

ØF-rapport 07/2018

«... hadde jeg visst hvor interessant dette yrket er, så hadde jeg gjort det for mange år siden»

Følgeevaluering av det nasjonale prosjektet Menn i helse

av

Tonje Lauritzen

Vigdis Mathisen Olsvik



Fylkesmannen

Østlandsforskning ble etablert i 1984. Instituttet har siden 2011 vært organisert som et aksjeselskap med Hedmark og Oppland fylkeskommuner, Høgskolen i Innlandet, Sparebanken Hedmark og Stiftelsen Østlandsforskning som eiere. Østlandsforskning er lokalisert på Lillehammer, men har også et kontor på Hamar.

Instituttet driver anvendt, tverrfaglig og problemorientert forskning og utvikling. Østlandsforskning er orientert mot en bred og sammensatt gruppe brukere. Den faglige virksomheten er konsentrert om to områder:

- Næringsliv og regional utvikling
- Velferd, organisasjon og kommunalforskning

Østlandsforskning viktigste oppdragsgivere er departementer, fylkeskommuner, kommuner, statlige etater, råd og utvalg, Norges forskningsråd, næringslivet og bransjeorganisasjoner.

ØF-rapport 07/2018

«... hadde jeg visst hvor interessant dette yrket er, så hadde jeg gjort det for mange år siden»

Følgeevaluering av det nasjonale prosjektet Menn i helse

av

Tonje Lauritzen

Vigdis Mathisen Olsvik



østlandsforskning
EASTERN NORWAY RESEARCH INSTITUTE

Tittel: «... hadde jeg visst hvor interessant dette yrket er, så hadde jeg gjort det for mange år siden». Følgeevaluering av det nasjonale prosjektet Menn i helse.

Forfatter: Tonje Lauritzen og Vigdis Mathisen Olsvik

ØF-rapport nr.: 07/2018

ISBN nr.: 978-82-7356-776-5

ISSN nr.: 0809-1617

Prosjektnummer: 1289

Prosjektnavn: KS Menn i helse

Oppdragsgiver: KS

Prosjektleder: Tonje Lauritzen

Referat: Denne rapporten omhandler følgeevalueringen av det nasjonale prosjektet Menn i helse. Menn i helse er et komprimert utdanningsløp for menn mellom 25-55 år på egnet Nav-ytelse med mål om å bli helsefagarbeider. Følgeevalueringen har gått fra 2016-2018 og er gjennomført på oppdrag fra KS. Hensikten med følgeevalueringen er å få frem ulike perspektiver og erfaringer blant aktørene i Menn i helse hentet gjennom intervjuer med representanter for samarbeidsaktører og deltakere. De overordnede problemstillingene er knyttet til hva som hemmer og fremmer måloppnåelse underveis, og hvilke faser som er mest kritiske i prosjektet. Fokuset har vært på organisering og samhandling, gjennomføring i praksisfeltet og betydningen som tiltaket har på ulike områder. Et viktig mål med følgeevalueringen har vært å utvikle og spre Menn i helse nasjonalt.

Emneord: Følgeevaluering, menn, helsefagarbeider, helse, utdanning, fagbrev

Dato: Juni 2018

Antall sider: 88

Pris: Kr 130,-

Utgiver: Østlandsforskning
Postboks 223
2601 Lillehammer
Telefon 61 26 57 00

epost: post@ostforsk.no

<http://www.ostforsk.no>

Publikasjonen er vernet etter åndsverkloven. Eksemplarframstilling utover til privatbruk, er bare tillatt når det er hjemlet i lov eller avtalt med Kopinor (www.kopinor.no). Utnyttelse i strid med lov eller avtale kan medføre erstatnings- og straffeansvar.

FORORD

Denne rapporten omhandler følgeevalueringen av det nasjonale prosjektet Menn i helse. Menn i helse er et komprimert utdanningsløp for menn mellom 25-55 år på egnet Nav-ytelse med mål om å bli helsefagarbeider. Følgeevalueringen har gått fra 2016-2018 og er gjennomført på oppdrag fra KS. Hensikten med følgeevalueringen er å få frem ulike perspektiver og erfaringer blant aktørene i Menn i helse hentet gjennom intervjuer med representanter for samarbeidsaktører og deltakere. De overordnede problemstillingene er knyttet til hva som hemmer og fremmer måloppnåelse underveis, og hvilke faser som er mest kritiske i prosjektet. Fokuset har vært på organisering og samhandling, gjennomføring i praksisfeltet og betydningen som tiltaket har på ulike områder. Et viktig mål med følgeevalueringen har vært å utvikle og spre Menn i helse nasjonalt.

