

I andet stadie af *implementations stages* er der fokus på *installation* og derigennem udmøntning af implementeringen (65). Her klargøres organisationen til implementering af et program, jævnfør afsnit 7.2.1.1 *Implementation stages af Fixsen*. Der er gennem dokumentanalysen fremanalyseret udfordringer i organisationsstrukturen, hvor forebyggelsesenheden PAARISA flere gange har fået ny organisatorisk placering. Derudover er koordinering og sammenhæng mellem nationale strategier og

indsatser i Inuu-II tillagt CFU. Denne omorganisering af faciliterende strukturelle rammer for det forebyggende sundhedsarbejde, tolkes ud fra Fixsen (65,66) til at have haft en negativ påvirkning på implementeringen af folkesundhedsprogrammerne.

I tredje stadie i *implementation stages* findes den indledende implementering af et program (65). I denne fase er der behov for løbende justeringer af programmet. For at kunne vurdere, hvorvidt denne indledende implementering er vellykket, kan det ud fra teorien om *implementation stages* (65) tolkes, at der er behov for monitorering og evaluering af programmet. Analysen viser, at der ved udfærdigelsen af Eval-I ikke var nogen form for dokumentation for, om Inuuneritta - folkesundhedsprogrammet havde haft en indvirkning på folkesundheden. Det kan dermed ud fra Fixsen (65,66) forstås, at monitorering og evaluering af den grønlandske folkesundhed er væsentlige dele af *implementation stages*, for at en implementering er vellykket.

Det tolkes på baggrund af de identificerede udfordringer i dokumentanalysen, at implementeringen af folkesundhedsprogrammerne endnu ikke er nået til fjerde stadie i *implementation stages* (65,66), hvor implementeringen bliver fuldt gennemført og udfordringer for implementering imødekommes og arbejdsprocedurer bliver rutine. Gennem dokumentanalysen er det fremhævet, at indsatser er projektbaserede og ikke driftbaserede, hvilket bevirker, at resultater af indsatser ofte er kortsigtede. Når indsatser bliver driftbaserede, kan det tolkes, at der kan ske en fuld gennemførelse af implementeringen og dermed resulterer i mere langsigtede resultater, hvor folkesundheden forbedres.

Fixsen (65,66) beskriver, at *organization driver* er sammensat af systemer og strukturer som er afgørende for implementeringsarbejdet (65,66). I afsnit 7.2.1.2 *Implementation drivers* er redegjort for, at *organization driver* omfatter *decision support datasystem*, *facilitative administration* samt *systems level intervention*. Analysen af de udvalgte dokumenter viser, at monitorering og evaluering af indsatser udviklet på baggrund af folkesundhedsprogrammerne er mangelfuld. Der er igangsat initiativer med henblik på at kunne dokumentere en effekt af folkesundhedsprogrammets indsatser. Dette er dog stadig i en udviklingsproces.

Facilitative administration i *organization driver* er medvirkende til at støtte organisationen i implementeringen og bevare et overblik over administrative detaljer. *Facilitative administration* for implementering af det grønlandske folkesundhedsprogram har haft skiftende organisatorisk placering, hvilket analyseret ud fra *organization driver* (65,66) kan have haft en negativ påvirkning af implementeringen af folkesundhedsprogrammet. Forebyggelseskonsulenter har udtrykt, at de var

usikre på, hvor de skulle henvende sig i organisationen, hvilket kan have påvirket implementeringen.

Slutteligt kan der analyseres ud fra det sidste element i *organizations driver*, Fixsens begreb *systems level intervention* som er systemer som har en overordnet indflydelse på organisationen. Disse systemer beskrives, at have ressourcer som er væsentlige for implementeringen, men også magt der kan begrænse den ønskede implementeringsproces (65,66). Ud fra denne forståelse kan de fremanalyserede udfordringer som eksempelvis den politiske indblanding i forebyggelsesarbejdet beskrevet i ovenstående analyse fremhæves. Det politiske system har magt til at påvirke prioriteringen af forebyggelsesarbejdet, hvilket kan have påvirket implementeringen af folkesundhedsprogrammet. Der ekspliciteres derfor også i seneste evaluering, Eval-II, at man ønsker at placere forebyggelsesarbejdet længere væk fra det politiske miljø og den politiske indflydelse, da dette miljø og denne indflydelse kan påvirke implementeringsprocessen i en negativ retning. Ud fra *organization driver* (65,66) kan de frivillige initiativer for folkesundhed i Grønland omvendt tolkes, som et system som tillægger implementeringen ressourcer, der bevirker en positiv påvirkning af implementeringsprocessen.

9.2.3 Tema 3 - Ulighed som udfordring for implementering

Syn på sundhed og godt liv

Synet på sundhed og et godt liv beskrives i folkesundhedsprogrammerne Inuu-I og Inuu-II. Begge har det udgangspunkt, at omgivelser har betydning for sundheden hos et individ, hvormed man anser sundhedstilstanden som et samspil mellem individ, omgivelser og samfund. Nedenstående uddrag fra Inuu-I, beskriver synet på folkesundhed således:

“Folkesundhed handler om det hele menneske, hvor både fysisk og psykisk sundhed, levemåder og åndelig styrke samtænkes ... Sundhedstilstanden hos den enkelte person afhænger meget af personens velbefindende i samfundet.” (Hjemmestyre, 2007, s. 7 og 8).

Samspillet mellem individ og omgivelser beskrives ligeledes i Inuu-II som havende betydning for individets evner, til at overkomme belastende begivenheder, som ses i det følgende:

”Når vi har det godt i vores nære relationer, skaber det overskud til at indgå i andre sociale sammenhænge og til at tage aktiv del i samfundet. Vi er samtidig bedre rustet til at kunne håndtere stressende eller traumatiske hændelser.” (Naalakkersuisut – Departement for Sundhed, 2012, s. 5).

Begge uddrag viser, at der er bevågenhed om, at sundheden hos individet og folkesundheden generelt, skal ses som et resultat af det samfund som eksisterer i Grønland, og at strukturer og opbygning af samfundet har betydning for den generelle sundhedstilstand i befolkningen. Det fremgår dog i Inuu-I, at vurderingen af, om befolkningens generelle sundhed skal vurderes som god eller dårlig er til diskussion, hvilket nedenstående uddrag viser:

“Om folkesundheden i Grønland i dag er god eller dårlig afhænger af synsvinklen, men der er under alle omstændigheder plads til forbedringer.”

(Grønlands Hjemmestyre, 2007, s. 8).

Ulighed i sundhed

Nogle af de forbedringer som ovenstående tekstuddrag henviser til, er den ulighed som findes i det grønlandske samfund. I Inuu-II beskrives det, at flere undersøgelser har vist, at social og økonomisk ulighed har negativ påvirkning på sundhedstilstanden, hvor blandt andet bostedet og uddannelsesniveaue spiller en væsentlig rolle ved, at veluddannede angiver at have bedre helbred i forhold til dem uden uddannelse og uden erhverv. I dokumentet angives det, at det særligt er mellem byer og bygder, hvor uligheden er størst, hvilket fremgår af nedenstående:

“Der er i dag udtalte forskelle i både levevilkår og sundhed mellem befolkningen i byer og bygder, mellem landsdelene og mellem befolkningsgrupper, der adskiller sig med hensyn til erhverv, indkomst og velstand.” (Naalakkersuisut – Departement for Sundhed, 2012, s. 9).

I dokumentet MIPI har man undersøgt denne ulighed i relation til børn og unges sundhed. Dokumentet påpeger, at der konstateres social ulighed hos denne målgruppe, hvor der ses forskel imellem Nuuk, byer på kysten og bygder i forhold til sundhedstilstanden, hvilket fremgår i uddraget:

“Rapporten viser direkte, at alt peger på at nogle børns ringere sundhed også har baggrund i faktorer, der ligger udenfor det enkelte barn eller families indflydelse, og at børn med ringere

sundhed eller forudsætninger for sundhed er overrepræsenteret i yderdistrikter og bygder. Bygder og yderdistrikter har samtidig de sværeste økonomiske og demografiske forhold, og sundhedsvæsenets tilbud når ikke altid i lige så stor udstrækning ud til disse børn.”

(Niclasen, 2008, s. 35).

Denne ulighed påpeges at have betydning for den fremtidige sundhedstilstand hos denne befolkningsgruppe, da børnene i deres omgivelser indgår i et familiært samspil, hvis situationer kan gå i arv, og derved påvirke deres sundhedstilstand i deres voksne liv. Dette tydeliggøres i det følgende:

“Familien har essentiel betydning for børns sundhed. Selvom nøjagtige tal mangler, så tyder alt på, at risikoen for at videreføre en negativ social arv er betydelig, og det i sig selv er en trussel mod sundheden.” (Niclasen, 2008, s. 9).

Foruden geografiens og uddannelsesniveaues betydning for ulighed i sundheden, fremhæves det desuden i MIPI, at sundheds- og forebyggelsestiltag rammer skævt, hvilket fremgår af uddraget:

“Indikatorerne viser således, at de sociale og demografiske forskelle i børns sundhed og sundhedsdeterminanter i dag kun delvist modvirkes af sundhedsvæsenets indsats, og dermed vises også, at sundhedsvæsenet ikke fordeler sine ressourcer til udsatte grupper ud fra deres behov. Sundhedsvæsenet bidrager dermed selv til at øge uligheden i børns sundhed via den distribuering af sundhedsydelser, der bliver foretaget.” (Niclasen, 2008, s. 33).

I ovenstående uddrag fremgår det, at sundhedsvæsenets ydelser og hertil forebyggende tiltag, ikke tilpasses behovet som er i yderdistrikterne som ses højere end i byerne, hvor forekomsten af sundhedsydelser og forebyggende tiltag ses højest. Foruden det offentliges manglende forebyggende tilbud i yderdistrikterne ses det desuden, at den almene adgang til informationer på individniveau er begrænset, hvilket fremgår i nedenstående uddrag:

“Adgang til viden er også forskellig. Flest i bygder og yderdistrikter har ingen uddannelse, og en del er enkeltsprogede og har dermed adgang til en mindre mængde information.”

(Niclasen, 2008, s. 32).

Socio-økologisk perspektiv

Når man i MIPI henviser til et stort antal enkeltsprogede i yderdistrikterne, henvises der til den del af befolkningen som udelukkende taler grønlandsk, og derved har begrænset adgang til informationsmateriale som i mange tilfælde kan være dansksprogede. Det påpeges at *“Tosprogethed er en vigtig ressource i forhold til at få en uddannelse”* (Niclasen, 2008, s. 28). Denne forskel i sundhed blandt Nuuk, øvrige byer og bygder er ligeledes af MIPI beskrevet i forhold til seksuel sundhed. Dokumentet beskriver at:

“Andelen af 15-17-årige piger, der føder, er der store svingninger i, og her er det især yderkommunerne, der trækker gennemsnittet op, mens Nuup Kommunea har det laveste fødselstal blandt de 15-17-årige piger.” (Niclasen, 2008, s. 20).

At de unge piger, og særligt hos dem som bor i yderdistrikterne, får børn i en ung alder beskrives som et problem grundet risiko for langvarige sociale konsekvenser, da mange vil have svære ved at gennemføre en uddannelse og at det øger risikoen for fattigdom. Omvendt står der beskrevet, at med hensyn til seksuel overførte infektioner, særligt klamydia, er de højeste forekomster at se i Nuuk. Nuuk er samtidig den by med flest unge mennesker.

Et andet aspekt som fremkommer i analysen, er flere forklaringer på, hvorfor der ses store sociale- og sundhedsudfordringer i Grønland. Forklaringer kan ifølge MIPI, Inuu-I og Inuu-II, findes ved de store samfundsændringer som har fundet sted i begyndelsen af det 20. århundrede. Nedenstående uddrag viser to af de største årsager beskrevet af Inuu-I:

“Den første af disse er opdagelsen af de store forekomster af torsk i de grønlandske farvande i 1920-erne, der førte til en omlægning af det primære erhverv fra fangst til fiskeri ... og en begyndende befolkningskoncentration i byerne i åbentvandsområdet. Den anden er den accelererede udvikling af infrastrukturen efter 1950 og åbningen af landet, der indtil 2. verdenskrig havde været isoleret mod omverdenen af en paternalistisk Grønlands Styrelse.”

(Grønlands Hjemmestyre, 2007, s. 8).

En anden årsag beskrevet af Inuu-I, er højt misbrug af alkohol og hash, som anses som symptom på ubalance i samfundet.

Kompetence

En anden udfordring som påpeges i evalueringerne af folkesundhedsprogrammerne Eval-I og Eval-II, er den uddannelsesmæssige baggrund hos forebyggelseskonsulenterne. Som det fremgår i uddraget fra Eval-I, har flertallet en kortvarig uddannelse med forskellige faglige baggrunde og der er stor variation i, hvor mange som har været på opkvalificerende kurser:

”Midtvejsevalueringen viser, at uddannelsesniveaut blandt de professionelle, der varetager forebyggelsesarbejdet lokalt, er for varieret og flere steder utilstrækkeligt til at løse opgaven.”

(Grønlands Hjemmestyre, 2007, s. 55).

Udfordringer ved de forskellige uddannelsesmæssige baggrunde hos forebyggelseskonsulenterne angives at have betydning for omsætning af forebyggelsesstrategier til praksis, hvilket tydeliggøres i nedenstående uddrag:

”Der er ofte tale om engagerede ildsjæle, der gør et stort stykke arbejde, men en systematisk kobling mellem de overordnede rammer og konkrete initiativer kræver et vist uddannelsesniveau.”

(Grønlands Hjemmestyre, 2007, s. 55).

Ligeledes fremhæves det, at ingen af de kommunale ledere eller fagchefer havde uddannelse inden for forebyggelse eller sundhed, men kun var videreuddannet indenfor ledelse. På det centrale niveau, fremgår det dog i Eval-II, at de sundhedsfaglige konsulenter besidder faglige kompetencer i forhold til folkesundhedsprogrammets fokusområder. Den hyppige udskiftning udfordrer dog dette arbejde, da det fører til forsinkelser i implementeringsprocessen.

Forebyggelseskonsulenterne angiver i dokumenterne Eval-I og Eval-II, at de manglende kompetencer medfører udfordringer i deres daglige virke, som det illustreres i det følgende:

“Forebyggelseskonsulenterne efterlyser redskaber til at inddrage borgerne yderligere og gøre borgerne mere bevidste om deres ansvar for egen sundhed. De mangler viden og inspiration til sådanne borgerrettede indsatser.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 22).

Samtidig beskrives der i Eval-II, at forebyggelseskonsulenterne har angivet det som svært at indgå i dialog med borgerne om visse tabubelagte emner, grundet usikkerhed. Disse manglende kompetencer

problematiseres i Eval-I, hvor det beskrives, at de derfor ikke er rustede til at løse de opgaver som hører til det forebyggende arbejde. Følgende uddrag fremstiller denne problematik:

”Det bliver af nogle nøglepersoner opfattet som et svigt, når fx de professionelle, der skal støtte og hjælpe sårbare familier, ikke har den nødvendige uddannelsesbaggrund til at løse opgaven. Det er samtidig en utilfredsstillende situation for de professionelle, at de skal løse opgaver, som de ikke er rustet til.” (Kamper-Jørgensen et al. 2011, s. 55).

I forhold til de indsatser som så bliver sat i værk, er manglen på kvalifikationer indenfor evaluering og implementering af forebyggelse ligeledes et problem, da evnerne til dette ikke er tilstrækkelige og der er derfor behov for kompetenceløft fremover i arbejdet med folkesundhedsprogrammets fokusområder, hvilket fremgår af følgende uddrag fra Eval-II:

“En god monitorering og evaluering af Inuuneritta II forudsætter, at der findes de nødvendige ressourcer og kompetencer. For at imødekomme behovet for en systematisk, erfaringsbaseret implementering og løbende justering af programmet skal der på nationalt niveau iværksættes en solid kompetenceopbygning på evalueringsområdet.” (Grønlands Hjemmestyre, 2007, s. 36).

De manglende evner til evaluering af indsatser er ikke kun at finde hos de kommunale forebyggelseskonsulenter. Samme udfordring beskrives i Eval-II hos de sundhedsfaglige konsulenter i PAARISA. Der angiver at: *“mangle viden og rutine til at udføre evalueringer.” (Ingemann og Larsen, 2017, s. 27).*

I Eval-II anbefales, at der fremover bør være øget krav om uddannelse for forebyggelseskonsulenterne, således at de opkvalificeres til at kunne udføre indsatser relateret til folkesundhedsprogrammet. Der anbefales ligeledes flere konkrete retningslinjer, således at indsatser bliver tydelige og forståelige for forebyggelseskonsulenterne, hvilket fremgår i det følgende:

”Der er et stort behov for, at de brede rammer omsættes til konkrete retningslinjer, hvor arbejds- og ansvarsfordeling mellem relevante professionelle og instanser er fuldstændig klar. Der skal stilles større krav til uddannelse og koordinering mellem selvstyret og kommunerne.”
(Kamper-Jørgensen et al. 2011, s. 7).

9.2.3.1 Opsamlende teoretisk analyse af Tema 3 - Ulighed som udfordring for implementering.

I dette tema viser analysen, at man i udarbejdelse af folkesundhedsprogrammerne har været bevidste om omgivelsernes påvirkning på individets fysiske og psykiske sundhed. Sundheden beskrives at skulle anskues ud fra alle de aspekter som påvirker et menneske og som inkluderer samfundet- og familiens påvirkning på levevis. Familiens-, bostedets og sundhedsvæsnets tilbud ses at have betydning for sundheden. Hvor disse faktorer ses at medvirke til at øge ulighed i sundhed i Grønland ved, at yderdistrikterne og bygdernes sundhedstilstand ses ringere end i Nuuk og de større byer.

Anskues denne ulighed ud fra Dahlgren og Whiteheads Socio-økologiske model fra 1991 (14), genses omgivelsernes betydning for sundheden, hvormed disse figurerer som determinanter som interagerer i et kompleks sammenspil. Dahlgren og Whitehead fra 1991 beskriver i den Socio-økologiske model at det første niveau, som udgøres af samfundets indretning og strukturer, har betydning for individets sundhed (14). I forhold til indretningen af det grønlandske samfund med stor geografisk adspredelse af bosteder, vurderes det, at disse udgør en risikofaktor som påvirker sundheden. Denne risikofaktor stiger i takt med bostedets størrelse, hvor der i de mindre bosteder ses ringere helbred. Årsagerne til denne ulighed kan blandt andet anskues ud fra den Socio-økologiske models andet niveau, hvor man her finder menneskers hverdagsliv i lokalsamfundet, institutioner og organisationer (14). Det ses i analysen, at sundhedsvæsnets tilbud kan have udfordringer med at nå ud med forebyggende tilbud og ydelser til disse mindre bosteder. Hvor disse ressourcer i stedet er koncentreret i de større byer og Nuuk hvor behovet for forebyggende tilbud og ydelser er mindre end i de små bosteder. De kommunale forebyggelsesindsatser ses ligeledes at ramme geografisk skævt. I analysen ses det, at uddannelsesmæssige baggrunde hos de kommunale forebyggelseskonsulenter er meget forskellige, hvilket kan resultere i varierende kvalitet af indsatser. Samtidigt ses det, at det kan være vanskeligt at monitorere og evaluere de eksisterende indsatser, hvilket fører til, at kvaliteten af disse indsatser kan være problematisk at vurdere. Analysen viser dermed, at sundhedsvæsnets og kommunernes ulige distribuering af indsatser, kan medføre yderligere ulighed i sundhed mellem bygder og større byer. Med udgangspunkt i det tredje niveau af den Socio-økologiske model, findes de nære familiære omgivelser, hvormed disse omgivelsernes betydning for individets sundhed fremstilles (14). Til dette niveau ses det i analysen, at familiens betydning for børn og unges sundhed er essentiel, grundet risiko for videreførelse af en negativ social arv. Eksempelvis misbrug af alkohol og hash i omgivelserne, samt brugen af dette influerer på individet og indgår som risikofaktor i forhold til en negativ social arv og til en øget risikoadfærd som determinerer til ringe sundhed.