Datainnsamlingen ble gjennomført i 2016-2017. Vi intervjuet totalt 68 informanter fordelt på alle fylkene som var med i prosjektet i 2016. I tillegg er det gjennomført dokumentstudier og besøk i et utvalg kommuner. Det har vært arrangert to utviklingsverksteder og en nasjonal konferanse.

Vi vil takke alle informantene som har stilt opp til intervjuer. Videre vil vi takk oppdragsgiver for et interessant prosjekt og godt samarbeid.

Lillehammer, juni 2018


Merethe Lerfald
forskningsleder


Tonje Lauritzen
prosjektleder

INNHold

Sammendrag	5
1 Innledning	9
1.1 Argument for menn i helse- og omsorgssektoren	10
1.2 Følgeevaluering av det nasjonale prosjektet.....	11
1.3 Oppbygging av rapporten	13
2 Tidligere forskning og teori	15
2.1 Menn og utdanning i pleie- og omsorgssektoren	15
2.1.1 Rekruttering av menn til helse- og omsorgssektoren.....	15
2.1.2 Helsefagarbeiderutdanningen og vekslingsmodellen.....	17
2.1.3 Evalueringer av Menn i helse prosjektet	19
2.2 Samarbeidsdrevet innovasjon og oversettelse	22
2.2.1 Samarbeidsdrevet innovasjon	22
2.2.2 Oversettelse og spredning av innovasjoner	23
3 Evalueringsdesign og metode	27
3.1 Gjennomføring og evalueringsmetoder	27
3.1.1 Fase 1: Erfaringer blant samarbeidsaktørene	28
3.1.2 Fase 2: Erfaringer i praksisfeltet.....	29
3.1.3 Fase 3: Spredning av Menn i helse	30
4 Organisering og samhandling i Menn i helse	33
4.1 Etableringen av Menn i helse	33
4.2 Kompleks organisering	34
4.2.1 utfordringer angående organiseringen av Menn i helse	38
4.3 Krevende samhandling.....	39
4.3.1 utfordringer angående samhandlingen i Menn i helse.....	41
5 Menn i helse i praksisfeltet	45
5.1 Veien inn i Menn i helse	45
5.1.1 Rekrutteringsmateriell.....	45
5.1.2 Informasjon om Menn i helse-prosjektet	46
5.1.3 Utvelgelse av helserekutter	47
5.1.4 Helserekuttperioden	48
5.2 På skolen	49
5.2.1 Ulike utgangspunkt før skolestart	50
5.2.2 Vekslingsmodell.....	51
5.2.3 Fellesfag og realkompetansevurdering	52
5.2.4 Klassemiljø	53
5.3 På arbeidsplassen	53
5.3.1 Organisering av praksis og læretid.....	54
5.3.2 Veiledning	55
5.3.3 Lærlinger fra Menn i helse versus ordinære lærlinger	57
5.3.4 Innspill fra utviklingsverkstedet om kvalitetssikring på veiledningen.....	58

6	Betydningen av Menn i helse	61
6.1	For den enkelte deltaker.....	61
6.2	For arbeidsplassen	63
6.3	For helsesektoren og samfunnet.....	65
7	Anbefalinger, diskusjon og konklusjon	69
7.1	Anbefalinger	69
7.2	Spredning av Menn i helse.....	70
7.2.1	Nye kommuner og fylker.....	71
7.2.2	Flere målsetninger og andre målgrupper	72
7.2.3	Andre sektorer og fagområder	73
7.3	Konklusjon	74
	Referanseliste	75
	Vedlegg 1 Intervjuguider	79
	A. Intervjuguide fylkeskoordinatorer	79
	B. INTERVJUGUIDE SAMARBEIDSPARTNERE I HVERT FYLKE	81
	C. Lærlinger.....	81
	D. Enhetsledere.....	82
	Vedlegg 2: Utviklingsverksted 1	83
	Vedlegg 3: Utviklingsverksted 2	85
	Vedlegg 4: Mennihelsedagen 2018.....	87