Set ud fra den Socio-økologiske models fjerde niveau, som omhandler det enkelte individs adfærd og forudsætninger (14), ses det ud fra analysen at manglende uddannelse og det at være enkeltspøget udgør en risikofaktor som determinere til ringe sundhed.

Når analysens resultater anskues ud fra Fixsens implementeringsteori (65,66), fremgår dokumenterne med beskrivelser om udfordringer med manglende kompetencer hos flere af de aktører, som er ansvarlige for udmøntningen af folkesundhedsprogrammets fokusområder. Ifølge Fixsen er *competency driver* et essentielt element i en implementering, og som sammen med *leadership driver* og *organization driver* tilsammen sikrer metodisk god implementering med forbedrede resultater af indsatser (65,66).

Når der i analysen fremgår, at forebyggelseskonsulenterne mangler uddannelsesmæssige kompetencer, i forhold til at kunne udmønte de forebyggende tiltag som er tiltænkt med folkesundhedsprogrammet. Samt at evner og viden om evaluering af tiltagende er fraværende hos medarbejdere på flere niveauer, vil der ud fra Fixsens *competency driver* (65,66) ikke kunne opnås en succesfuld implementering med mindre, at henholdsvis *leadership driver* og *organization driver*, kan kompensere for dette i tilstrækkelig grad. Denne kompenseringsmekanisme ses dog ikke tilstrækkelig stærk, hvilket fremgår af de øvrige temaers analyser.

I analysen fremgår det ligeledes, at der ses store variationer i forhold til, hvor mange kurser den enkelte forebyggelsesmedarbejder har deltaget i, hvilket ud fra Fixsens *competency driver* (65,66) kan anses som *training* og *coaching*, som skal bidrage med kompetenceløft hos involverede aktører i en implementering (65,66). Denne variation kan vurderes at bidrage til ulighed, ved at risikoen for, at de mest sårbare bosteder, som samtidig har det største behov for forebyggelse, risikere at blive betjent af medarbejdere, som ikke føler sig kvalificerede til at udmønte implementering af de indsatser, som skal forandre befolkningssundheden ud fra folkesundhedsprogrammets fokusområder.

9.2.4 Tema 4 - Ensartet forebyggelsesstrategi som udfordring for seksuel sundhed

Fokus på forebyggende sundhedsarbejde

Det sidste tema som er fremanalyseret i dokumentanalysen, orienterer sig om, hvilke forebyggelsesstrategier som er anvendt med hensigt til at forbedre den grønlandske folkesundhed herunder seksuel sundhed. Analysen af dokumentet MIPI viser, at der er sket en ændring i sygdomsmønstret, hvor livsstilssygdomme i højere grad end tidligere nødvendiggør indsatser inden

for forebyggelse. Analysen af Inuu-I viser, at der i sundhedsvæsenet er et øget behov for forebyggende sundhedsarbejde, hvilket følgende citat fra Inuu-I viser:

“I sundhedsvæsenet skal der øget fokus på det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, og sundhedsvæsenet skal gennem anvendelse af en systematisk forebyggelse som en del af kerneydelsen i alle patientforløb bidrage til en positiv udvikling i folkesundheden.”
(Grønlands Hjemmestyre, 2007, s. 12).

Analysen af MIPI viser, at forebyggende indsatser fra sundhedsvæsenet ved tilblivelse af Inuu-I ikke var tilstrækkelig. Særligt børn og unge i yderområder profiterede ikke af de daværende forebyggende indsatser. Dette til trods for, at forebyggelse af problemstillinger på en række områder, herunder problemstillinger i relation til seksuel sundhed var ønskeligt, hvilket fremgår af følgende citat:

“Men data for indikatorerne på områder, hvor forebyggelse faktisk er både mulig og ønskelig (... graviditeter hos børn ...) viste, at sundhedsvæsenets nuværende forebyggende indsats ikke er tilstrækkelig, da børn i yderdistrikter og i bygder på disse områder klarer sig mindre godt.”
(Niqlasen, 2008, s. 33).

Analysen af Inuu-II viser, at den forebyggende indsats under Inuu-I bliver vurderet som utilstrækkelig, hvilket fremkommer i følgende citat:

“Den generelle udvikling på folkesundhedsområdet gennem de seneste 10 år er kun i et vist omfang gået i den rigtige retning. Årsagen til dette må findes i en uoverensstemmelse mellem den generelle samfundsmæssige udvikling og den forebyggende indsats. Den forebyggende indsats har bl.a. på grund af sparsomme bevillingsmæssige forudsætninger været klart utilstrækkelig.”
(Naalakkarsuisut – Departement for Sundhed, 2012, s.7)

Citatet viser, at den utilstrækkelige forebyggelse gennem flere år bunder i et misforhold mellem de forebyggende indsatser, som er blevet forsøgt implementeret under Inuu-I, og den udvikling det grønlandske samfund gennemgår. Analysen af Inuu-II begrundet den hidtil utilstrækkelige forebyggelse med sparsomme bevillinger til folkesundheden. I Inuu-II er der imidlertid ikke hensigter om flere bevillinger til folkesundheden, hvilket ekspliciteres i følgende citat fra Inuu-II:

“Information, kampagner og individuelle forebyggelsestiltag inden for Inuuneritta II’s fokusområder skal finansieres inden for de rammer, som allerede er bevilget til området.”
(Grønlands Hjemmestyre, 2007, s. 29).

Der kan dermed i Inuu-II fremanalyseres en tvetydighed, hvor der både argumenteres for, at de sparsomme bevillinger til forebyggende indsatser ikke er tilstrækkelige, endskønt skal forebyggende indsatser under Inuu-II finansieres under samme bevillingsmæssige forudsætninger.

Seksuel sundhed, som fokusområde, indgår i Inuu-I. Her beskrives, at prævention er gratis og distribueres af sundhedsvæsenet. Analysen af Eval-I viser, at der antages, at adgang til fri prævention kan påvirke problemstillinger som høj forekomst af seksuelt overførte infektioner og uønskede graviditeter, hvilket følgende citat fra Eval-I viser,

“ ... er ikke noget opstillet mål i Inuuneritta, der specifikt omhandler fri adgang til prævention, men det er oplagt, at gratis adgang til prævention, indirekte kan medvirke til, at graviditeter er ønskede ... samt forekomsten af kønssygdomme reduceres, hvis flere bruger kondom.” (Kamper-Jørgensen et al. 2011, s. 35).

Hvorvidt indsatser som fri adgang til prævention kan medvirke til en reduktion i forekomsten af seksuelt overførte infektioner samt uønskede graviditeter, vil senere blive analyseret ud fra Roses teori om forebyggelsesstrategier.

I Eval-I beskrives formålet med det særskilte projekt, Dukkeprojektet. Dette ekspliciteres i følgende citat:

“Set ud fra 'Dukkeprojektets' formål er denne landsdækkende indsats direkte relateret til at få unge til at træffe kompetente valg omkring deres seksualitet ... at styrke mænd og kvinders forudsætninger for at planlægge graviditet ... at enhver graviditet skal være ønsket. Forudsat, at øget viden om prævention blandt de unge fører til brugen af kondom, vil projektet ligeledes kunne medvirke til at reducere forekomsten af kønssygdomme.” (Kamper-Jørgensen et al. 2011, s. 36).

Af indsatsen, Dukkeprojektet, kan det udledes, at Dukkeprojektet omfatter seksual undervisning, hvor unge gennem information og undervisning får øget viden om brug af prævention, graviditet og seksualitet. Analyse af Inuu-II, viser dog, at Dukkeprojektet ved indførelse af Inuu-II ikke længere er en del af folkesundhedsprogrammets indsatser, men lokaliseret som et projekt under PAARISA sammen med indsatsen "Tidlig indsats" som er en indsats målrettet sårbare gravide og familier.

Forebyggelse målrettet individet

Gennem analyse af Inuu-I lægges der op til et meget individorienteret perspektiv, hvor individet gennem information og støtte vil kunne træffe valg for egen sundhed, hvilket følgende citat viser;

"Målet er at give patienterne viden og evner til at vælge sundt gennem information og støtte til på egen hånd at kunne træffe informerede valg." (Grønlands Hjemmestyre, 2007, s. 12).

Analysen af MIPI kritiserer, at Inuu-I primært anlægger et individorienteret perspektiv på forebyggelse, hvilket følgende uddrag viser:

"Selvom Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet også har fokus på forebyggelse og sundhedsfremme, på børns sundhed og på den tidlige udviklings betydning for sundheden senere i livet, så sætter programmet i sin nuværende form primært fokus på sundhed i et individuelt perspektiv og kun i mindre grad på de sociale, økonomiske og demografiske faktoreres betydning for sundheden." (Niclasen, 2008, s. 13).

Der analyseres dermed ud fra MIPI et behov for, at det individuelle perspektiv suppleres af sociale, økonomiske og demografiske faktorer, som ligeledes har indflydelse på folkesundheden.

Eval-I beskriver Dukkeprojektets hensigt i det følgende citat:

"Med Dukkeprojektet ønsker vi, at de unge får et mere realistisk billede af, hvad det vil sige at være forælder. Hensigten er at give de unge et bedre grundlag for at beslutte, hvornår de er klar til at være forældre. Ønsket er dermed at få de unge til aktivt at tage stilling til forældrerollen samt tage ansvar for deres seksuelle sundhed. Vi ønsker at give de unge viden og handlekompetencer i forhold til bl.a. prævention, abort, sexsygdomme, kroppens udvikling, personlige grænser, normalitet og de positive, lystfyldte sider af sexlivet. Det er lokale jordmødre, sundhedsplejersker,

forebyggelseskonsulenter og andre relevante fagpersoner, der gennemfører undervisningsforløbet.”
(Kamper-Jørgensen et al. 2011, s. 34).

Ud fra hensigten med Dukkeprojektets undervisningsforløb kan det fremanalyseres, at dukkeprojektet indgår i en individorienteret forebyggelse. Der er fokus på viden, information og det at tage ansvar for egen seksuel sundhed blandt de grønlandske unge. Der er hermed fokus på individer som er i højrisiko og dermed særlig disponerede for sygdom eller dårlig livsstil, hvilket er i tråd med en individorienteret forebyggelsesstrategi.

Forebyggelse målrettet befolkningen

Analysen af Inuu-II viser et skifte fra en individorienteret forebyggelse til et ønske om, at folkesundhedsprogrammet indeholder mere strukturelle tiltag, hvilket fremhæves i følgende citat:

”Ligeledes er ønsket med dette program at synliggøre, at strukturel forebyggelse, dvs. rammer for menneskers liv, skal være et bærende element. Strukturel forebyggelse når ud til alle, til forskel fra massekampagner og individuel forebyggelse, og har derfor større mulighed for at mindske den sociale ulighed i samfundet.” (Naalakkersuisut – Departement for Sundhed, 2012, s. 6).

Der åbnes op for, at strukturel forebyggelse skal være medvirkende til at danne rammer for menneskers liv og bidrage positivt til folkesundheden. Citatet fra Inuu-II viser, ligeledes at strukturel forebyggelse antages at ville kunne reducere den sociale ulighed der eksisterer i sundhed i det grønlandske samfund, som er fremanalyseret, jævnfør afsnit 9.2.3.1 *Opsamlende teoretisk analyse af Tema 3 – Ulighed som udfordring for implementering.*

Analysen af Inuu-II påpeger i følgende citat, at Inuunerittas mål om at sikre størst mulig livskvalitet blandt den grønlandske befolkning, ikke kan indfries blot af et folkesundhedsprogram alene.

“Men i et konkret folkesundhedsprogram er disse grundlæggende årsager alt for overvældende. Det betyder dog ikke, at de må glemmes eller skubbes til side. Først når de samfundsmæssige årsager til folkesundhedsproblemerne er løst, bliver det muligt at nå det overordnede mål for Inuuneritta, nemlig at sikre den størst mulige livskvalitet for alle mennesker i Grønland.”
(Naalakkersuisut – Departement for Sundhed, 2012, s. 7).

Gennem citatet fra Inuu-II kan det fremanalyseres, at der er behov for populationsorienteret forebyggelse til at afhjælpe samfundsmæssige årsager til problemstillinger ved den grønlandske folkesundhed. Strukturel forebyggelse kan opfattes som en del af den populationsbaseret forebyggelse. Etablering af venerea-klinikker er en strukturel forebyggelsesindsats for at fremme den seksuelle sundhed, som følgende citat viser:

“Der er etableret venereaklinikker på alle sygehuse og sundhedscentre, hvor der tilbydes behandling, rådgivning og vejledning om kønssygdomme, kontaktopsporing, rådgivning omkring smitteforebyggelse, prævention m.m. På en del af venereaklinikkerne findes særligt uddannet personale, der har gennemgået et uddannelsesforløb med henblik på, at kunne vejlede om kønssygdomme, prævention, abort osv. Lægerne i sundhedsvæsenet vejleder endvidere abortsøgende kvinder i henhold til den gældende lovgivning om provokeret abort.” (Grønlands Hjemmestyre, 2007, s. 23).

Her tilbydes alle individer samme indsats og baserer sig dermed på en populationsorienteret forebyggelse. Venerea-klinikker fungerede under det første folkesundhedsprogram, Inuuneritta, men indgår ikke som en del af den populationsorienteret forebyggelse under Inuuneritta II.

Trussel mod seksuel sundhed

Inuu-I har sexliv som fokusområde. Analysen af Inuu-I viser tre strategier om seksuel sundhed hos den grønlandske befolkning. Strategierne skal resultere i, at seksuelt samvær skal ske på baggrund af lyst, gensidighed og uden risiko for seksuelt overførte infektioner samt at alle graviditeter skal være ønskede. Slutteligt skal handlekompetencer for at sikre seksuel sundhed forbedres blandt den grønlandske befolkning.

Gennem analyse af MIPI kan der udledes tre vigtige parametre for seksuel sundhed blandt grønlandske unge. Første parameter omhandler seksuel debutalder, jævnfør følgende citat:

“At have en højere seksuel debutalder kan være positivt ud fra større viden og større modenhed, derfor er andelen af 15-17-årige, der har haft samleje en vigtig parameter for seksuel sundhed.”
(Niqlasen, 2008, s. 19).

Anden parameter omhandler forekomsten af seksuelt overførte infektioner, hvor særligt unge er i risiko for at pådrage sig seksuelt overførte infektioner, hvilket følgende citat viser:

“Klamydia er brugt som eksempel her, fordi klamydia er den hyppigste seksuelt overførte sygdom, og den forekommer med størst hyppighed i aldersgruppen 15-19 år.” (Niqlasen, 2008, s. 19).

Slutteligt anfægtes uønskede graviditeter i Grønland som en parameter for seksuel sundhed, gennem følgende citat:

“Uønskede graviditeter er et problem i Grønland, og det at få en abort kan for nogle ikke kun have umiddelbare sundhedsmæssige konsekvenser, men også føre til underlivsinfektioner og sterilitet. Selvom graviditeten er ønsket, så har det ofte langvarige sociale konsekvenser at blive mor, hvis man selv er barn. Det gælder blandt andet en højere risiko for økonomisk fattigdom og for ikke at få en uddannelse.” (Niqlasen, 2008, s. 19).

Inuu-I har med fokusområdet sexliv til hensigt at fremme seksuel sundhed. Dette gennem forebyggelse af problemstillinger i relation til seksuel sundhed som er udledt i analysen af MIPI. Eval-I viser dog, at forebyggelse af problemstillinger relateret til seksuel sundhed ikke har været tilstrækkelig, jævnfør følgende citat:

“Det kræver dog, at de gratis kondomer rent faktisk anvendes. Det har ikke været muligt at finde dokumentation for, hvorvidt det er tilfældet. Ser vi på tallene for hhv. antallet af aborter og forekomsten af klamydia og gonorré midtvejs i programperioden går tendensen den modsatte vej. Både antallet og aborter (tabel 12) samt forekomsten af kønssygdomme (tabel 13) er steget.” (Kamper-Jørgensen et al., 2011, s. 35).

9.2.4.1 Opsamlende teoretisk analyse af Tema 4 – Ensartet forebyggelsesstrategi for seksuel sundhed

De identificerede udfordringer vil i det følgende blive analyseret ud fra teori om forebyggelsesstrategier af Rose (55), som er beskrevet i afsnit 7.2.3 – *Teori om forebyggelsesstrategier af Rose*. Analysen viser, at der primært er anvendt indsatser som placerer sig indenfor individorienteret forebyggelse, hvor fokus er på individer som er i højrisiko for sygdom eller usund livsstil. Dukkeprojektet, som omhandler seksuel sundhed, er et eksempel på den

individorienteret forebyggelse. Projektet henvender sig til unge i uddannelsesinstitutioner, som anses som i særlig risiko for problemstillinger relateret til seksuel sundhed, eksempelvis seksuelt overførte infektioner og uønskede graviditeter. Projektet har til hensigt, gennem information og undervisning, at give de unge bedre mulighed for at beslutte, hvornår de er parate til at blive forældre. Ifølge Rose, er individorienteret forebyggelse anvendeligt til at reducere den relative risiko, men resulterer i en kortsigtet effekt og har ikke potentiale til at skabe forandring af sundhed (55). Selvom Dukkeprojektet har været et driftsbaseret projekt og været etableret de sidste 12 år, så er forekomsten af seksuelt overførte infektioner og uønskede graviditeter fortsat stigende, jævnfør afsnit 2.1 *Forståelse af seksuel sundhed i Grønland*. Der er fremanalyseret, at trods fokus på seksuel sundhed gennem fokusområde sexliv i Inuu-I, så er der ikke fundet effekt af strategier der kan forbedre seksuel sundhed blandt grønlandske unge. Analyseret ud fra Roses teori om forebyggelsesstrategier kan dette skyldes, at forebyggelse i relation til seksuel sundhed primært sker gennem en individorienteret forebyggelsesstrategi.

Gennem teori af Rose (55) kan der argumenteres for, at den individorienteret forebyggelse ikke kan stå alene. Ifølge Rose bør der ligeledes fokuseres på bagvedliggende faktorer gennem populationsorienteret forebyggelse (55). Den populationsorienteret forebyggelse søger dermed at reducere eksponering af risiko. Etableringen af venerea-klinikker som analyseret i Inuu-I, kan betegnes som forebyggelse på et strukturelt niveau, hvilket er en del af den populationsorienterede forebyggelse. Venerea-klinikkernes indsatser er modsat orienteret mod individet i form af behandling, rådgivning og risikoopsporing, hvilket tydeliggør at de to forebyggelsesstrategier er indbyrdes afhængige og samtidig supplerer hinanden. Jævnfør Rose, er der dog behov for populationsorienteret forebyggelse for at kunne skabe langsigtet forandring i folkesundheden (55). Der er i Inuu-II fremanalyseret et behov for indsatser som omfatter populationsorienteret forebyggelse, men der er ikke fremanalyseret konkrete indsatser for at forbedre folkesundheden gennem populationsorienteret forebyggelse i dokumentet Inuu-II.

9.3 Forandring af forebyggelsesstrategier med henblik på at forbedre seksuel sundhed i Grønland

Der er tidligere i afsnit 8.2.2 *Organisering af det forebyggende arbejde*, beskrevet at der findes tæt samarbejde mellem topledelse og operativ. Da Departement for Sundhed og forebyggelsesenheden PAARISA, med udgangspunkt i Jacobsen og Thorsvik fra 2014 (78) kan ses som en flad

organisationsform med kort afstand mellem topledelse og operativ kerne. Leavitts systemmodel vil anvendes til skabe en sammenhæng i denne organisationsform. Dette med henblik på at identificere hvilke elementer og aktiviteter der skal være tilstede, for at skabe en forandring af forebyggende sundhedsstrategier, således at problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland forebygges.

For at muliggøre en besvarelse af tredje forskningsspørgsmål omhandlende hvordan de identificerede udfordringer kan imødekommes gennem forandring af strategier og indsatser således at seksuel sundhed i Grønland forbedres, anvendes Leavitts systemmodel med inddragelse af med en udlægning af modellen af Skriver et al, omhandlende omgivelsernes betydning for systemmodellen (68,69), jævnfør afsnit 7.2.4 *Forandringsteori – Leavitts systemmodel*. Modellen fungerer som et planlægningsværktøj for den tiltænkte forandring (68,69). Dette gøres med henblik på at komme med et teoretisk bidrag til en forandring, som på baggrund af resultaterne af henholdsvis den systematiske litteratursøgning samt dokumentanalysen skal facilitere et forandringsbidrag stilet til Departement for Sundhed, i form af anbefalinger til forebyggelsesstrategier rettet mod problemstillinger i relation til seksuel sundhed i Grønland. Konsekvensen af den eksisterende flade organisationsform hvor forebyggelsesenheden PAARISA er placeret under Departement for Sundhed, er at en klar differentiering mellem organisationsniveau og indsatsniveau ikke er muligt, hvilket bevirker at forandringsbidraget både indeholde bud på forandring henholdsvis på organisationsniveau samt på indsatsniveau.

9.3.1 Planlægning af forandringsbidraget

Resultaterne fra henholdsvis den systematiske litteratursøgning samt dokumentanalysen vil udgøre den empiri der vil blive anvendt i Leavitts systemmodel som er illustreret i afsnit 7.2.4 *Forandringsteori – Leavitts systemmodel*, der i det nedenstående vil agere planlægningsværktøj i forhold til udarbejdelse af forandringsbidraget til implementering af forebyggende sundhedsstrategier i forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland. Som tidligere introduceret i afsnit 7.2.1 *Implementeringsteori af Fixsen*, skal forandringsteori inddrages i implementering for at opnå succes. Dermed vil de fire centrale komponenter i Leavitts systemmodel, som består af *struktur, teknologi, opgaver og personer*, ud fra Fixsens komponent *The practice model's theory of change* (65,66), bidrage til at identificere, hvordan de beskrevne udfordringer på baggrund af dokumentanalysen kan imødekommes, gennem forandring af strategier og indsatser defineret ud fra de udvalgte artikler fra den systematiske litteratursøgning.

Dette med henblik på at genere et forandringsbidrag til forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland.

Leavitts systemmodel suppleres af et eksternt element *kontekst* ud fra udlægning af Skriver et al., jævnfør afsnit 7.2.4 *Forandringsteori – Leavitts systemmodel*. Dette begrundes med, at det eksterne element *kontekst* har betydning for, hvorledes det organisatoriske system fungerer. Ydermere vil elementet *kontekst* påvirke de fire komponenter i Leavitts systemmodel (69). Dette betyder, at konteksten har betydning for, hvorledes den grønlandske sundhedsorganisation udmønter forebyggelse, hvilket vil have betydning for strukturer, anvendt teknologi, udførte opgaver og de udøvende aktører i sundhedsorganisationen. Med baggrund i dette anvendes de fire komponenter og elementet *kontekst* som en struktur i det følgende, til at danne syntese i form af en samlet analyse af resultaterne fra den systematiske litteratursøgning og dokumentanalysen, med henblik på udarbejdelse af forandringsbidraget.

Komponenten struktur:

Ud fra Leavitts systemmodel omhandler denne komponent overvejelser omkring organisationsstrukturen i forbindelse med arbejdsdeling, kommunikation og beslutninger (68,69). I denne kontekst forstås dette, som de strukturelle sammenhænge mellem de forskellige organisatoriske niveauer som er væsentlige for at kunne skabe en forandring. I relation til komponenten *struktur*, identificeres der i dokumentanalysen udfordringer i form af strukturelle omorganiseringer af det forebyggende arbejde på centralt niveau, som endnu er under en implementeringsproces. Udfordringer i denne implementeringsproces er identificeret som manglende sammenhænge mellem CFU og den tilbagemelding som medlemmer af CFU angiver til deres respektive departementer jævnfør figur 8 *Selvstyret og det Centrale Forebyggelsesudvalg*, afsnit 8.2.2 *Organisering af det forebyggende arbejde*, hvorved en departemental tværfaglig indsats udebliver. En anden udfordring som fremkommer i dokumentanalysen, er manglende sammenhæng mellem CFU og LFU. Denne manglende sammenhæng ses ved, at rapporter udarbejdet af de lokale aktører, ikke bliver sendt til CFU, som er ansvarlige for den overordnede koordinering af folkesundhedsprogrammets indsatsområder. Grundet mangel på disse rapporter indgår lokale erfaringer ikke i den centrale beslutningsproces, hvilket kan bevirke, at CFU ikke har mulighed for at skabe sammenhæng mellem de landsdækkende strategier og lokale indsatser, hvormed beslutningsprocessen alene varetages af CFU. Ydermere viser resultater fra dokumentanalysen, at forebyggelsesenheden PAARISA igennem

en årrække har gennemgået strukturelle omplaceringer, som har ført til forvirring blandt medarbejdere i forhold til ansvarsplacering og koordinering af de forebyggende indsatser på lokalt niveau.

For at imødekomme udfordringer i organisationsstrukturen, som indebærer ufuldstændig implementering af organisationsændringen, kan teori om implementering hjælpe med at identificere mangler og behov, som løbende skal justeres i implementeringsprocessen for at skabe sammenhæng mellem organisationens forskellige niveauer. I implementeringen af forebyggende tiltag, som har til hensigt at forbedre seksuel sundhed, vil identificering af ovenstående udfordringer føre til større krav som koordinering og øget kommunikation mellem de forskellige departementer, samt til at rapporter fra LFU indsendes til CFU forud for de planlagte møder.

Komponenten teknologi:

Systemmodellens komponent *teknologi* refererer ifølge Leavitts systemmodel, til redskaber som anvendes ved arbejdsopgavers udførelse, hvor blandt andet udstyr, viden og arbejdsprocedurer inkluderes (68,69). *Teknologi* i denne kontekst, omhandlende forebyggelse af problemstillingerne relation til seksuel sundhed, kan forstås ved arbejdsprocesser i forhold til arbejdet med forebyggelse, og viden om, hvordan arbejdet med forebyggelse skal udføres, monitoreres og evalueres, med inddragelse af relevante hjælpemidler og udstyr i arbejdet med de forebyggende tiltag.

Dokumentanalysens resultater, relateret til komponenten *teknologi*, viser udfordringer i form af manglende konkrete retningslinjer for forebyggelseskonsulenternes arbejdsgange, hvor uklar ansvars- og arbejdsfordeling blandt tværfaglige aktører indgår som en faktor for manglende retningslinjer. Ligeledes ses udfordringer med manglende viden om evaluering af forebyggende indsatser relateret til folkesundhedsprogrammernes indsatsområder. Denne udfordring findes hos både de kommunale forebyggelseskonsulenter og blandt de sundhedsfaglige konsulenter på centralt niveau. Den teknologiske viden ses særlig vigtig i planlægningen og udførelsen af tiltag samt for processen, hvor der løbende justeres på tiltag.

Decker et al. fremhæver seks strategier der har til formål at minimere teenagegraviditeter og fremme seksuel sundhed blandt unge; 1. *Opnå forståelse for samt håndtere kompleksiteten ved at være ung*, 2. *Opkvalificere seksualundervisningen*, 3. *Engagere unge i seksuel sundhed gennem teknologi og medier*, 4. *Øge adgangen til præventionsmidler og andre seksuelle sundhedsydelser*, 5. *Oprettelse af kontekst tilpassede interventioner* og 6. *Oprettelse af sundhedspolitiske tilgange* (83). Artiklen argumenterer for, at underliggende årsager i forbindelse med problemstillingerne i relation til seksuel sundhed, er komplekse og derfor skal forebyggelse rettet mod seksuel sundhed være multifacetteret

(83). Dette kan ud fra komponenten *teknologi* tale for, at viden i arbejdsprocessen i forbindelse med planlægningen af strategier, skal anses som et vigtigt element, hvor ensrettede tilgange, der adresserer kompleksiteten skal udarbejdes. I relation til dette, fremhæver Decker et al. ved en af de seks strategier, at der skal inddrages evidensbaseret viden i forbindelse udarbejdelse af programmer og politikker, der løbende revideres, således at viden om forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed udvikles og tilpasses (83).

På baggrund af resultater fra litteratursøgningen og dokumentanalysen kan udfordringer, relateret til systemmodellens komponent *teknologi*, imødekommes gennem forandringer af praksis som fokuserer på at øge viden om anvendt teknologi og tydelige retningsanvisninger for arbejdsgange, monitorering og evaluering af indsatser.

Komponenten opgaver:

Ud fra Leavitts systemmodel kan komponenten *opgaver* forstås som de tjenesteydelser som virksomheden (69), i dette tilfælde Departement for Sundhed, lever af og er forpligtet til at udbyde. I arbejdet med en succesfuld implementering af forebyggelse i relation til seksuel sundhed i Grønland, er det relevant at undersøge om disse *opgaver*, her forstået som forebyggende indsatser, løser problemstillinger relation til seksuel sundhed tilfredsstillende og dermed resulterer i, at seksuel sundhed forbedres. Der er i analysen fundet, at den ensrettet forebyggelsesstrategi i form af individorienteret forebyggelse, ifølge teori af Rose om forebyggelsesstrategier (55), ikke kan stå alene for at forbedre seksuel sundhed i Grønland. Rose argumenterer for, at en effektiv forebyggelsesstrategi indeholder både individorienteret forebyggelse og populationsorienteret forebyggelse (55). Forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland omfatter allerede individorienteret forebyggelse i form af Dukkeprojektet (49). For at kunne imødekomme udfordringen med problemstillingerne i relation til seksuel sundhed, kan der med udgangspunkt i Roses teori om forebyggelsesstrategier ses et behov for, at denne individorienteret forebyggelse suppleres af populationsorienteret forebyggelse (55). Imidlertid argumenterer Decker et al. for en individorienteret indsats rettet mod forebyggelse, samt fremme af seksuel sundhed blandt unge gennem en opkvalificering af seksualundervisningen til unge (83). Dette suppleres af VanDevanter et al., der ligeledes advokerer for, en individorienteret indsats gennem workshops med unge, med fokus på at øge deres viden og handlekompetencer med henblik på at opsøge forebyggende lægebesøg, for at imødekomme seksuelt overførte infektioner (84).

Dertil kan der ud fra Rink et al. (85) tilføjes, at implementering af en individrettet forebyggende indsats ”Inuulluataarnej - Having the Good life”, hvor undervisning resulterede i lavere risiko for seksuelt overførte infektioner blandt unge i Grønland.

Ifølge Rose kan populationsorienteret forebyggelse imødegås gennem kampagner (55). L’Engle et al. konkluderer i et systematisk review, at oplysningskampagner via mobiltelefon rettet mod unges seksuelle og reproduktive sundhed har effekt, i forhold til at øge unges viden om seksuelt overførte infektioner (81). Brug af mobiltelefon og e-mails til unge suppleres ligeledes af Lim et al., der finder at brug af disse elektroniske midler til unge, ligeledes har effekt ved, at øget viden om seksuelt overførte infektioner førte til forebyggende lægebesøg (82). Endskønt gennemføres disse kampagner overvejende med anvendelse af mobiltelefonen som redskab, hvorved oplysninger relateret til seksuel sundhed dermed nås de unge individuelt.

Ud fra systemmodellens komponent *opgaver*, kan der ud fra ovenstående udledes, at de forebyggende indsatser der internationalt medvirker til at forebygge problemstillingerne i relation til seksuel sundhed, overvejende er individorienteret og dermed højrisikobaserede. De internationale studiers individorienteret forebyggelse har dermed ikke inkluderet perspektivet om populationsorienteret forebyggelse, som der argumenteres for ud fra Roses teori om forebyggelsesstrategier.

Komponenten personer

I Leavitts systemmodel skal personer i form af aktører i en organisation medtænkes i planlægningen af en implementering, hvor der ifølge systemmodellen, refereres til de mennesker som varetager de planlagte arbejdsopgaver. Ud fra resultaterne fra dokumentanalysen, identificeres flere aktører i implementeringen af forebyggende tiltag i relation til folkesundhedsprogrammerne. Disse identificerede aktører skal medtænkes i implementeringen af forebyggende tiltag, som har til hensigt at forbedre seksuel sundhed. Sundhedsvæsenet identificeres som mulig aktør som i højere grad burde bidrage i udmøntningen af tiltag. Der identificeres samtidigt flere udfordringer i relation til flere af de eksisterende aktørerne, hvor udfordringerne som ses hos denne gruppe skal forbedres for at opnå succes i implementeringen af tiltag, som skal forbedre seksuel sundhed og dermed “fidelity”, som beskrevet af Bertram et al. giver forbedret resultater (65). Disse udfordringer som ses hos de eksisterende aktører, som især henvender sig til den kommunale sektor, relaterer sig til deres uddannelsesmæssige kompetencer, som ses mangelfulde i forhold til at kunne varetage de komplekse problemstillinger relateret til det forebyggende arbejde, hvor problemstillinger relateret til seksuel sundhed er inkluderet.

Dette understøttes af Decker et. al der advokerer for, at sundhedsprofessionelle fagligt skal opkvalificeres for dermed både at forstå samt håndtere den iboende kompleksitet der ligger i at være ung i forbindelse med håndteringen af problemstillinger i relation til den seksuelle sundhed blandt unge. Specifikt for at kunne tilgå underliggende årsager til problemstillingerne relateret til den seksuelle sundhed. Samt støtte op om de unge i deres navigering fra i overgangen fra ung til voksen i relation til deres seksuelle sundhed (83).

Ifølge Rink et al., blev en nøgleperson udvalgt og uddannet i forebyggelse af STI og seksuel sundhed, til at varetage sessionerne ved implementering af den forebyggende indsats ”Inuulluataarneq - Having the Good life” med målet om at reducere STI blandt unge i Grønland. Sessionerne ved denne indsats resulterede i øget bevågenhed blandt unge omkring STI og studiet konkluderer signifikant lavere odds for en seksuel overført infektion, blandt de inkluderede grønlandske unge (90).

Dermed kan der argumenteres for, at for at muliggøre en håndtering af den kompleksitet der er forbundet med seksuel sundhed blandt unge, skal der eksistere erfarne aktører med relevant uddannede til udmøntningen af forebyggende tiltag i forhold til problemstillingerne i relation til den seksuelle sundhed blandt unge.

Ved hjælp af systemmodellens fokus på aktører, kan der med afsæt i resultaterne fra dokumentanalysen og litteratursøgningen anbefales, at udfordringer som relaterer sig til aktører kan imødekommes gennem et uddannelsesmæssigt kompetenceløft. Dette løft skal bidrage til at forebyggende strategier og indsatser relateret til seksuel sundhed, implementeres med en høj grad af *fidelity* omhandlende løbende vurderinger og justeringer (65), således at de forebyggende strategier og indsatser udmøntes efter hensigten for dermed at forbedre seksuel sundhed.

Elementet kontekst

Den grønlandske kontekst gør sig særlig gældende i form af de store geografiske afstande mellem bosteder. Der fremgår ud fra resultater fra dokumentanalysen en udfordring i, at store geografiske afstande har stor betydning for, hvilke af sundhedsvæsenets tilbud som er til rådighed. Ydermere viser resultaterne en udfordring i, at problemstillingerne i relation til seksuel sundhed særligt er repræsenteret hos unge i yderdistrikter. Dokumentanalysen viser, at sundheden påvirkes af sociale, økonomiske og demografiske forhold i samfundet. De største udfordringer for sundhed er i yderdistrikterne, hvor uddannelsesniveaue er lavere end i de større byer. Ydermere opstår der en ulighed i adgang til viden, da der i yderdistrikterne er en overrepræsentation af enkeltsprogede, hvormed at adgangen til viden er begrænset. Begrænset adgang til viden, kan ligeledes anses som en

udfordring for en forbedring af seksuel sundhed. Ifølge VanDevanter et al. advokeres der for, at ved at øge unges viden og handlekompetencer gennem workshops med henblik på at opsøge forebyggende lægebesøg for at imødekomme seksuelt overførte infektioner, at særligt de unge kvinder opsøger læge (84). Dette stiller krav til forebyggelseskonsulenternes faglige kompetence om både at være i besiddelse af den rette viden, samt evnen til at formidle viden om seksuel sundhed.

For at kunne tilgå udfordringer vedrørende seksuel sundhed i yderdistrikter, kan der ud fra studiet af Rink et al. udlægges et forsøg på at imødekomme unge der er bosat i disse omgivelser gennem en kort og individorienteret indsats (90). Dette begrundes med, at formålet med studiet netop var at reducere seksuelt overførte infektioner blandt unge i Grønland, der lever i et isoleret arktisk samfund og dermed i yderdistrikter, ved at øge de unges og deres forældres viden om seksuel sundhed (90). For at adressere den pågældende kontekst, blev lokalområdet inddraget gennem indledende møder og deraf blev udvalgt personer der modtog uddannelse i forhold til forebyggelse af seksuel sundhed. Forældrene til de inkluderede unge blev ligeledes inddraget, hvortil der blev afholdt undervisningssessioner, hvilket anses som et bud på at imødekomme den begrænsede adgang til viden om seksuel sundhed. Kulturen i de pågældende bosteder blev ligeledes inddraget i tilgangen, hvor der i sessionerne blev anvendt historiefortælling, som kulturelt er brugt til formidling af viden fra forældre til børn (90). Dermed anvendes en metode som er genkendelig med udgangspunkt i den grønlandske kultur, hvor de kontekstnære forhold ydermere er adresseret.