SAMMENDRAG

Det nasjonale prosjektet Menn i helse bygger på et lokalt initiert prosjekt fra Trondheim. Prosjektet i Trondheim kommune hadde som formål å rekruttere flere menn til helsesektoren, og gjennom en samarbeidsdrevet innovasjonsprosess ble «Menn i helse» som opplærings- og utdanningsmodell etablert. De gode erfaringene som ble gjort i Trondheim, vakte interesse for et nasjonalt prosjekt. KS ble i 2014 tildelt prosjektledelsen av prosjektet som nå ligger i Kompetanseløft 2020. Prosjektet organiseres av Helsedirektoratet og finansieres over statsbudsjettet og de deltakende fylker og kommuner.

En viktig oppgave i følgeevalueringen av det nasjonale prosjektet Menn i helse som Østlandsforskning fikk i oppdrag å gjøre, var å dokumentere erfaringer og hva som er fremmende og hemmende ved prosjektets ulike faser. Videre skulle Østlandsforskning gjennom å gi anbefalinger underveis bidra til utvikling og spredning av Menn i helse.

Følgeevalueringen har hatt en kvalitativ tilnærming. Det vil si en kombinasjon av dokumentstudier, intervjuer og casestudier, samt utviklingsverksteder med samarbeidsaktører og deltakere i Menn i helse. I løpet av to år er det gjennomført til sammen 67 intervjuer fordelt mellom sentrale samarbeidsaktører, ansatte i helse- og omsorgssektoren og Menn i helse-lærlinger.

Prosjektet Menn i helse viser gode resultater. Ifølge de siste tallene fra det nasjonale prosjektet har det vært mer enn en fordobling av antall kommuner som deltar i prosjektet, fra 24 til 69 kommuner. 145 menn har tatt fagbrev siden starten i Trondheim, og 75 av disse fikk meget godt bestått. I løpet av de fire årene som det nasjonale prosjektet Menn i helse har vært drevet, har det vist seg som et hensiktsmessig og samfunnsnyttig prosjekt. Menn i helse-prosjektet er et eksempel på at det er viktig med et samarbeid mellom helse-, utdannings- og arbeids- og velferdssektoren for å løse både samfunnsmessige utfordringer som arbeidsledighet og utenforskap, og sektorielle utfordringer som ressursbehovet i helsesektoren.

Samfunnsverdien ligger i at desto flere som kommer ut av Nav-køen og over i ordinært arbeid, vil også flere bidra til samfunnet gjennom økt verdiskaping. Dette kommer i stedet for å være passive mottakere av ytelser fra Nav som utgjør en stor samfunnskostnad. I egenskap av å være arbeidsgivere fremhever ledere i sektoren, at prosjektet bidrar til å dekke et rekrutteringsbehov for faglært arbeidskraft. Samtidig erfarer ansatte på

arbeidsplassene at mennene fra Menn i helse har en positiv innvirkning på arbeidsmiljøet. Enda viktigere og uavhengig av at de er menn, peker de på deltakernes tidligere erfaring og kompetanse i kraft av at de er voksne ressurspersoner. De har med seg kunnskap og et blikk fra utsiden som både arbeidsplassen og sektoren kan nyttiggjøre seg for å kunne gi bedre tjenester til brukerne. Brukere av helse- og omsorgstjenesten setter pris på at det er både menn og kvinner som utøver tjenestene. For deltakerne i Menn i helse, hvor flere har stått utenfor arbeidslivet i mange år, er det av avgjørende økonomisk betydning at de kvalifiserer seg til et nytt yrke. Dette gir dem en følelse av mestring, som for mange har stor personlig og helsemessig betydning i tillegg til den økonomiske tryggheten jobben gir.

Gevinstene som kort er beskrevet ovenfor, og de gode resultatene er klare indikasjoner på at det nasjonale prosjektet Menn i helse er organisert og gjennomført på en hensiktsmessig måte. Samtidig viser følgeevalueringen at det som har vært fremmede for gjennomføring og måloppnåelse, også er forhold som kan virke hemmende. Dette er forhold som både handler om organisering og samhandling i prosjektet og om gjennomføring i praksisfeltet.