Ved forståelse af Leavitts model ud fra Skriver et al. (69) refereres til et marked og dermed en efterspørgsel som eksisterer for et produkt. I denne kontekst, omhandlende forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed, omsættes marked til behovet for forebyggelse. I dokumentanalysen fremgår det, at behovet, og dermed markedet, for forebyggelse er forskelligt alt efter geografisk placering, hvor der som eksempel kan nævne, at behovet for forebyggelse af seksuel overførte infektioner ses størst i Nuuk og omvendt, hvor behovet for forebyggelse af uplanlagte graviditeter ses størst i yderdistrikterne. Ved forebyggende tiltag i relation til at forbedre seksuel sundhed ses det nødvendigt at tilpasse de forebyggende tiltag i forhold til den geografiske placering. Ud fra de systemmodellens eksterne element *kontekst* kan der med udgangspunkt i resultaterne fra dokumentanalysen samt de inddragede udvalgte artikler advokeres for, et behov for, at der ved tilrettelæggelsen og udmøntningen af forebyggelsestiltag i forhold til problemstillingerne relation til seksuel sundhed hos unge i Grønland, skal inddrages metoder der tilgodeser både de kulturelle og kontekstnære elementer og forhold. Dermed skal forebyggelsestiltag af seksuel sundhed i Grønland, organiseres forskelligt med hensyntagen til, hvor forebyggelsesindsatsen geografisk skal iværksættes.

9.3.2 Forandringsagenten

Forandringsagenten er ifølge udlægningen af Skriver et al. den aktør som er ansvarlig for planlægningen af forandringen, og har til formål at lede forandringsprocessen, således at der opnås succesfuld implementering. Dette skal gøres ved at styre balancen mellem komponenterne *struktur*, *teknologi*, *opgaver* og *personer* (69). I dette tilfælde identificeres Departement for Sundhed som forandringsagent, specifikt departementschefen som fungerer som afdelingens øverste leder (91). Dette begrundet i, at dokumentanalysens resultater adresserer det ledelsesmæssige ansvar hos Departement for Sundhed. Ydermere fungerer Departement for Sundhed, jævnfør afsnit 8.2.2 *Organisering af det forebyggende arbejde* som koordinerende enhed mellem PAARISA, sundhedsvæsenet og kommunerne.

9.3.3 Dynamisk model

Leavitts systemmodel, som beskrevet i afsnit 7.2.4 *Forandringsteori - Leavitts systemmodel*, anses som værende en dynamisk model der medfører, at alle komponenter samt eksternt element gensidigt påvirkes af hinanden. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på ved implementeringen, at foretages der en forandring ved eksempelvis komponenten *opgaver*, hvor strategier til forebyggende indsatser ved problemstillingerne i relation til seksuel sundhed er beskrevet, vil komponenten *personer* skulle medtænkes i forhold til, hvorvidt aktørerne vil have de nødvendige kompetencer til varetage den reviderede forebyggelsesstrategi. Ydermere vil det ligeledes få konsekvenser for komponenten *teknologi*, da arbejdsprocessen i forbindelse med planlægningen af forebyggelsesstrategien skal beskrives. Komponentens *struktur* vil ligeledes påvirkes i og med, at der organisatorisk skal ske en koordinering mellem de forskellige departementer. Dertil vil det omkringliggende eksterne element *kontekst*, have en vedvarende indflydelse på alle fire komponenter og har betydning for, hvordan et forebyggelsestiltag rettet mod problemstillinger i relation til seksuel sundhed skal organiseres, tilrettelægges og udmøntes for dermed at tilgodese både kulturelle og kontekstnære forhold i Grønland.

9.4 Anbefalinger

Med henblik på at forbedre seksuel sundhed i Grønland på baggrund af en forandring af forebyggende sundhedsstrategier, således at problemstillingerne relation til seksuel sundhed forebygges, argumenteres der således på baggrund af den samlede analyse jævnfør afsnit 9.3 *Forandring af*

forebyggelsesstrategier med henblik på at forbedre seksuel sundhed i Grønland et behov for, at seksuel sundhed inkluderes som fokusområde i det kommende folkesundhedsprogram Inuuneritta III. Ved implementering af forebyggelse i forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed anbefales det ud fra den samlede analyse i forbindelse med *elementet kontekst*, at der konsekvent tages højde for de kulturelle og kontekstuelle betingelser som forebyggelsesstrategierne skal implementeres under, hvor metoder der tilgodeser disse betingelser hertil anbefales, til hver af de nedenstående anbefalinger.

I det følgende ekspliciteres fem definerede anbefalinger, som vil styrke implementeringen af forebyggelse i forhold til problemstillinger i relation til seksuel sundhed. Anbefalingerne præsenteres afslutningsvis i figur 10: *Anbefalinger relateret til seksuel sundhed til udarbejdelsen af Inuuneritta III*.

Anbefaling 1

Med udgangspunkt i komponenten *struktur*, anbefales en bedre koordinering mellem de organisatoriske niveauer i den grønlandske sundhedsorganisation. Der er på baggrund af den samlede analyse udledt udfordringer i forbindelse med koordinering mellem de forskellige departementer ved implementeringen af forebyggende indsatser, som har til hensigt at forbedre seksuel sundhed. Det konkretiseres i følgende anbefalinger:

- Det anbefales, at den igangværende implementeringsproces af CFU færdiggøres, hvilket vil fordre øget tværsektorielt koordinering af forebyggende indsatser i relation til seksuel sundhed.
- Det anbefales, at Departement for Sundhed tildeles et større ledelsesmæssigt ansvar for udmøntningen af Inuunerittas fokusområder.

Anbefaling 2

Med udgangspunkt i komponenten *teknologi*, anbefales det at Inuuneritta III suppleres med udarbejdelse af retningsangivende dokumenter. Der er på baggrund af den samlede analyse udledt udfordringer i form af uklare ansvars- og arbejdsfordelinger blandt tværfaglige aktører. Det konkretiseres i følgende anbefaling:

- Det anbefales, at der igangsættes en udvikling af retningsangivende dokumenter som resulterer i tydelige ansvars- og arbejdsfordelinger i form af retningslinjer samt instrukser til arbejdsprocedurer for forebyggelsesindsatsen relateret til seksuel sundhed.

Anbefaling 3

Med udgangspunkt i komponenten *teknologi* anbefales det at have større fokus på monitorering og evaluering ved implementering af forebyggende indsatser gennem Inuuneritta III. Der er på baggrund af den samlede analyse udledt udfordringer i form af manglende viden om evaluering af forebyggende indsatser, relateret til folkesundhedsprogrammernes indsatsområder. Det konkretiseres i følgende anbefaling:

- Der anbefales monitorering og evaluering af eksisterende og kommende indsatser, således at forebyggelsesstrategier i forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed justeres og kvalitetssikres.

Anbefaling 4

Med udgangspunkt i komponenten *opgaver* anbefales det, at der i Inuuneritta III fokuseres på en kombination af forebyggelsesstrategier til at forebygge problemstillingerne i relation til seksuel sundhed. Der er på baggrund af den samlede analyse udledt et behov for at etablere en forebyggelsesstrategi, der ud fra et teoretisk perspektiv, angiver både en populationsorienteret og individorienteret forebyggelse for at opnå en virkningsfuld forebyggelse. Det konkretiseres i følgende anbefalinger:

- Der anbefales, at der anvendes populationsorienteret forebyggelsesstrategi i form af strukturel forebyggelse til at forbedre seksuel sundhed i Grønland. Gennem den strukturelle forebyggelsesstrategi anbefales et øget fokus på at opnå lige muligheder for seksuel sundhed.
- Det anbefales at anvende en individorienteret forebyggelsesstrategi, hvor forebyggelsen af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed specifikt målrettes individer i højrisiko.

Anbefaling 5

Med udgangspunkt i komponenten *personer* anbefales et øget fokus på aktører ved forebyggende indsatser i Inuuneritta III. Der er på baggrund af den samlede analyse udledt udfordringer i form af mangelfulde uddannelsesmæssige kompetencer i forhold til håndtering af komplekse problemstillinger i forebyggelsesarbejdet i relation til seksuel sundhed. Det konkretiseres i følgende anbefalinger:

- Der anbefales, igangsættelse af initiativer med henblik på et uddannelsesmæssigt kompetenceløft af aktører i det forebyggende arbejde med seksuel sundhed.
- Sundhedsvæsenet bør indtage en større rolle i forhold til at forbedre seksuel sundhed.

Anbefalinger

Med henblik på at forbedre seksuel sundhed er der behov for, at seksuel sundhed inkluderes som fokusområde i Inuuneritta III. Implementering af forebyggelse i forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed, kan styrkes gennem følgende anbefalinger:

Bedre koordinering mellem de organisatoriske niveauer i den grønlandske sundhedsorganisation.

- Det anbefales, at den igangværende implementeringsproces af CFU færdiggøres, hvilket vil fordrø øget tværsektorielt koordinering af forebyggende indsatser i relation til seksuel sundhed.
- Det anbefales, at Departement for Sundhed tildeles et større ledelsesmæssigt ansvar for udmøntningen af Inuunerittas fokusområder.

Inuuneritta III suppleres med udarbejdelse af retningsangivende dokumenter.

- Det anbefales, at der igangsættes en udvikling af retningsangivende dokumenter som resulterer i tydelige ansvars- og arbejdsfordelinger i form af retningslinjer samt instrukser til arbejdsprocedurer for forebyggelsesindsatsen relateret til seksuel sundhed.

Større fokus på monitorering og evaluering ved implementering af forebyggende indsatser gennem Inuuneritta III

- Der anbefales monitorering og evaluering af eksisterende og kommende indsatser således at forebyggelsesstrategier i forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed justeres og kvalitetssikres.

Øget fokus på en kombination af forebyggelsesstrategier til at forebygge problemstillinger i relation til seksuel sundhed i Inuuneritta III.

- Der anbefales, at der anvendes populationsorienteret forebyggelsesstrategi i form af strukturel forebyggelse til at forbedre seksuel sundhed i Grønland. Gennem den strukturelle forebyggelsesstrategi anbefales et øget fokus på at opnå lige muligheder for seksuel sundhed.
- Det anbefales at anvende en individorienteret forebyggelsesstrategi, hvor forebyggelsen af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed specifikt målrettes individer i højrisiko.

Øget fokus på aktører i den forebyggende indsats i Inuuneritta III

- Der anbefales, igangsættelse af initiativer med henblik på et uddannelsesmæssigt kompetenceløft af aktører i det forebyggende arbejde med seksuel sundhed.
- Sundhedsvæsenet bør indtage en større rolle i forhold til at forbedre seksuel sundhed.

Figur 10: *Anbefalinger relateret til seksuel sundhed til udarbejdelsen af Inuuneritta III.*

10.0 Resultatdiskussion

I det følgende diskuteres de udarbejdede fem anbefalinger der er afstedkommet, på baggrund af resultaterne af den samlede analyse. Der vil undervejs belyses hvilke tilsigtede og utilsigtede konsekvenser anbefalingerne kan medføre, samt hvilke etiske overvejelser, der vurderes relevante at medinddrage.

10.1 Anbefaling 1 - Bedre koordinering mellem de organisatoriske niveauer

I den første anbefaling omhandlende bedre koordinering mellem de organisatoriske niveauer, er der opmærksomhed på implementeringsprocessen af CFU. Ligeledes anbefales der et større ledelsesmæssigt ansvar hos Departement for Sundhed i relation til udmøntningen af Inuunerittas fokusområder, med inklusion af seksuel sundhed som fokusområde.

I forhold til implementeringsprocessen af CFU, kan Fixsens teori om *implementation stages* (65) tydeliggøres hvor i processen implementeringen foregår, og på den måde identificere mulige barrierer som hindrer en fuld fungerende implementering. Ifølge Fixsen varer en fuld implementering oftest mellem 2-4 år (65). I tilfældet med organiseringen af CFU, er den tidsperiode overskredet. At implementeringen af CFU påpeges at være ufuldstændig, som beskrevet i midtvejsevaluering af Inuuneritta II (52), kan skyldes manglende organisatoriske tilpasninger. Ifølge Bertram et al. anses implementeringsprocessen ikke som en begivenhed, men som en proces med løbende organisatoriske tilpasninger, på baggrund af nøje overvejelser (65). Ifølge Bertram et al. foregår implementeringsprocessen hen over fire stadier, som spænder mellem den første planlægning om, hvorvidt en implementering overhovedet er nødvendig, til den fulde implementering som foretages på baggrund af løbende justeringer (65). Hvorvidt disse organisatoriske tilpasninger løbende er foregået som led i justeringerne, fremgår ikke af tilgængelige dokumenter. Det kan antages, at disse justeringer ikke har været tilstrækkelige, hvilket kan medvirke til at forklare, at implementeringsprocessen endnu ikke vurderes at være afsluttet. En anden overvejelse om, hvorvidt bedre koordinering af de organisatoriske niveauer kan foregå, kan handle om uklare mål og strategier for arbejdsgange vertikalt gennem den forebyggende organisation, jævnfør afsnit 8.2.2 *Organiseringen af det forebyggende arbejde*. Ifølge Jacobsen og Thorsvik fra 2014 vil tydelige mål og strategier i en organisation sende stærke signaler om, hvad man vil fokusere på (92). Signalet vil føre til ensretninger af aktørernes handlinger, hvormed aktiviteter som ikke direkte er en del af disse

mål og strategier nedtones. Omvendt vil uklare mål og strategier i en organisation føre til ubundne og mindre forudsigelige handlinger hos involverede aktører (92). Denne ufuldstændige implementering, med manglende ensretning grundet fravær af tydelige definerede mål og strategier som forholder sig til arbejdsopgaverne relateret til folkesundhedsprogrammets fokusområder, kan anses som en utilsigtede konsekvens, som kan bevirke at effekt af indsatserne udebliver. Der kan i relation til dette diskuteres et etisk dilemma ved, at der udføres forebyggelse uden at kende fremgangsmåde og formål. Dette kan medføre at den korrekte forebyggelse ikke udmøntes, hvormed seksuel sundhed ikke forbedres.

Ifølge Jacobsen og Thorsvik fra 2014, er ledelse en række udøvende handlinger. Ledelsens formål er at få andre til at udføre bestemte handlinger, hvor ledelsen bidrager til at målene for organisationen nås (92). Anbefalingens placering af det ledelsesmæssige ansvar hos Departement for Sundhed, bunder i departementets centrale placering, i den forebyggende sundhedsorganisation. Samtidig er aktiviteter relateret til seksuel sundhed en sundhedsaktivitet som naturligt hører under Departement for Sundhed. Selvom ansvaret placeres hos Departement for Sundhed er et tværdepartementalt samarbejde stadig vigtig, da problemstillinger i relation til seksuel sundhed kan berøre aktiviteter relateret til øvrige departementers aktiviteter. Ved aktiviteter indenfor fx uddannelses- og socialområdet, giver det mening at arbejde tværdepartementalt. Her tænkes der særligt på problemstillinger som omhandler indsatser i relation til tidlig debutalder, uplanlagte graviditeter hos unge samt seksualundervisning.

10.2 Anbefaling 2 - Udarbejdelse af retningsangivende dokumenter

Forandringsbidragets anbefaling om, at Inuuneritta III bør suppleres med udarbejdelse af retningsangivende dokumenter, er med udgangspunkt i dokumentanalysens resultater der indikerer, at der ses udfordringer i forbindelse med forebyggelseskonsulenternes arbejdsgange i form af manglende konkrete retningslinjer og uklar ansvars- og arbejdsfordeling blandt tværfaglige aktører. Anbefalingen underbygges af komponenten *teknologi* ud fra Leavitts systemmodel (68,69), hvor der er fremanalyseret, at manglende retningsangivende dokumenter relateret til seksuel sundhed i Grønland, forstås som arbejdsprocesser i forhold til det forebyggende arbejde. Der kan dermed ud fra Leavitts systemmodel argumenteres for, at udarbejdelse af retningsangivende dokumenter der ekspliciterer forebyggelseskonsulenternes arbejdsgange i forhold til forebyggende indsatser rettet mod seksuel sundhed i Grønland, er central ved planlægning af en forandring. Heraf udledes et behov for udarbejdelse af en retningslinje, der angiver fremgangsmåder der tydelig angiver forskrifter til,

hvorledes forebyggelseskonsulenterne skal udmønte forebyggelsesindsatsen i relation til seksuel sundhed. Decker et. al argumenterer ved udlægning af seks strategier, der er essentielle at inddrage ved forebyggelse af seksuel sundhed, at evidensbaseret viden i forbindelse udarbejdelse af programmer og politikker skal anvendes (83). Dette kan tale for, at udgangspunktet for udarbejdelse af retningslinjer til forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland, skal foreligge på et videnskabeligt grundlag. Udarbejdelsen af retningslinjer for arbejdsprocedurer understøtter gennemsigtighed og gennemsuelighed i arbejdsgange (93). Dette anses som medvirkende til, at sikre ensartethed i forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed samt med generering af tydelige ansvars- og arbejdsfordelinger. Dette kan dermed anses som en tilsigtet positiv konsekvens ved, at der udarbejdes retningsangivende dokumenter i form af retningslinjer der ydermere kan medvirke til, at sikre forebyggelse af høj faglig kvalitet.

Ved udarbejdelse af retningslinjer i forbindelse med implementering, er der behov for at disse løbende justeres gennem en systematisk opfølgning (93). Decker et al. pointerer i relation til dette, at udarbejdede programmer og politikker til forebyggelse af problemstillinger i relation til seksuel sundhed, løbende skal revideres (83). Dette kan suppleres ud fra Leavitts systemmodel med, at komponenterne i modellen; *struktur, teknologi, opgaver og personer* (68,69) indikerer nødvendigheden af at stoppe op, for at foretage en revurdering af den igangværende forebyggelse og dermed den dertilhørende retningslinje for forebyggelseskonsulenternes arbejdsgange. Manglende revurdering af udarbejdede retningslinjer, kan generere utilsigtede konsekvenser i form af, at der kan foreligge en risiko for, at nyeste viden ikke anvendes (36). Det antages dermed, at en igangsætning af en udvikling af retningsangivende dokumenter skal indeholde en planlagt og systematisk revurdering for dermed at sikre, at arbejdsgangene i forebyggelsen af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed dermed ikke bliver forældede. anbefalinger angående monitorering og evaluering af den implementerede forebyggelse ud fra en defineret retningslinje, diskuteres i nedenstående afsnit

10.3 *Anbefaling 3 - Fokus på monitorering og evaluering.*

I anbefalingen om, at Inuuneritta III suppleres med udarbejdelse af retningsangivende dokumenter der består af retningslinjer for forebyggelseskonsulenternes arbejdsgange, stiller ydermere krav til et koordinerende samarbejde mellem de forskellige departementer og CFU. Der kan her være et behov for at tage stilling til hvilken rolle disse instanser skal indtage, samt hvilke udvalg der skal nedsættes til udarbejdelsen af retningslinjer til brug ved forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland.

10.3 Anbefaling 3 – Større fokus på monitorering og evaluering

Forandringsbidragets anbefaling om, at implementering af forebyggende indsatser gennem Inuuneritta III om at have større fokus på monitorering og evaluering, tager udgangspunkt i definerede resultater på baggrund af dokumentanalysen, hvor der ses udfordringer i forhold til viden om monitorering og evaluering af forebyggende indsatser, relateret til folkesundhedsprogrammernes indsatsområder. Dette kan ses i lyset af ovenstående forandringsbidrag med anbefaling om udarbejdelse af retningsangivende dokumenter i forbindelse med forebyggelseskonsulenternes arbejdsgange, hvor udarbejdede retningslinjer skal indeholde en planlagt og systematisk revurdering. For dermed at udføre en systematiske revurdering er der behov for, at forebyggelsesindsatsen følges og at der systematisk indsamles og registreres data gennem indberetning, til et givent relevant register (36). Monitorering af den implementerede forebyggelsesstrategi, omhandler en identificering af problemområder i indsatsen med det formål, at målrette en positiv kvalitetsudvikling af de forebyggende initiativer (93). Det kan herved antages, at der gennem monitorering sikres, at forebyggelsesindsatsen udføres efter den nedskrevne procedure til relation til den dertilhørende retningslinje. Med andre ord sikres det, at indsatsen kan udføres i henhold til de tilsigtede mål for, samt virkninger af forebyggelsen af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland. Dette fordrer, at de pågældende aktører, der skal foretage monitoreringen, kompetencemæssigt klædes på til udførelsen af denne opgave. Ydermere skal det derigennem sikres, at databearbejdningsarbejdet i monitoreringen kan varetages kompetent. Ud fra Leavitts systemmodel, kan der ud fra komponenten *teknologi* (68,69) advokeres for, at viden skal anses som et vigtigt element, der i relation til udførelse af monitorering, kan give utilsigtede konsekvenser hvis ikke aktørerne videns- og kompetencemæssigt kan varetage monitoreringsopgaven. Det kan antages, at dataindsamlingen dermed kan blive mangelfuld, hvormed beslutningsgrundlaget for kvalitetsudviklingen af forebyggelsesindsatsen forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed, skabes på ukorrekte og ukomplette data.

10.4 Anbefaling 4 – Øget fokus på en kombination af forebyggelsesstrategier

I forandringsbidraget anbefales det, at seksuel sundhed i Grønland forbedres gennem en kombineret forebyggelsesstrategi, hvor der anvendes både populationsorienteret forebyggelse som opdeles i

strukturel forebyggelsesstrategi og massekampagner og individorienteret forebyggelse som rettes mod individer i højrisiko gennem en højrisikostrategi (55). Anbefalingen om en kombination af forebyggelsesstrategier, er baseret på teori om forebyggelsesstrategi af Rose, hvor der argumenteres for, at en populationsorienteret forebyggelse bør indtænkes i de fleste tilfælde af forebyggelse (55). Fordelen ved at kombinere den allerede eksisterende individorienteret forebyggelse i Grønland, eksempelvis Dukkeprojektet (48), med populationsorienteret forebyggelse i form af strukturel forebyggelsesstrategi er, at der gennem strukturelle forebyggelsestiltag forebygges flere tilfælde end ved forebyggelse alene gennem en højrisikostrategi (94). Dette suppleres med, at den strukturelle forebyggelsesstrategi har til hensigt at opnå små sundhedsmæssige ændringer hos hele befolkningen, hvorimod højrisikostategien anvendes med et formål om, at opnå større ændringer hos individer i højrisiko (94,95). Den strukturelle strategi er målrettet bagvedliggende determinanter og er dermed velegnet til at skabe en reduktion i incidens af sygdom eller usund livsstil (94). I tilfælde, hvor incidensen af sygdom eller usund livsstil nedjusteres gennem strukturel forebyggelse, vil dette resultere i færre individer i højrisiko, hvor der behandles og rådgives ud fra en højrisikostrategi (95). Strukturel forebyggelse kan imidlertid anfægtes hvor der kan ses en utilsigtet konsekvens i form af at strukturel forebyggelse kun medfører en mindre fordel for hvert enkelt individ, hvormed motivationen for at modtage denne forebyggelse svækkes (55). Den systematiske litteratursøgning har ikke bidraget med studier omhandlende en kombination af begge forebyggelsesstrategier i forhold til problemstillingerne i relation til forebyggelse af seksuel sundhed. Grundlaget for denne anbefaling bygger derfor udelukkende på teori om forebyggelsesstrategier som advokerer for en kombination af forebyggelsesstrategier. Dette kan være med til at svække grundlaget for anbefalingen om kombinerede forebyggelsesstrategier da der ikke eksisterer et evidensgrundlag bag denne anbefaling.

Strukturelle forebyggelsesstrategier inddrager determinanter på makroniveau. Dette anses som socio-økonomiske, kulturelle og miljømæssige faktorer, jævnfør den Socio-økologiske model af Dahlgren og Whitehead fra 1991 (14). Denne anbefaling i forandringsbidraget adresseres dermed til et politisk niveau, hvor Departement for Sundhed samt CFU vil have mulighed for at tilføre ressourcer, herunder økonomiske prioriteringer, med hensigten om, at forbedre seksuel sundhed i Grønland. Dette vil kunne anses som en styrkelse af den strukturelle forebyggelse for seksuel sundhed i Grønland. Strukturel forebyggelse anses af Vallgård et al. som omkostningseffektiv og fremmende for lighed i sundhed (95). Sammenholdes denne anbefaling med anbefalingen om at igangsætte et kompetenceløft af medarbejdere i det forebyggende sundhedsarbejde kan der argumenteres for, at

dette vil kunne fordre en reduktion i den fremanalyseret ulighed i sundhed, som er eksisterende i Grønland grundet geografiske og socioøkonomiske forskelle for befolkningen, hvilket må anses som en positiv utilsigtet konsekvens.

Imidlertid ses seksuel sundhed i Grønland udfordret, hvorfor det er nødvendigt at forebyggelse af problemstillinger i relation til seksuel sundhed ligeledes indeholder elementer af højrisikostrategi. Gennem den systematiske litteratursøgning er der fundet alternative forslag til anvendelse af individorienteret forebyggelse, hvor der gennem anvendelse af teknologiske medier som sms-beskeder og e-mails øges viden blandt unge om seksuel overførte infektioner der resulterer i forebyggende lægebesøg (81,82,84). En højrisikostrategi er fordelagtig, da den af det enkelte individ vurderes relevant og derigennem øges motivationen (55). Der er gennem dokumentanalysen fundet en utilsigtet konsekvens ved anvendelse af højrisikostrategi, som kan rejse en etisk problemstilling ved, at Departement for Sundhed gennem valg af forebyggelsesstrategier, indirekte kan bidrage til at øge uligheden i relation til seksuel sundhed blandt den grønlandske befolkning. Dette kan suppleres med, at individets motivation ydermere kan være afgørende for, i hvor høj grad det enkelte individ profiterer af forebyggelse gennem en højrisikostrategi (55). Det kan heraf antages, at der kan opstå en risiko for, at forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed som udmøntes gennem højrisikostrategier, afhænger af individers ressourcer og motivation. Dermed kan det formodes, at der foreligger en social gradient i forbindelse med seksuel sundhed således forstået ved, at seksuel sundhed kan ses i relation til den enkeltes socioøkonomiske status. Dette suppleres af Vallgård et. al med, at veluddannede har flere ressourcer og dermed øget motivation for, at efterleve forebyggelsens målsætninger end individer med lavere uddannelse (95), hvilket dermed kan indebære at en seksuel sundhedstilstand betinges af social status.

Der ses dermed både fordele, ulemper og utilsigtede konsekvenser ved at anvende både individ- og populationsorienteret forebyggelse. Med specialets sigte om at udarbejde et forandringsbidrag til forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland, vurderes en kombineret forebyggelsesstrategi anvendelig, hvilket ligeledes underbygges af forebyggelsesteori af Rose, der præciserer, at folkesundhedsproblemer bedst imødekommes gennem en kombineret forebyggelsesstrategi (55).

10.5 Anbefaling 5 - Øget fokus på aktører i den forebyggende indsats

Denne anbefaling omhandler øget fokus på aktører og øgning af uddannelsesmæssige kompetencer, samt anbefaling om øget inddragelse af sundhedsvæsenet i arbejdet med forandring af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland.

I anbefalingen er der opmærksomhed på, at ressourcer er påkrævet på flere områder, for at opnå de tilsigtede resultater. Der er her særlig opmærksomhed på økonomiske- og mandskabsmæssige ressourcer. I forhold til de økonomiske ressourcer ses det, at Grønland sammenlignet med øvrige nordiske lande, har færrest midler afsat til sundhedsydelse, hvoraf en betydelig andel anvendes til transport af patienter (96). Dermed allokeres en stor andel af de økonomiske midler til transport frem for direkte sundhedsydelser. Ligeledes fremgår det, at der af samme midler allokeres en stor andel til betaling for specialiseret sundhedsydelser hos eksterne samarbejdspartnere i Danmark og Island, da dette er nødvendigt grundet begrænsede specialer i Grønland (97). Man kan dermed konkludere, at de økonomiske midler, som i forvejen er begrænsede, yderligere er reduceret grundet udgifter som ikke direkte relaterer sig til sundhedsydelser. Det kan i den forbindelse antages, at allokeringen af de sundhedsøkonomiske midler i Grønland bevirker mindre sundhed for pengene sammenlignet med Danmark, der ikke har lignende geografiske udfordringer som set i Grønland.

I processen, hvor opkvalificering af kompetencer skal foregå, er risiko for utilsigtede konsekvenser tilstede. En opkvalificering af forebyggelseskonsulenters kompetencer, vil især for medarbejdere i yderdistrikterne, føre til fravær grundet øget rejseaktivitet til byer hvor uddannelse tilbydes. Der kan derfor være perioder hvor lokale aktiviteter ikke kan gennemføres grundet dette fravær. Fastholdelse og rekruttering af kvalificerede sundhedsprofessionelle inden for sundhedsområdet, særligt i yderdistrikterne, udgør i forvejen en massiv udfordring for udbuddet af sundhedsydelser (96,97). Faglig isolation med få kolleger til faglig sparring, anses som en væsentlig grund for denne udfordring. Dette fravær af faste medarbejdere medfører, ifølge Niclasen og Mulvad fra 2010, manglende kontinuitet og monitorering af tiltag, med nedsat kvalitet af ydelser som konsekvens af denne mangel (96). Set ud fra Fixsens *competency driver* udfordres dette fravær, grundet vanskeligheder ved at opfylde punktet *selection*, som refererer til rekruttering af de rette medarbejdere (66). Grundet manglen på kompetente medarbejdere og behovet for vikarer ved fravær af fast personale, opstår afhængighed af udefrakommende for at kunne løfte forebyggende opgaver. Selvom der eksisterer en række sundhedsfaglige uddannelser i Grønland, har disse ikke været tilstrækkelige

til at imødekomme efterspørgslen (96). Denne afhængighed af rekruttering af sundhedsprofessionelle, som kommer fra lande uden for Grønland, kan medføre sproglige udfordringer, særligt for den del af den grønlandske befolkning som alene er grønlandsk-sprogede, som set i midtvejsevalueringen af Inuuneritta II (52). Det er tidligere set, at uddannelse af grønlandsk-sprogede sygeplejersker og sundhedsassistenter har haft gavnlig effekt med nedbringelse af seksuelt overførte infektioner (19). Der har blandt andet eksisteret efteruddannelse af sundhedsassistenter- og hjælpere som har haft til hensigt at opkvalificere disse til arbejdet på venerea-klinikker i sundhedsvæsenet (96). Disse klinikker, som har eksisteret under det første folkesundhedsprogram, er nedlagte med undtagelse af et enkelt sted i Grønland, som er begrænset til at have en åbningstid på en time om dagen hen over fire dage (98). Begrundelse for nedlæggelse af venerea-klinikkerne er ikke beskrevet i offentligt tilgængelige dokumenter, hvoraf det ikke har været muligt at foretage en vurdering af, om en genetablering af disse kunne være en hensigtsmæssig strukturel forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed.

10.6 Opsamlende diskussion af forandringsbidraget

Det fremgår af afsnit 9.4 *Anbefalinger*, at forandringsbidraget indeholder fem anbefalinger til forbedring af seksuel sundhed i Grønland på baggrund af en forandring af forebyggende sundhedsstrategier, således at problemstillingerne i relation til den seksuel sundhed forebygges. I det følgende vil kompleksiteten af igangsættelsen af disse anbefalinger blive diskuteret med inddragelse af relevante etiske overvejelser og perspektiver vedrørende lobbyistarbejde, samfundsøkonomiske perspektiver samt lægmandsperspektivet.

10.7 Komplexitet ved forandringsbidraget

Som tidligere beskrevet i afsnit 9.3.2 *Forandringsagenten* er modtager af specialets forandringsbidrag adresseret til Departement for Sundhed. Som udgangspunkt er CFU den tvær-departementale enhed som er ansvarlig for den overordnede koordinering af folkesundhedsprogrammets indsatser. Behov for justeringer af folkesundhedsprogrammet behandles endvidere af dette udvalg, som årligt afleverer en statusrapport til Naalakkersuisut, som udgør regeringen i Grønland (52). Den endelige beslutning om, hvorvidt seksuel sundhed skal inddrages som fokusområde i Inuuneritta III, tilfalder Naalakkersuisut som skal bane vejen for, at fokusområdet kan få tildelt midler via Finansloven, hvilket kræver politisk velvillighed til at prioritere dette område

(52). Det konstateres, at inddragelse af seksuel sundhed i folkesundhedsprogrammet Inuuneritta III, er et kompleks samspil mellem flere enheder. Argumentet for at adressere specialets forandringsbidrag til Departement for Sundhed, findes ved at departementet skal iværksætte processen for ændring af folkesundhedsprogrammets fokusområder, som går igennem de ovenstående politiske og udvalgmæssige led, således at seksuel sundhed inddrages.

10.8 Perspektiver på lobbyisme

Lobbyisme foregår, når interessenter i form af for eksempel organisationer, virksomheder eller personer søger at påvirke politiske beslutningstagere som led i varetagelse af egne interesser (99). Landslægeembedet i Grønland identificeres som mulig interessant i forhold til problemstillinger relateret til seksuel sundhed. Dette grundet den arbejdsfunktion som tillægges Landslægeembedet igennem den grønlandske lovgivning. I henhold til *Selvstyrets bekendtgørelse nr. 7 af 15. juni 2007 om Landslægeembedets virke*, står der skrevet, at Landslægeembedet skal overvåge befolkningens sundhedstilstand og følge forhold som har betydning for befolkningens sundhed (100). Det er endvidere angivet, at det er pålagt Landslægeembedet at orientere offentligheden, når særlige sundhedsforhold udgøre en fare for befolkningen. Smitsomme sygdomme er et af de emner som i lovgivningen er anført som en aktivitet Landslægeembedet skal deltage i planlægningen af bekæmpelsen af. Endvidere kan Landslægeembedet yde sundhedsfaglig rådgivning for sundhedsministeren efter eget initiativ (100). Landslægen har derfor mandat til at påvirke de politiske beslutningstagere, også i forhold til at genindføre seksuel sundhed som fokusområde i det kommende folkesundhedsprogram Inuuneritta III. Landslægeembedet har i maj 2019, udgivet rapporter for seksuelt overførte infektioner og for antal udførte aborter, hvor begge rapporter viser stigende forekomster som angives som foruroligende og som et massivt folkesundhedsmæssigt problem (22,101). Dette styrker argumentet for genindførelse af seksuel sundhed som fokusområde i folkesundhedsprogrammet.

10.9 Samfundsøkonomiske overvejelser

Gennem ovenstående anbefalinger anbefales, at seksuel sundhed inkluderes som fokusområde i det kommende folkesundhedsprogram, Inuuneritta III. Baggrund for dette er, at der gennem analysen er fundet, at det ved inklusion i folkesundhedsprogrammet ligeledes sker en økonomiske prioritering af fokusområdet (52). I tilfældet af, at seksuel sundhed inkluderes i folkesundhedsprogrammet

Inuuneritta III, vil der forventes at blive tilføjet ekstra økonomiske ressourcer til fokusområdet seksuel sundhed. Ved nye sundhedspolitiske tiltag danner økonomiske beregninger oftest baggrund for beslutningsgrundlaget (102). En del af beslutningsgrundlaget består af en fuld sundhedsøkonomisk evaluering som er en komparativ analyse, hvor omkostninger og effekter af to eller flere tiltag tages i betragtning. Den sundhedsøkonomiske evalueringens formål er dermed at dokumentere, hvilket tiltag som betragtes som mest omkostningseffektivt at indføre, hvor der tilstræbes at opnå mest mulig sundhed pr. krone (102,103). Der anvendes forskellige sundhedsøkonomiske evalueringer. Evalueringen cost-effectiveness analyse angiver omkostninger overfor sundhedsmæssige effekter målt i naturlige enheder, eksempelvis funktionsevne og reduktion i antal i risiko (102). Hvis specialets forandringsbidrag påtænkes at blive inkluderet i det kommende folkesundhedsprogram, Inuuneritta III, vil anvendelse af en cost-effectiveness analyse kunne belyse, i hvilken grad forandringsbidragets vil kunne påvirke seksuel sundhed i Grønland. Seksuel sundhed er dog ikke direkte måleligt. Analysen vil dermed bero på omkostningseffektivitet i forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed, altså antallet af tilfælde af seksuelt overførte infektioner, uplanlagte graviditeter og individer som oplever manglende medbestemmelse til seksuelt samvær. Såfremt problemstillingerne i relation til seksuel sundhed er en politisk prioritet, vil en cost-effectiveness analyse dermed kunne forventes at styrke beslutningstagernes beslutningsincitament. Ulempen ved cost-effectiveness analyse er, at denne analyse ikke kan sammenlignes med andre analyser med andre mål for effekt (102).

En udfordring ved økonomiske evaluering af forebyggelsestiltag er dog, at gevinsten af forebyggelsestiltaget ikke er måleligt umiddelbart efter opstart af tiltaget. Forebyggelse har langsigtede mål, hvilket indebærer, at det må tilføjes midler til forebyggelsestiltag, hvor effekten først er målelig efter en længere tidshorisont (102).

Forandringsbidraget begrænses, da der i specialet ikke er taget højde for forandringsbidragets omkostninger og effekter. Dette kan begrænse Departement for Sundheds velvillighed til at inkludere seksuel sundhed i det kommende folkesundhedsprogram, Inuuneritta III. En sundhedsøkonomisk analyse anses dermed som et relevant supplement til forandringsbidraget, hvormed Departement for Sundhed vil kunne anskue omkostningseffektiviteten i forhold til de fremanalyserede anbefalinger. Såfremt specialets forandringsbidrag inkluderes i kommende folkesundhedsprogram, Inuuneritta III, forventes dette at kunne påvirke sundhedsudgifter i relation til forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i en positiv retning.

10.10 Lægmandsperspektivet

Anbefalingerne stiles mod Departementet for Sundhed i Grønland og udgør forandringsbidrag til udarbejdelsen af det kommende folkesundhedsprogram Inuuneritta III med anbefalinger til, hvorledes seksuel sundhed som fokusområde kan implementeres i de allerede eksisterende organisatoriske strukturer. Imidlertid er det ikke en garanti for, at seksuel sundhed i Grønland forbedres på baggrund af forandrede forebyggende sundhedsstrategier, hvormed problemstillingerne i relation til seksuel sundhed dermed forebygges. I denne forbindelse vil lægmandsperspektivet blive inddraget for således at diskutere hvilke implikationer det kan have, at dette perspektiv ikke er inkluderet i tilblivelsen af forandringsbidraget.