Forankring av prosjektet er vesentlig både for gjennomføring og for spredning av prosjektet. Det er gjennom følgeevalueringen pekt på betydningen av at myndighetene gir sin tilslutning til prosjektet. En slik forankring bidrar til en tydelighet og trygghet, når det gjelder hvilket handlingsrom aktørene har regionalt og lokalt. Prosjektet har i løpet av evalueringsperioden jobbet med dette, spesielt mot Arbeids- og velferdsdirektoratet, for å tydeliggjøre hvilke innsatsgrupper i Nav som kan prioriteres i rekrutteringen av helserekutter. Når det gjelder Utdanningsdirektoratet, er det et mål å få til en sterkere forankring og et mer formalisert samarbeid rundt forståelse og tolkning av regelverket som gjelder for voksne.

Organiseringen av det nasjonale prosjektet er komplekst. Mange aktører er involvert, og alle er like sentrale for at prosjektet skal kunne gjennomføres. Det foreligger en gjensidig avhengighet mellom samarbeidsaktørene. Aktørene kommer fra ulike sektorer, og prosjektet må forholde seg til ulike regelverk og retningslinjer. Regelverkene og retningslinjene for de forskjellige sektorene kan komme i konflikt når det gjelder prioriteringer og gjennomføring. Dette medfører at samarbeidsaktørene erfarer samhandlingen og samarbeidet i prosjektet som krevende. Samtidig opplever aktørene at prosjektet er et godt og nødvendig grep for å løse sektorielle og samfunnsmessige utfordringer.

I det nasjonale prosjektet er det etablert et nasjonalt team og en funksjon som koordinator i hvert fylke. Deres oppgaver er å binde sammen og koordinere samhandlingen og samarbeidet nasjonalt, regionalt og lokalt. Det er det nasjonale teamet som har en sentral rolle i arbeidet opp mot styringsmyndighetene og for forankring hos de forskjellige samarbeidsaktørene. De har også en viktig oppgave, når det gjelder å rekruttere og lære opp fylkeskoordinatorne. De er det koordinerende leddet mellom nasjonalt team og de

regionale og lokale samarbeidsaktørene og deltakerne. Fylkeskoordinatorene oppleves å ha en avgjørende positiv rolle i prosjektet.

Når det gjelder gjennomføringen i praksisfeltet er både ledere, ansatte og helserekruttene/elevene/lærlingene godt fornøyde med hvordan utdanningsløpet er lagt opp. Helserekruttperioden på tre måneder og vekslingsmodellen oppleves som særlig gode grep. Det er av stor betydning både for den enkelte deltaker og for arbeidsgiver at helserekruttene har tre måneders praksis. Helserekruttene får i denne perioden innsikt i yrket, før de velger om de vil gå videre mot et fagbrev som helsefagarbeider, samtidig som arbeidsgiver har mulighet til å vurdere om helserekruttene er egnet for et videre kvalifiseringsløp. Vekslingen mellom teori og praksis gir på samme måte en bedre forståelse av yrket ved at deltakerne får teoretiske knagger som de kan henge praksisen på.

Det er imidlertid noen kritiske faktorer for gjennomføringen i praksis som det er viktig å ha kontinuerlig fokus på. Det gjelder for det første rekrutteringen av helserekrutter. Det er nødvendig med mange nok kvalifiserte og egnede helserekrutter for å kunne opprette en egen Menn i helse-klasse og tilby arbeidsmarkedskurs (AMO) i regi av Nav. Dette krever innsats fra de lokale Nav-kontorene som både er avhengige av at de har kjennskap til prosjektet, og at de vet hvem det er mulig å rekruttere inn. En annen kritisk faktor er gjennomføringen av opplæringsdelen. Menn i helse prosjektet er et intensivt kvalifiseringsløp som krever motivasjon og ferdigheter for å stå løpet ut. En helt sentral forutsetning er økonomisk forutsigbarhet gjennom opplæringsløpet. For noen av deltakerne har det vært nødvendig med ytelser fra Nav i tillegg til lærlingelønn. Mottakelsen og veiledningen på institusjonene, hvor helserekruttene og lærlingene tildeles lære plass, er også avgjørende for gjennomføring. Evalueringen har vist at kvaliteten på veiledningen er varierende mellom kommunene og institusjonene, og at det bør arbeides for en felles opplæring av veiledere for å sikre god kvalitet og gjennomføring. Hvorvidt det finnes arbeid til de ferdig utdannede helsefagarbeiderne er en siste avgjørende faktor for måloppnåelse.