Ifølge kultursociolog Helle Timm er lægperspektivet karakteriseret ved at være subjektiv, oplevelse- og hverdagslivsorienteret og et perspektiv, der anses som værende dominerende i et individs hverdagsliv. Derimod anses lægperspektivet som underordnet samt undertrykt i det professionelle regi (104). Problemstillingerne i relation til seksuel sundhed kan dermed anskues som en subjektiv oplevelse, hvortil mening herom og betydning heraf tilskrives og opleves individuelt i den enkeltes livsforløb. Dermed kan oplevelsen af behovet for forebyggelse i relation til seksuel sundhed i Grønland, være afgørende forskellig ud fra de unges lægmandsperspektiv og det professionelle ekspertperspektiv, hvilket kan have implikationer for, om de forandrede forebyggende sundhedsstrategier lykkes med at forbedre seksuel sundhed i Grønland. Dette kan med udgangspunkt i et mikroperspektiv forklares med at det enkelte individ, ud fra Dahlgren og Whiteheads Socio-økologiske model fra 1991 i modellens fjerde niveau, er et selvbestemmende individ (14). Dermed kan det antages, at hvis anbefalingerne i forhold til forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed ikke er meningsgivende ud fra lægmandsperspektivet, vil det dermed påvirke forebyggelsens tilsigtede formål i og med, at den enkelte træffer individuelle valg om egen seksuel sundhed.

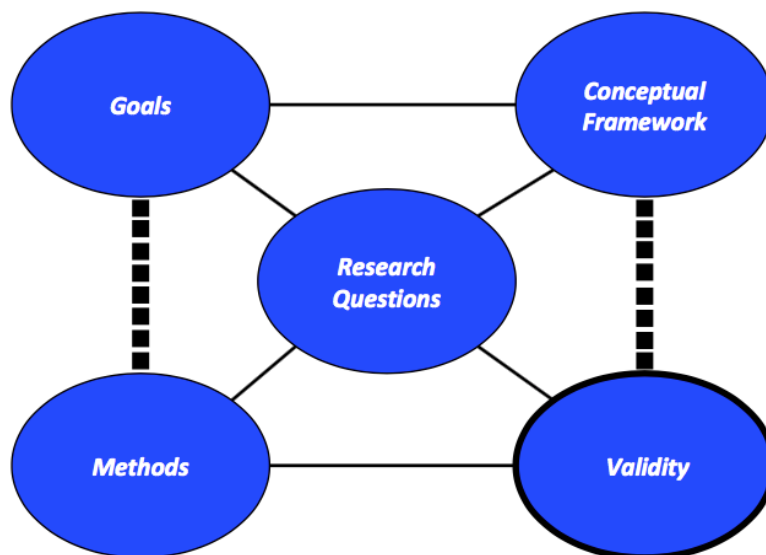
Det giver anledning til at inddrage etiske overvejelser omhandlende autonomi, der ligeledes omhandler individers selvbestemmelsesret og dermed deres status som værende suveræne individer (105). Der kan her overvejes hvilke rolle autonomien skal spille for dermed etisk at legitimere de forebyggende strategier og indsatser i relation til seksuel sundhed, hvor respekt for autonomi og medinddragelse af de unge kan være et middel til at forbedre seksuel sundhed i Grønland. I studiet af Rink et. al, hvor formålet var at reducere seksuelt overførte infektioner blandt unge i Grønland, blev de unge, deres forældre og lokalområdet inddraget i tilrettelæggelsen af interventionen (85). Dette

kan det anskues som et forsøg på at medinddrage deltagerne, for dermed at nå studiets tilsigtede formål.

Ovenstående kan således indikere en begrænsning ved forandringsbidraget ved, at der i udarbejdelsen af anbefalingerne ikke er taget højde for lægmandsperspektivet. Hvormed dette vil være relevant at medinddrage i implementeringsprocessen, eftersom et hverdagskulturelt fokus, anses som et betydningsfuldt aspekt i sygdomsforebyggelse (104).

11.0 Metodediskussion

Ifølge Maxwells interaktive model (60), som illustreres ved figur 11 *Ensrettet forebyggelsesstrategi som udfordring for seksuel sundhed*, omhandler komponenten *Validity* det faktum, at forskeren anskueliggør hvorledes de fremkomne resultater af forskningen er troværdige. Ydermere skal forskeren forholde sig til, hvorvidt resultaterne ligeledes kan være ukorrekte (60). Overordnet refererer *Validity* sig i specialet til, om valg af en systematisk litteratursøgning samt dokumentanalyse som metode, har muliggjort en besvarelse af problemformuleringen om, hvordan seksuel sundhed forbedres i Grønland på baggrund af en forandring af forebyggende sundhedsstrategier, således at problemstillingerne i relation til seksuel sundhed forebygges.



Figur 11: Maxwells interaktive model med fokus på komponenten *Validity*.

I det følgende afsnit diskuteres dermed de epistemologiske og metodologiske valg i forskningsprocessen, hvor anvendte styringsredskab, den videnskabsteoretiske position, teoretisk

referenceramme samt metoder, ligeledes fremhæves. Der tages udgangspunkt i styrker og begrænsninger, hvor kvalitetskrav om reproducerbarhed, validitet og generaliserbarhed i forskningsprocessen ud fra Dahlager og Fredslund fra 2007 (63), vil blive diskuteret. Dette med formålet om at belyse, hvorvidt stringens og sammenhæng afspejles i processen, samt hvorledes den producerede empiri er fremkommet.

11.1 Diskussion af Maxwells interaktive model som styringsredskab

Maxwells interaktive model (60) har som styringsredskab til det kvalitative studiedesign medvirket til at systematisere samt udfærdige specialet. Dette har haft betydning for den kohærens der er forsøgt skabt mellem specialets formål samt valgte metoder, hvortil eksplicite beskrivelser af valg af metoder samt den begrebsmæssige ramme er genereret. Inddragelse af Maxwells fem komponenter (60) i forsøget på at skabe denne sammenhæng, anses som værende en styrke i specialet, da dette har bidraget til at tilgodese alle styrende elementer i forskningsprocessen. Komponenterne har gennem sin interaktive tilgang dermed fungeret som en overordnet ramme, som har muliggjort en besvarelse af problemformuleringen og de tilhørende forskningsspørgsmål.

Ud fra den cirkulære proces i Maxwells interaktive model (60), er valg og fremgangsmåder i relation til metode løbende blevet diskuteret og revideret hvilket har bevirket, at vidensproduktionen i forbindelse hermed, er skabt gennem en fælles reflektiv proces. Denne reflektive proces anses ligeledes som en styrke i og med, at den skabte et øget fokus undervejs i forskningsprocessen på at skabe sammenhæng mellem formål, problemformulering og anvendt teoretisk referenceramme. Maxwells interaktive model (60) som styringsredskab har derfor haft en vigtig rolle som et effektivt redskab til, at igangsætte refleksion samt dialog om processen og dertilhørende valg der medvirker til, at skabe en tydeligere kohærens mellem komponenterne. Ydermere har den reflektive proces ved anvendelse af Maxwells interaktive model (60) medført øget opmærksomhed ved selve beskrivelsen af de metodiske valg, hvilket dermed kan medvirke til at skabe gennemsigtighed om, hvilke metodiske valg der er truffet og anvendt.

Dette kan stille krav til forskerens kompetencer samt faglige evner til at træffe passende metodiske valg. Ydermere kan dette kan relateres til det faktum, at forskeren implicit er indlejret i forskningsprocessen som et instrument (60).

Dette harmonerer med den hermeneutiske videnskabsteoretiske position, hvor gruppens medlemmer i kraft af den hermeneutiske cirkel undervejs er blevet en del af forskningsprocessen (62). Det kan derfor anses som en styrke, at alle gruppens medlemmer har indgået i den cirkulære proces ved den interaktive model som instrument.

11.2 Diskussion af den videnskabsteoretiske position

I det følgende diskuteres hvilke styrker og begrænser der har været forbundet med at anvende hermeneutikken som videnskabsteoretisk position.

Den hermeneutiske videnskabsteoretiske position har i specialet skabt grundlag for valg af metode og dertilhørende analysestrategi. Ontologisk anser hermeneutikken, at den sociale verden skal forstås ud fra en fortolkning af de bagvedliggende handlinger der er til stede i den sociale verden (62). Det kan derfor anses som en styrke, at der gennem den hermeneutiske videnskabsteoretiske position, kan identificeres, hvordan sociale forhold i samfundet kan forklares eller forstås. I relation hertil, vurderes hermeneutikken som værende en position der søger kendskab til et fænomen i samfundet, hvilket dermed er kan ses som en styrke i henhold til problemformuleringen om, hvordan seksuel sundhed i Grønland forbedres på baggrund af forandring af forebyggende sundhedsstrategier.

I og med, at viden om den sociale verden i samfundet skal forstås ud fra en fortolkning indenfor hermeneutikken, kan det imidlertid anskues som en svaghed at anvende denne som videnskabsteoretisk position. Dette begrundes med, at al hermeneutisk fortolkning vil være forbundet med usikkerhed, da en sådan fortolkning ikke indeholder en endegyldig sandhed og vil derfor altid kunne diskuteres (63). Dette medfører, at det beskrevne forandringsbidrag til, hvordan seksuel sundhed i Grønland kan forbedres på baggrund af en forandring af forebyggende sundhedsstrategier, er genereret ud fra subjektive fortolkninger og vil derfor ikke facilitere en slutgyldig sandhed.

Ydermere er de subjektive fortolkninger tilvejebragt med inddragelse af specialegruppens forforståelse gennem afsæt i problemanalysen, hvor problemstillingerne i relation til seksuel sundhed blev defineret som seksuelt overførte infektioner, seksuel debutalder, manglende medbestemmelse ved seksuelt samvær og høj forekomst af uplanlagte graviditeter. Endvidere er forforståelsen funderet gennem den teoretiske referenceramme ud fra Fixsen (65,66), Rose (55) Leavitt (68) og Dahlgren og Whitehead fra 1991 (14). Hermeneutisk fortolkning er anvendt med udgangspunkt i forforståelsen, hvilket har muliggjort generering af forandringsbidraget, dermed medvirker den hermeneutiske fortolkning til at højne validiteten, da denne har medvirket til besvarelse af problemformuleringen.

11.3 Diskussion af anvendte teoretiske referenceramme

I nedenstående diskussion diskuteres anvendt implementeringsteori af Fixsen (65–67), forandringsteori af Leavitt (68,69), teori om forebyggelsesstrategier af Rose (55) samt den Socio-økologiske model af Dahlgren og Whitehead (14), hvortil styrker og begrænsninger ved anvendelsen i relation til besvarelse af problemformuleringen vil blive inddraget.

11.3.1 Diskussion af Fixsens implementeringsteori

Implementeringsteorien af Fixsen er anvendt som led i den hermeneutiske forforståelse, hvormed den har været retningsangivende for kodningen af de meningsbærende dele i den tematiske analyse. Samtidig er teorien anvendt som led i dokumentanalysens hermeneutiske analyse. Teorien har derved haft en betydelig rolle i udfaldet af de resultater og anbefalinger som er genereret, jævnfør afsnit 9.4 *Anbefalinger*. En styrke ved anvendelse af denne teori er, at udfordringer i implementeringsarbejdet, i relation til folkesundhedsprogrammernes processer og udmøntninger, har været mulige at identificere. Ved hjælp af identifikation af udfordringerne i implementeringsarbejdet, gennem komponenten *implementation drivers*, jævnfør afsnit 7.2.1 *Implementeringsteori af Fixsen*, åbner det op for forslag til justeringer.

Anvendelse af Fixsens implementeringsteori (65–67), i denne kontekst, har dog sine begrænsninger. Begrænsninger findes ved, at implementeringsteorien som udgangspunkt, er udviklet til implementering af indsatser. Grundet den flade organisationsform som ses i det forebyggende arbejde, jævnfør afsnit 9.3 *Forandring af forebyggelsesstrategier med henblik på at forbedre seksuel sundhed Grønland*, er det erkendt at forebyggelsesenheden PAARISA har været integreret i Departement for Sundhed, hvormed at strategier og indsatser har været vanskelige at skille ad i de udvalgte analysedokumenter. På baggrund af denne flydende overgang mellem strategier og indsatser har vurderingen om berettigelse af Fixsens implementeringsteori i denne kontekst været tilstede. Begrænsningen er imidlertid, at det politiske område, ikke inddrages som betydelig komponent i analysen, da Fixsens teori ikke forholder sig til dette. Det kan diskuteres om resultater af dokumentanalysens udfald havde set anderledes ud, hvis der var anvendt anden implementeringsteori som inkluderede det politiske element, som teoretisk referenceramme. En implementeringsteori som inddrager det politiske element, kunne for eksempel have været *Den integrerede implementeringsmodel* af Winter og Nielsen fra 2008 (106). Et bud på denne overvejelse er at anvendelse af en implementeringsteori som inkluderer det politiske element, kunne have genereret en

anden type data med et andet fokus, og derved kunne havde affødt andre anbefalinger, jævnfør afsnit 9.4 *Anbefalinger*.

11.3.2 Leavitts systemmodel

Leavitts systemmodel er anvendt som led i udarbejdelsen af forandringsbidraget. Inddragelsen af forandringsteori bunder i Fixsens anbefalinger om inddragelse af forandringsteori i implementeringen af indsatser, jævnfør afsnit 7.2.1 *Implementeringsteori af Fixsen*. Fixsen samt Bertram et al. argumenterer for, at inddragelse af forandringsteori bidrager til at identificere, hvordan aktiviteter og elementer i implementeringen skaber forbedrede resultater for målgruppen (65,67).

Styrken ved anvendelse af Leavitts systemmodel som forandringsteori er, at den er udviklet som teoretisk værktøj til at skabe struktur i planlægning og implementering af forandringer i organisationer (69). Hvilket i forhold til specialets fokus på implementering af seksuel sundhed i folkesundhedsprogrammet gør, at der vil være tale om en forandring i den forebyggende sundhedsorganisation i Grønland, da fokusområdet som led i det forebyggende arbejde skal implementeres som en forandring i det kommende folkesundhedsprogram.

En begrænsning ved Leavitts originale systemteori er, at den ikke inddrager omkringliggende elementer, som kan have betydning for en organisations funktioner og arbejdsområder. I afsnit 2.0 *Problemanalyse*, identificeres omgivelsernes betydning for seksuel sundhed i Grønland med inddragelse af mikro-, meso- og makroniveauet. Ligeledes viser dokumentanalysen, at de omgivelser som indbyggere i Grønland er underlagt, eksempelvis store geografiske afstande, har betydning for sundheden, jævnfør afsnit 9.2.3 *Tema 3 – Ulighed som udfordring for implementering*. I og med, at Leavitt ikke inkluderer omgivelsernes betydning i den originale systemmodel, har det derfor været nødvendigt at supplere hans teori ved hjælp af nyere udlæggninger af teorien, hvormed Skriver et al. (69) inkluderes som supplement til teorien.

11.3.3 Teori om forebyggelsesstrategi af Rose

I forandringsbidragets anbefaling 4 omhandlende, at seksuel sundhed i Grønland forbedres gennem en kombineret forebyggelsesstrategi, er anbefalingen baseret på teori af Rose, hvor der argumenteres for, at der anvendes både populationsorienteret forebyggelse i form af strukturel forebyggelsesstrategi og individorienteret forebyggelse gennem en højrisikostrategi (55). Rose konkluderer, at populationsorienteret forebyggelse kan bringe en stor nytte for befolkningen, men at denne form for

forebyggelse imidlertid har minimal indflydelse på det enkelte individ, og taler for en tilgang, hvor en højrisikostrategi med fordel kan supplere en populationsorienteret forebyggelsesstrategi (55).

Imidlertid argumenterer Link og Phelan fra 1995 for, at forebyggelse ikke blot skal rette fokus mod de individuelle risikofaktorer, for at opnå en effekt af forebyggelse (107). Der skal yderligere være fokus på individets sociale levevilkår som udgør de omgivelsesmæssige risikofaktorer for individet (107). Dette advokerer for, at der i en kombineret forebyggelsesstrategi i forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland, både skal fokuseres på de proksimale faktorer eksempelvis i forhold til seksuelt samvær samt distale faktorer i forhold til nærmiljøets påvirkninger af seksuel sundhed. De proksimale og distale faktorer kan ligeledes anskues ud fra et sociologisk perspektiv, i form af hvorledes den sociale adfærd samt de mellem menneskelige relationer udspiller sig i et samfund (77). Derved kan det antages, at der kan være tale om social, kulturel og samfundsmæssig påvirkning på adfærden i forhold til seksuel sundhed hos individet. Dermed kan der samfundsteoretisk identificeres sammenhænge på forskellige niveauer i de sociale relationer, hvor de proksimale faktorer kan relatere sig til et mikro- og mesoniveau og de distale faktorer til et makroniveau (77).

Decker et al. præsenterer ved en af de seks strategier, der er essentielle i forebyggelse i relation til seksuel sundhed blandt unge, at der skal opnås en forståelse for det at være ung samt kompleksiteten herved (83). Dermed kan det være væsentligt at tage højde for, at forstå, hvad der påvirker adfærden blandt unge i Grønland i forhold til seksuel sundhed.

De ovenstående perspektiver kan dermed antages at have betydning for implementering af en kombineret forebyggelsesstrategi i forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i Grønland og kan ses som en begrænsning i forandringsbidragets anbefalinger i og med dette ikke er ekspliciteret heri. Imidlertid er der indledningsvist gældende for alle fem anbefalinger i forandringsbidraget pointeret at, der skal tages højde for de kulturelle og kontekstuelle betingelser som forebyggelsesstrategien skal implementeres under.

11.3.4 Den socioøkologiske model af Dahlgren og Whitehead

Teori af Dahlgren og Whiteheads Socio-økologiske model fra 1991 (14) er inddraget som en del af den teoretiske referenceramme, da problemstillingerne i relation til seksuel sundhed, jævnfør afsnit 2.0 *Problemanalysen*, identificeres som komplekse. Inddragelse af denne teori havde til hensigt at bidrage med perspektiver i analysen igennem teoriens fire niveauer. Hvormed den Socio-økologiske model skulle identificere udfordringer som kan have indflydelse på det forebyggende arbejde i

Grønland i forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed, jævnfør afsnit 7.2.2 Den Socio-økologiske model af Dahlgren og Whitehead.

I relation til ovenstående formål for inddragelse af teorien som teoretisk referenceramme har det været muligt at fremanalysere perspektiver i henhold til et mikro-, meso- og makroniveau i henhold til mulige udfordringer for det forebyggende arbejde i Grønland. Hvilket kan vurderes at være en styrke ved inddragelse af denne teori. Et andet aspekt ved inddragelse af denne teori har været fokus på ulighed, som oprindeligt ikke var en del af formålet med inddragelsen af teorien. Dahlgren og Whiteheads teori tager blandt andet udgangspunkt i socio-økonomisk ulighed i sundhed (14). Selvom, ulighed i sundhed som udgangspunkt ikke var et fokusområde som teorien var påtænkt at skulle bidrage med, har inddragelse af denne teori alligevel ført til resultater som omhandler ulighed, jævnfør afsnit 9.2.3 Tema 3 – Ulighed som udfordring for implementering. Dermed har inddragelsen af denne teori haft betydning for dokumentanalysens resultater.

11.4 Diskussion af systematisk litteratursøgning

I det følgende diskuteres proceduren for den udførte systematiske litteratursøgning, hvor styrker og begrænsning ved udførelsen af både 1. og 2. søgning fremhæves.

Det kan anses som en styrke ved den systematiske litteratursøgning, at der er udarbejdet en søgeprotokol jævnfør *Bilag 1*, der som dokumentation således ekspliciterer, hvorledes begge søgninger er opbygget og udført. Styrken ligger i, at en udarbejdet søgeprotokol er medvirkende til at skabe transparens i søgningen (108).

Til gennemførelse af den systematiske litteratursøgning, blev der valgt at benytte en bloksøgning. Dette begrundes med, at en bloksøgning er en brugbar metode for dermed at generere yderligere transparens i søgningen, hvor en reproduktion muliggøres (109). Dertil skabes et fundament for at afdække den eksisterende evidens på området i forhold til, hvilke strategier og indsatser der anvendes i internationale studier til forebyggelse af problemstillinger i relation til seksuel sundhed hos unge. Dette fundament er sikret qua de enkelte definerede facetter i bloksøgningen samt anvendte søgetermer undervejs i søgningerne (110).

Ydermere vurderes det som en styrke, at der ved den systematiske litteratursøgning er forsøgt at skabe grundighed i søgningerne. Denne grundighed faciliterer yderligere mulighed for reproducerbarhed, i og med denne grundighed kan ses i relation til selve udførelsen samt afrapportering af en søgning (74). For at sikre grundighed er både den 1. og 2. søgning i den systematiske litteratursøgning udført kollektivt i specialegruppen, for derved at mobilisere ensartede søgninger i udførelsen.

Afrapporteringen er sikret gennem den udarbejdede søgeprotokol i *Bilag 1*, hvor de dokumenterede søgninger er illustreret. Ligeledes er metoden for den systematiske litteratursøgning ekspliciteret i afsnit 8.1 *Litteraturstudie*. Det vurderes derfor, at udførelsen samt afrapportering medvirker til en høj grad af transparens i den systematiske litteratursøgning.

Ved de indledende søgninger blev det tydeligt, at litteratur der specifikt var målrettet forebyggelse i forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed i en grønlandsk kontekst, var sparsom. For således at imødekomme dette, er der gennem systematiske litteratursøgning forsøgt at generere en høj grad af *recall*, der vedrører andelen af identificerede relevante søgeresultater (74). Dette er forsøgt gennem facetsøgningerne, hvor der både er anvendt indekserede søgetermer fra databasernes thesaurus samt fritekstord for at frembringe flest mulige og relevante hits af søgningerne, hvilket resulterede i 10.204 samlede hits. Dette indikerer dermed en høj grad af *recall*. Dertil kan det vurderes som en begrænsning, at det ikke var muligt at sikre kvaliteten af den systematiske litteratursøgning gennem *precision*, der omhandler antallet af relevante studier (74). Imidlertid argumenterer Buckland og Gey fra 1994 for, at det ikke er muligt at skabe en høj grad af både *recall* og *precision* (111). Derfor blev en yderligere kvalitetssikring efter den 1. søgning prioriteret gennem en 2. søgning for at komme yderligere omkring problemfeltet og dermed primær fokus på høj grad af *recall*. Dette resulterede i flere søgeresultater, hvor to af de udvalgte fem artikler er identificeret på baggrund af denne 2. søgning.

Det var muligt at identificere studier ved en indsnævring ved brug af AND i søgningen med alle fire facetter gennem 1. søgning ved alle anvendte databaser med undtagelse af PubMed. Den indsnævrende søgning med alle fire facetter gav ingen hits. Der kunne med fordel være forsøgt at indsnævre søgningen i PubMed med en kombination af blot tre facetter, eksempelvis med Facet 1: *Unge*, Facet 2: *Seksuel sundhed* og Facet 4: *Forebyggelse* for dermed at afdække, hvorvidt der kunne identificeres relevante studier.

De definerede in- og eksklusionskriterier havde til formål at fungere som kriterier der skulle sikre identificering af relevante samt anvendelige artikler. Imidlertid kan det ses som en begrænsning ved litteratursøgningen, at det var vanskeligt at definere konkrete kriterier, der sikrede høj grad af den eksterne validitet med henblik på at kunne overføre internationale fund om strategier og indsatser til forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed hos unge til en grønlandsk kontekst. Dette velvidende, at litteratur relateret til en grønlandsk sammenhæng var sparsom på baggrund af de

indledende søgninger i problemanalysen. Resultaterne medførte artikler fra flere forskellige lande, hvoraf anvendelige fund blev vurderet ud fra, hvorvidt de var mulige at sikre en vis generaliserbarhed til en grønlandsk kontekst. Denne medførte selektering af artikler på baggrund af en subjektiv vurdering af specialegruppen, hvilken dermed kan forringe reproducerbarheden af litteratursøgningens selektionsproces og dermed den eksterne validitet.

Da et af inklusionskriterierne indbefatter inkludering af studier der omhandler forebyggelsesstrategier på strukturelt niveau, herunder populationsorienteret forebyggelse inden for seksuel sundhed, kunne begge søgninger med fordel være tilføjet yderligere fritekstord i forbindelse med Facet 3 i 1. søgning: *Forebyggelsesstrategi* samt ved 2. Facet i 2. søgning: *Forebyggelse af seksuel sundhed*, med fritekstord som ”policy making” samt ”policy implementation”. Dette begrundes med, at disse begreber relaterer sig til aktiviteter til at realisere og udarbejde offentlige programmer eksempelvis i forbindelse med forebyggelsespakker eller folkesundhedsprogrammer (112,113). Erkendelsen vedrørende disse begrebers eksistens og anvendelse afstedkom gennem 1. gennemlæsning af de selekterede 29 artikler. Udelukkelse af disse begreber i søgningerne kan dermed anses som en begrænsning og kan være medårsag til, at der gennem den systematiske litteratursøgning ikke blev identificeret artikler omhandlende forebyggelsesstrategier på strukturelt niveau i forhold til problemstillingerne i relation til seksuel sundhed. Sådanne studier kunne have medvirket til at styrke en facilitering af forandringsbidraget til, hvordan seksuel sundhed i Grønland fremmes på baggrund af en forandring af strategier og indsatser, således at problemstillingerne i relation til seksuel sundhed forebygges. Ydermere er der på baggrund af den definerede målgruppe; unge i alderen 14-29 år, selekteret på artikler der specifikt ramte indenfor denne aldersgruppe. Dette bevirker, at der dermed primært skabes fokus på individorienterede indsatser med anvendelse af en højrisikostrategi i selekteringen med risiko for, at studier der omhandlede populationsorienterede forebyggelse inden for seksuel sundhed frasorteres.

På baggrund af selektionsprocessen blev der udvalgt i alt fem artikler der alle gennemgik en kritisk litteraturgennemgang som er præsenteret i afsnit 9.1 *Systematisk litteratursøgning*. Udgangspunktet i den systematiske litteratursøgning var at inkludere studier af både kvantitativ samt kvalitativ karakter. Imidlertid blev der på baggrund af 1. gennemlæsning kun udvalgt kvantitative studier, hvilket harmonerer med forskningsspørgsmålet om at finde i internationale studier der anvender strategier og indsatser til forebyggelse af problemstillinger i relation til seksuel sundhed hos unge i aldersgruppen 14 - 29 år. Ved inkludering af kvalitative studier, kunne fund deraf skabe viden om,

hvilke oplevelser sundhedsfaglige- og forebyggelseskonsulenter vurderer som væsentlige ved strategier og i indsatser i forhold til forebyggelse af problemstillingerne i relation til seksuel sundhed.

11.5 Diskussion af dokumentanalysen

Styrken ved dokumentanalysen er, at den kan anvendes bredt indenfor flere undersøgelsesområder for eksempel policy analyser og institutionelle analyser. Metoden kan anvendes til at afdække udviklinger og processer indenfor det problemfelt som undersøges (75). I dette tilfælde har der været tale om analyse af udfordringer som indbefatter de udfordringer som har været i implementeringen af folkesundhedsprogrammernes fokusområder, hvor den forebyggende sundhedsorganisation i Grønland inddrages. Ved inddragelse af dokumenter som omhandler de grønlandske folkesundhedsprogrammer, samt evalueringer af disse, har det været muligt at identificere mål og strategier for folkesundheden, samt de prioriteringer som politisk har været emner indenfor folkesundheden i Grønland. Samtidig har det været muligt, igennem dokumentanalysen, at identificere de styrker og begrænsninger som fremkommer i evalueringer af programmerne, hvormed det har været muligt at komme med et bidrag til, hvordan seksuel sundhed kan forbedres. På baggrund af inddragede dokumenter har det været muligt at indsamle en passende mængde empiri, til at kunne besvare forskningsspørgsmålet. En styrke ved dokumentanalysen som metodisk tilgang er, at andet forskningsspørgsmål har ladet sig besvare igennem denne fremgangsmåde.

Begrænsninger ved dokumentanalysen er, at inddragede dokumenter alene er sekundære og tertiære dokumenter, hvorved der alene er tale om allerede bearbejdet materiale som er udarbejdet med andet formål end det som specialet omhandler. Inddragelse af primære dokumenter kunne have styrket empiriens forklaringskraft, ved at tydeliggøre aspekter i argumentationen for, hvorledes prioriteringen af folkesundhedsprogrammets fokusområder er afstedkommet. Inddragelse af primære dokumenter har dog ikke været muligt, grundet manglende tilgængelighed. Ifølge Lynggaard kan det være nødvendigt at supplere med andre metoder for eksempel interviews, hvis inddragede dokumenter i en dokumentanalyse ikke i tilstrækkelig grad kan bidrage med viden (75). Aktuelt har dette imidlertid ikke været nødvendigt, da den viden som er indsamlet til besvarelse af andet forskningsspørgsmål, har været tilstrækkelig.

11.5.1 Kvalitetskriterier i dokumentanalyse

I forhold til dokumentanalysens metodiske overvejelser vurderes dokumenter ud fra kvalitetskriterier beskrevet af Lynggaard, som er følgende: *autenticitet, troværdighed, repræsentativitet og mening*

(75). *Autenticitet* refererer til de overvejelser om, hvorvidt afsenderen og oprindelse af et dokument kan identificeres (75). I forhold til de udvalgte dokumenter som er inddraget i dokumentanalysen, har inklusionskriteriet været, at de skulle være officielle offentlige tilgængelige dokumenter, som er udarbejdet i relation til folkesundhedsprogrammet. Oprindelsen af disse dokumenter har alle være udarbejdet af, eller i samarbejde med, Departement for Sundhed. *Autenticiteten* af disse dokumenter har derfor været klare og tydelige.

Troværdighed refererer til de overvejelser omhandlende den grad af usikkerhed, bias eller skævhed, som er forbundet med et dokument. For stor usikkerhed kan medføre, at analysens konklusioner kan trække i en bestemt retning (75). Valget af dokumenter i analysen er en blanding mellem folkesundhedsprogrammer med beskrivelse af værdier og målsætninger, samt evalueringsrapporter af disse programmer. Det kan derfor anses som en styrke at både formål og hensigter i forhold til programmerne, beskrevet i Inuuneritta og Inuuneritta II, samt evalueringer af disse programmer inkluderes, sådan at hensigter og problemstillinger i relation til folkesundhedsprogrammerne belyses fra flere vinkler over en tidsperiode.

Repræsentativitet refererer til de overvejelser om, hvorvidt et sæt dokumenter repræsenterer det fænomen eller emne som undersøges (75). De dokumenter som er inddraget i analysen, er alle sekundær og tertiære dokumenter, der er derfor tale om materiale, som allerede har været igennem en bearbejdning. I forhold til de inddragede dokumenter, henholdsvis midtvejsevaluering af Inuuneritta og midtvejsevaluering af Inuuneritta II, er der ved anvendelse af disse to dokumenter særlig risiko for at fremvise resultater som kan være behæftet med skævvridninger i forhold til *troværdighed* og *repræsentativitet*, i og med, at metode for indsamling af data til disse rapporter mangler gennemsigtighed i form af tydelig metodebeskrivelse.

Mening refererer til de overvejelser om, hvorvidt meningen i et dokument er forståeligt og fremstår klart. Dette kan for eksempel opstå, hvis teksten er ufuldstændig eller hvis der er sproglige uklarheder (75). I forhold til *mening* af dokumenternes budskaber fremgår disse tydeligt, med inddragelse af tilblivelse af dokumenter, klare budskaber i en letlæselig fremstilling.

11.6 Diskussion af analysestrategi

Styrken ved anvendelse af den tematiske analysestrategi er den fleksible fremgangsmåde som gør, at den kan anvendes indenfor forskellige ontologier (80). Dette har åbnet op for at specialets hermeneutiske videnskabsteoretiske position, med inddragelse af den teoretiske referenceramme, har kunne kombineres med fremgangsmåden i den tematiske analysestrategi.

Braun og Clarke fra 2008 argumenterer imidlertid for, at en ren teoristyret kodning kan føre til mindre variation i data, i forhold til en ren induktiv kodning (80). I kodningen af de meningsbærende dele har forforståelsen været delvist styrende for kodningen. For at undgå, at forforståelsen bliver alt for styrende i kodningen, grundet risiko for at overse væsentlige elementer, er der som udgangspunkt kodet på store dele af dokumenterne også for emner som ved første øjekast har virket irrelevante. Fremgangsmåden begrundes gennem anbefaling af Braun og Clarkes fra 2008, at der i analysetrinnets anden fase skal kodes så mange meningsbærende dele som muligt, da der først senere skabes klarhed over hvad der kan blive interessant under analysetrinnenes tematisering (80). Fremgangsmåden har ført til et stort datamateriale med mange kategorier. Nye mønstre og temaer er udsprunget af datamaterialet, som led i denne kodning, kategorisering og senere tematisering. Denne fremgangsmåde kan anses som en styrke, da kodning af emner som i første omgang ikke har fremstået som relevante, i senere analysetrin er fremstået som væsentlige. En risiko ved den tematiske analyse, er ifølge Braun og Clarke fra 2008, at man blot parafraserer frem for at analysere, eller at temaerne ikke er tilstrækkelig udarbejdet, hvilket kan føre til, at temaerne flyder sammen og bliver svære at skelne fra hinanden (80). Der er foretaget flere revurderinger af de kodede kategorier, hvor der i denne proces er kategorier som enten er slået sammen og er blevet til en ny kategori, eller er blevet opløst med re-kodning af de meningsbærende dele i andre kategorier. Denne løbende genovervejelse af kategorier under analysen har ført til tilblivelse af nye meninger og temaer som ikke eksisterede i analysens start, men som er kommet til løbende. Der kan derfor argumenteres for, at der som slutresultat i den tematiske analyse er tale om en reel analyse frem for parafrasering af analysedokumenternes indhold.

12.0 Konklusion

Formålet med specialet er at udarbejde et forslag indeholdende et forandringsbidrag adresseret til Departement for Sundhed i Grønland, omhandlende implementering af forebyggelsesstrategier der kan medvirke til at forebygge problemstillingerne relateret til seksuel sundhed henholdsvis seksuelt overførte infektioner, seksuel debutalder, manglende medbestemmelse ved seksuelt samvær og høj forekomst af uplanlagte graviditeter, således at seksuel sundhed forbedres blandt befolkningen i Grønland. Dermed besvares konklusionen på specialets problemformulering:

Hvordan forbedres seksuel sundhed i Grønland på baggrund af en forandring af forebyggende sundhedsstrategier, således at problemstillingerne i relation til seksuel sundhed forebygges?

Specialets resultater er genereret på baggrund af en systematisk litteratursøgning der identificerede fem relevante artikler samt med udgangspunkt i en dokumentanalyse af udvalgte dokumenter i form af grønlandske folkesundhedsprogrammer og dertilhørende evalueringer. Til analyse af empirien blev anvendt teori med inddragelse af den Socioøkologiske model af Dahlgren og Whitehead fra 1991, teori om forebyggelsesstrategier af Rose, implementeringsteori af Fixsen og forandringsteori af Leavitt.

På baggrund af den samlede analyse konstateres et behov for, at seksuel sundhed inkluderes som fokusområde i det kommende grønlandske folkesundhedsprogram Inuuneritta III, hvor implementering af forebyggelsesstrategier rettet mod problemstillingerne i relation til seksuel sundhed kan styrkes gennem fem definerede anbefalinger:

1. Bedre koordinering mellem de organisatoriske niveauer i den grønlandske sundhedsorganisation
2. Inuuneritta III suppleres med udarbejdelse af retningsangivende dokumenter
3. Større fokus på monitorering og evaluering ved implementering af forebyggende indsatser gennem Inuuneritta III
4. Øget fokus på en kombination fra forebyggelsesstrategier til at forebygge problemstillinger i relation til seksuel sundhed i Inuuneritta III
5. Øget fokus på aktører i den forebyggende indsats i Inuuneritta III

Der konkluderes yderligere, at der til hver af de fem ovenstående anbefalinger konsekvent tages højde for kulturelle og kontekstuelle betingelser ved implementeringen af forebyggelsesstrategierne.

13.0 References

1. World Health Organization. Defining sexual health Sexual health document series. Who [Internet]. 2006;(January):35. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
2. Law DG, Rink E, Mulvad G, Koch A. Sexual health and sexually transmitted infections in the North American Arctic. *Emerg Infect Dis*. 2008;14(1):4–9.
3. Johansen MB, Koch A, Wohlfahrt J, Kamper-Jørgensen M, Hoffmann S, Soborg B. Increased incidence of gonorrhoea and chlamydia in Greenland 1990-2012. *Int J Circumpolar Health*. 2017;76(1):1324748.
4. Knudsen LB. UNG2006 15-24-åriges seksualitet – viden, holdninger og adfærd [Internet]. København; 2007. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2007/ung2006---15-24-aariges-seksualitet---viden-holdninger-og-adfaerd>
5. Christensen E, Baviskar S. Unge I Grønland - med fokus på seksualitet og seksuelle overgreb. København; 2015.
6. Landslægeembedet. Landslægeembedets årsberetning 2016 - Legale aborter [Internet]. Nuuk; 2016. Available from: https://nun.gl/Emner/Udgivelser/Aarsberetninger/Aarsberetning2016?sc_lang=da
7. Homøe AS, Knudsen AKS, Nielsen SB, Grynnerup AGA. Sexual and reproductive health in Greenland: Evaluation of implementing sexual peer-to-peer education in Greenland (the SexInuk project). *Int J Circumpolar Health*. 2015;74:1–10.
8. Bignell C, Unemo M. 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults*. *Dermatology Rev* [Internet]. 2014;2:168–78. Available from: <http://www.termedia.pl/doi/10.5114/dr.2014.42832>
9. Lanjouw E, Ossewaarde JM, Sary A, Boag F, van der Meijden WI. 2010 European guideline for the management of *Chlamydia trachomatis* infections. *Int J STD AIDS* [Internet]. 2010;21(11):729–37. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/ijsa.2010.010302>
10. Reinbacher GS, Nielsen M. Folkesundhed for alle - en illusion. In: Folkesundhed - bag om intentioner og strategier. 1. udgave. København: Gads Forlag; 2019.
11. Naalakkersuisut Departementet for Sundhed. Inuuneritta II - Naalakkersuisuts strategier og målsætninger for folkesundheden 2013-2019. 2012;1–39.

12. Wellings K. Sexual health : theoretical perspectives. In: Health and Fitness. 2012.
13. The Lancet. Kaye Wellings: pioneering figure in sexual health. 2013.
14. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper [Internet]. Vol. 14, Stockholm: Institute for future studies. 1991. 67 p. Available from: http://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html
15. Høyer K. Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? In: Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4. udgave. København: Munksgaard; 2015. p. 17–41.
16. Whipple B, Koch PB, Moglia RF, Owens AF, Samuels H. The health benefits of sexual expression. Plan Parent Fed Am inc. 2007;17:S45–6.
17. Graugaard C, Pedersen BK, Frisch M. Seksualitet Og Sundhed [Internet]. Vidensråd For Forebyggelse. 2015. Available from: www.vidensraad.dk
18. Landslægeembedet. Gonoré og Chlamydia i Grønland 2017. Nuuk; 2018.
19. Berntsen S, Karlsen APH, Pedersen ML, Mulvad G. Gonorrhoea in Greenland, incidence and previous preventive measures: a review to improve future strategies. Int J Circumpolar Health [Internet]. 2017;76(1):1350092. Available from: <https://doi.org/10.1080/22423982.2017.1350092>
20. Statens Serum Institut. Klamydia - opgørelse over sygdomsforekomst 2017 [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 20]. Available from: https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsovervaagning/k/klamydia---opgoerelse-over-sygdomsforekomst-2017?fbclid=IwAR2Y_4ZESh-NGdwDawoz6sY3gYO7BuRVi0AAowmiI0xAy66YXpchQgXnPjA%0A
21. Johansen MB, Koch A, Wohlfahrt J, Kamper-Jørgensen M, Hoffmann S, Soborg B. Increased incidence of gonorrhoea and chlamydia in Greenland 1990-2012. Int J Circumpolar Health [Internet]. 2017;76(1):1324748. Available from: <https://doi.org/10.1080/22423982.2017.1324748>
22. Landslægeembedet. Seksuelt overførte sygdomme i Grønland i 2018 [Internet]. Nuuk; 2019 [cited 2019 May 30]. Available from: [https://nun.gl/Nyheder/2019/05/Seksuelt overfoerte sygdomme i Groenland i 2018?sc_lang=da](https://nun.gl/Nyheder/2019/05/Seksuelt%20overfoerte%20sygdomme%20i%20Groenland%20i%202018?sc_lang=da)
23. Wellings K, Aral SO, Leichter J, Tererman T. Sexually transmitted infections. In: Sexual Health, A Public Health Perspective. New York: Open University Press; 2012.
24. Dahl KM, Østergaard SV, Lauridsen JB, Jakobsen M. Kortlægning af seksuel sundhed i kommunerne. 2018. 1–84 p.

25. Arnfjord SC, Niclasen B. Det sunde sexliv. Nuuk; 2011.
26. Landslægeembedet. Fødselsstatistik. 2016;1–6.
27. Justitsministeret. Kapitel 13: Straffelovens §222 - børn under 15 år [Internet]. 2012 [cited 2019 Apr 21]. Available from:
<https://jm.schultzboghandel.dk/upload/microsites/jm/ebooks/bet1534/bet/kap13.html>
28. Oldrup H, Christoffersen MN, Kristiansen IL, Østergaard SV. Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016. 2016.
29. Bae SM, Kang JM, Chang HY, Han W, Lee SH. PTSD correlates with somatization in sexually abused children: Type of abuse moderates the effect of PTSD on somatization. PLoS One. 2018;13(6):1–11.
30. Departement for Familie, Kultur K og L. Nakuusa [Internet]. 2019 [cited 2019 Feb 25]. Available from: <https://nakuusa.gl/projekter/>
31. Naalakkersuisut - Government of Greenland. Killiliisa – Lad os sætte grænser. 2018;
32. Bjerregaard (red.) P. Abort i Grønland. Vol. 2, INUSSUK - Arktisk Forskningsjournal. 2001.
33. Greenland statistic. Greenland in figures. Nuuk; 2017.
34. Lovsamling G. Lov for Grønland om svangerskabsafbrydelse [Internet]. 1975 [cited 2019 Mar 13]. Available from: https://nun.gl/Emner/Sundhedsprofessionelle/GroenlandsSundhedslovgivning?sc_lang=da#x489773e9924848f384c595a8782b57c5
35. Glasier A, Wellings K. Unplanned pregnancy. In: Wllings K, Mitchell K, Collumbien M, editors. Sexual Health - A Public Health Perspective. New York: Open University Press; 2012.
36. Vallgård S, Krasnik A. Sundhedspolitik. In: Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. 3. udgave. København: Munksgaard; 2016. p. 43–60.
37. Werdelin L, Misfeldt J, Melbye M, Olsen J. An update on knowledge and sexual behaviour among students in Greenland. Monitoring of the stop-AIDS campaign. ScandJ SocMed. 1992;20(0300-8037 (Print)):158–64.
38. Bjerregaard P, Stensgaard T. Greenland. In: Young TK, Bjerregaard P, editors. Health transitions in arctic populations. Toronto: University of Toronto Press Incorporated; 2008.
39. Gullestrup H. Kulturbegrebet - Hvad, hvornår og hvorfor? In: Kulturanalyse - en vej til tværkulturel forståelse. 4. udgave. Aalborg Ø: Aalborg Universitetsforlag; 2007.
40. Fægteborg M. Hans Egede. In: Høiris O, editor. Grønland - en reflektiv udfordring. Aarhus Universitetsforlag; 2009.

41. Olesen SM. Et helligt hverv - Grønlands afkolonisering, 1945-54. *Temp - Tidsskr Hist* [Internet]. 2016;(13):152–76. Available from: <https://tidsskrift.dk/temp/article/view/24986>
42. Rand JR. Inuit women's stories of strength: Informing inuit community-based HIV and STI prevention and sexual health promotion programming. *Int J Circumpolar Health*. 2016;75:1–7.
43. Steenbeek A, Tyndall M, Rothenberg R, Sheps S. Determinants of sexually transmitted infections among Canadian Inuit adolescent populations. *Public Health Nurs*. 2006;23(6):531–4.
44. Hjortbak BR, Handberg C. Det politiske landskab. In: Oplag 1., editor. *Sundhedsvæsenet på tværs*. 3. udgave. København: Forfatterne og Munksgaard; 2018. p. 19–33.
45. Ingemann C, Regeer BJ, Larsen CVL. Determinants of an integrated public health approach: the implementation process of Greenland's second public health program. *BMC Public Health* [Internet]. 2018;18(1):1353. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6253-4>
46. Rostgaard T. Velfærdsstaten. In: Niklasson G (red. ., editor. *Sundhed menneske og samfund*. 1. udgave. Frederiksberg C: Samfundslitteratur; 2016.
47. Grønlands Hjemmestyre. Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 16 af 24. juni 2003 om trinmål samt fagmål og læringsmål for folkeskolens fag og fagområder [Internet]. 2003 [cited 2019 Mar 21]. Available from: <http://lovgivning.gl/lov?rid=%7B104537EF-460F-4EC6-91D1-DA1AD9E5A527%7D>
48. Wistoft K, Stovgaard M. *Evaluering af dukkeprojektet i Grønland*. København NV; 2013.
49. Kamper-Jørgensen F, Pars T, Dalentoft L, Larsen CVL, Dahl-Petersen IK. Midtvejsevaluering af folkesundhedsprogrammet Inuuneritta. 2011;(August):1–61.
50. Peqqik - Sundhedsportalen. Prævention [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 25]. Available from: https://www.peqqik.gl/Emner/Livsstil/Praevention/Praevention?sc_lang=da-DK&sc_lang=da-DK
51. Grønlands Hjemmestyre. Inuuneritta - Folkesundhedsprogram Landstyrets strategier og målsætninger for folkesundheden 2007-2012. Nuuk; 2007.
52. Ingemann C, Larsen CVL. Midtvejsevaluering af Inuuneritta II. 2017; Available from: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2018/midtvejsevaluering_af_inuuneritta_ii
53. Universitet S. KRAM-undersøgelsen i tal og billeder [Internet]. København; 2009. Available from: http://www.si-folkesundhed.dk/upload/muskelstyrke_lue.pdf

54. Peqqik.gl - Din sundhed på nettet. Det gode børneliv [Internet]. 2019 [cited 2019 May 25]. Available from:
https://www.peqqik.gl/Nyheder/2019/01/2019_Det_gode_boerneliv?sc_lang=da-DK
55. Rose G. Sick Individuals and Sick Populations. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2001;30(1):427–32. Available from: <https://academic.oup.com/ije/article-lookup/doi/10.1093/ije/30.3.427>
56. Dalsgaard A, Meldgaard L. Sociologi i et sundhedsprofessionelt perspektiv. In: *Sociologi for sundhedsprofessionelle*. 1. udgave. København: Gads Forlag; 2018. p. 13–36.
57. Potvin L, McQueen D V. Modernity, Public Health and Health Promotion: A reflexive. In: *Health and Modernity - The Role of Theory in Health Promotion*. New York: Springer Science + Business Media.; 2010. p. 12–21.
58. Pedersen BK, Nielsen BS, Land B. Behovet for teorier i sundhedsfremme. In: *Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv*. 1. udgave. København: Samfundslitteratur; 2012. p. 27–40.
59. Krautwald A, Landsdorf R. Indledning. In: *Strategi implementering*. 1. udgave. København K: L&R Business; 2013. p. s. 15-23.
60. Maxwell J. A Model for Qualitative Research Design. In: *Qualitative Research Design - An interactive approach*. 2. udgave. SAGE Publications; 2005. p. 1–14.
61. Launsø L, Rieper O, Olsen L. Forskningstyper. In: *Forskning om og med mennesker*. 7. udgave. København: Munksgaard; 2017. p. 16–44.
62. Juul S. Hermeneutik. In: 4. oplag, editor. *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring*. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2012. p. 107–46.
63. Dahlager L, Fredslund H. Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. In: *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udgave. København: Munksgaard; 2007. p. 157–81.
64. Højberg H. Hermeneutik. In: 2. oplag, editor. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. 3. udgave. Frederiksberg C: Samfundslitteratur; 2014. p. 289–323.
65. Bertram RM, Blase KA, Fixsen DL. Improving Programs and Outcomes: Implementation Frameworks and Organization Change. *Res Soc Work Pract*. 2015;25(4):477–87.
66. Fixsen D, Blase KA, Naoom SF, Duda MA. Implementation Drivers: Assessing Best Practices Implementation Drivers: Assessing Best Practices National Implementation Science Network (NIRN) 2015 [Internet]. 2015. Available from: <http://nirn.fpg.unc.edu>
67. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friendman RM, Wallace F. Implementation Research: A

- Synthesis of the Literature. Tampa; 2005.
68. Leavitt HJ. Applied Organizational Change in Industry: Structural, Technological and Humanistic Approaches. In: March JG, editor. Handbook of Organisations [Internet]. Irvine: Rand McNally & Company Chicago; 1965. p. 1144–70. Available from: <http://people.plan.aau.dk/~sh/SundTek2001/Tekster/Leavitt.pdf>
 69. Skriver HJ, Staunstrup E, Storm-Henningsen P. Forandringsledelse og innovation. In: Organisation. 5. udgave. København K: Trojka / Gads Forlag A/S; 2012.
 70. Fuglsang L, Olsen PB, Rasborg K. Introduktion. In: Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. 3. udgave. Frederiksberg C: Samfundslitteratur; 2014. p. 11–51.
 71. Fixsen D, Blase K, Naoom S, Wallace F. Stages and Implementation: Activities for Taking Programs and Practices to Scale. 2005;1–15.
 72. Reventlow S, Jensen BB, Grønbæk M, Jørgensen FK. Analysemodeller. In: Forebyggende sundhedsarbejde. 6. udgave. København: Forfatterne og Munksgaard; 2016. p. 41–8.
 73. Haraldstad AMB, Christophersen E. Literature Searches and Reference Management. In: Research in Medical and Biological Sciences: From Planning and Preparation to Grant Application and Publication [Internet]. Elsevier Ltd; 2015. p. 125–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-799943-2.00005-7>
 74. Frandsen TF, Dyrvig A-K, Christensen JB, Fæsterholdt I, Oelholm AM. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. Ugeskr læger. 2014;647–51.
 75. Lynggaard K. Dokumentanalyse. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. Kvalitative metoder - En grundbog. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag; 2015.
 76. Niclasen BVL. Børns sundhed i et socialt perspektiv med udgangspunkt i Inuuneritta – Folkesundhedsprogrammet. 2007.
 77. Dalsgaard A, Meldgaard L. Sociologi i et sundhedsprofessionelt perspektiv. In: Sociologi for Sundhedsprofessionelle. 1. udgave. København: Forfatterne og Gads Forlag; 2018. p. 13–36.
 78. Jacobsen DI, Thorsvik J. Organisationsstruktur. In: Hvordan organisationer fungerer - En indføring i organisation og ledelse. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2014. p. 62–148.
 79. Naalakkersuisut - Government of Greenland. Forebyggelse samles i nyt PAARISA [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 27]. Available from: https://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Nyheder/2019/04/1604_paarisa
 80. Braun V, Clarke V. Using Thematic Analysis in Psychology. Qual Res Psychol.

2008;3(2):77–101.

81. L'Engle KL, Mangone ER, Parcesepe AM, Agarwal S, Ippoliti NB. Mobile Phone Interventions for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2016;138(3):e20160884–e20160884.
82. Lim MSC, Hocking JS, Aitken CK, Fairley CK, Jordan L, Lewis JA, et al. Impact of text and email messaging on the sexual health of young people: A randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health*. 2010;66(1):69–74.
83. Decker M, Berglas N, Brindis C. A Call to Action: Developing and Strengthening New Strategies to Promote Adolescent Sexual Health. *Societies*. 2015;5(4):686–712.
84. VanDevanter NL, Messeri P, Middlestadt SE, Bleakley A, Merzel CR, Hogben M, et al. A community-based intervention designed to increase preventive health care seeking among adolescents: The gonorrhoea community action project. *Am J Public Health*. 2005;95(2):331–7.
85. Rink E, Montgomery-Andersen R, Anastario M. The effectiveness of an education intervention to prevent chlamydia infection among Greenlandic youth. *Int J STD AIDS*. 2015;26(2):98–106.
86. Krogstrup HK. Evidensbølgen. In: *Evalueringsmodeller*. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2016. p. 90–104.
87. Institute TJB. Critical-Appraisal-Tools @ Joannabriggs.Org [Internet]. 2018 [cited 2019 May 10]. Available from: https://joannabriggs.org/critical_appraisal_tools
88. Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J HL. JBI Reviewer's Manual [Internet]. 2017 [cited 2019 May 10]. Available from: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/JBI+Reviewer%27s+Manual>
89. McArthur A, Klugárová J, Yan H, Florescu S. Innovations in the systematic review of text and opinion. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):188–95.
90. Gesink D, Rink E, Montgomery-Andersen R, Mulvad G, Koch A. Developing a culturally competent and socially relevant sexual health survey with an urban arctic community. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2010;69(1):25–37. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ijch.v69i1.17423>
91. Grønlands statistik. Sundhedsvæsnet [Internet]. 2019 [cited 2019 May 29]. Available from: <http://www.stat.gl/publ/da/SA/201018b/oversigt/Sundhedsvaesenet.htm>
92. Jacobsen DI, Thorsvik J. Ledelse i organisationer. In: *Hvordan organisationer fungerer - En*

- indføring i organisation og ledelse. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2014. p. 376–420.
93. Andersen JF. Sundhedstyrelets rolle. In: Sundhedsvæsenet på tværs. 2. udgave. København: Munksgaard; 2014. p. 149–66.
 94. Cooney MT, Dudina A, Whincup P, Capewell S, Menotti A, Jousilahti P, et al. Re-evaluating the Rose approach: Comparative benefits of the population and high-risk preventive strategies. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009;16(5):541–9.
 95. Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T. De forebyggende indsatser. In: Sygdomsforebyggelse. 1. udgave. København: Munksgaard; 2014. p. 107–54.
 96. Niclasen B, Mulvad G. Health care and health care delivery in Greenland. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2010;69(5):437–87. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ijch.v69i5.17691>
 97. Aaen-larsen B. Health care in the circumpolar world : Greenland Health care in the circumpolar world : Greenland. 2004;3982.
 98. peqqik.gl - Din sundhed på nettet. Regionshuset Sisimiut [Internet]. 2019 [cited 2019 May 27]. Available from: https://www.peqqik.gl/kl-GL/Kontakt/Sundhedscentre/Qeqqa/Sisimiut-gl-og-dk?sc_lang=da-DK
 99. Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T. Sundhedsadfærd. In: Sygdomsforebyggelse. 1. udgave. København: Munksgaard; 2014. p. 89–104.
 100. Lovgivning.gl. Selvstyrets bekendtgørelse nr. 7 af 15. juni 2017 om Landslægeembedets virke [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 5]. Available from: <http://lovgivning.gl/lov?rid=%7BBFB6BA4D-C311-4114-A686-BC2F24182AF1%7D>
 101. Landslægeembedet. Svangerskabsafbrydelser i Grønland i 2018 [Internet]. 2019 [cited 2019 May 30]. Available from: https://nun.gl/Nyheder/2019/05/Svangerskabsafbrydelser_i_Groenland_i_2018?sc_lang=da
 102. Møller Pedersen K. Økonomisk evaluering. In: 1. oplag, editor. Sundhedsøkonomi. 1. udgave. København: Munksgaard; 2013. p. 438–72.
 103. Møller Pedersen K. Omkostnings-effektanalyse og MTV. In: 1 oplag, editor. Prioritering i sundhedsvæsenet - hvorfor er det nødvendigt? 1 udgave. København: Munksgaard; 2015. p. 86–100.
 104. Timm H. Det sunde væsen og de syge brugere. *Dansk Sociol*. 2006;11(1):57.
 105. Holtug N, Kongsholm N, Lægaard S, Nielsen MEJ. Etik i forebyggelse og sundhedsfremme

- [Internet]. Sundhedsstyrelsen. København; 2009. Available from:
http://www.sst.dk/Udgivelser/2009/Etik_i_forebyggelse_og_sundhedsfremme.aspx
106. Winter SC, Nielsen VL. Politisk implementering. 1. udgave. Århus: Gyldendal; 2008.
 107. Link BG, Phelan J. Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Health Aff (Millwood)*. 1995;35(1995):80–94.
 108. Dyrvig AK, Kidholm K, Gerke O, Vondeling H. Checklists for external validity: A systematic review. *J Eval Clin Pract*. 2014;20(6):857–64.
 109. Rasmussen LT, Remvig K WC. Litteratur- og informationssøgning til opgaven. In: Den gode opgave - håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 5. udgave. Samfundslitteratur; 2017. p. 70–145.
 110. Buus N, Tingleff E, Rossen CB. litteratursøgning i praksis. *Sygeplejersken*. 2008;10(June 2016):2–8.
 111. Buckland M, Gey F. The relationship between Recall and Precision. *J Am Soc Inf Sci*. 1994;45(1):12–9.
 112. Nilsen P. Implementeringsforskning. In: Implementering Fra viden til praksis på børne- og ungeområdet. 1. udgave. Viborg: Forfatterne og Dansk Psykologisk Forlag A/S; 2015. p. 18–30.
 113. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci*. 2015;10(1):1–13.