På bakgrunn av funnene fra følgeevalueringen har Østlandsforskning følgende anbefalinger for videre arbeid og fokus i det nasjonale prosjektet Menn i helse:

- En sterkere forankring inn mot Utdanningsdirektoratet med mål om et mer formalisert samarbeid. Det er viktig å definere fylkene og kommunenes handlingsrom, når det gjelder tolkning av regler og retningslinjer og videre spredning av prosjektet.
- Beholde nasjonalt team som holder tak i prosjektet opp mot relevante styringsmyndigheter og overfor fylkeskoordinatorene. I hvilken form det nasjonale leddet skal ivaretas i den videre prosjektperioden, må drøftes fremover.
- Beholde funksjonen med fylkeskoordinator for å sikre samhandling og samarbeid om prosjektet regionalt. Hvor denne funksjonen skal legges i framtiden, må diskuteres.

- Sikre et bredt rekrutteringsgrunnlag blant flere innsatsgrupper i Nav for å kunne bidra til økt gjennomføring og verdiskaping i samfunnet.
- Beholde helserekruittperioden som seleksjonsarena både for den enkelte og for arbeidsgiver med tanke på videre kvalifisering mot fagbrev som helsefagarbeider.
- Beholde vekslingsmodellen, fordi vekslingen mellom teori og praksis er avgjørende for gjennomføring av utdanningsløpet.
- Øke kvaliteten i alle ledd i Menn i helse- modellen gjennom felles opplæring og jevnlig erfaringsoverføring blant alle involverte aktører.

1 INNLEDNING

Det har over mange år vært kjent at helse- og omsorgssektoren står overfor store kapasitetsutfordringer i fremtiden (Ljunggren & Lauritzen, 2018). Personell- og kompetanseutfordringer handler både om at sektoren har en stor andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, og at det vil være en betydelig underdekning av sykepleiere og helsefagarbeidere i kommende år. Argumentasjonen for å rekruttere menn til sektoren er særlig knyttet til ressursbehovet, hvor menn anses som en unyttet ressurs for arbeidskraft. Prosjektet Menn i helse har som målsetning å få flere menn som helsefagarbeidere inn i helse- og omsorgssektoren og er således et svar på noen av de utfordringer sektoren har.

Det nasjonale prosjektet Menn i helse bygger på et prosjekt som ble utviklet i Trondheim kommune i 2010. Erfaringene fra Menn i helse ble beskrevet i flere politiske styringsdokument de påfølgende årene. I Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg* er Menn i helse presentert som et tiltak under temaet rekruttering av menn til helsesektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg* er fulgt opp i *Omsorg 2020 - Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) som omfatter prioriterte områder i regjeringsplattformen sammen med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenesten. I kapitlet om en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste vises det til utarbeidelsen av en handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling: *Kompetanseløft 2020*. *Kompetanseløft 2020* har som formål å bidra til en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste og å sikre at sektoren har nok og kompetent bemanning. Rekrutteringsprosjektet Menn i helse er i tilknytning til statsbudsjettet 2018, plassert som tiltak under strategien: Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfagleg personell (Helsedirektoratet, 2018). Bevilgningen over Statsbudsjettet går via Helsedirektoratet til KS.

KS fikk i 2014 prosjektledelsen for det nasjonale prosjektet Menn i helse. Prosjektet er et samarbeid mellom fylkesmenn, Nav, fylkeskommuner og kommuner. I 2018 har prosjektet kull i følgende fylker: Trøndelag, Rogaland, Østfold, Vestfold, Telemark, Buskerud, Vest-Agder, Aust-Agder og Akershus. Prosjektet har siden 2015 økt fra 24 til 69 deltakende kommuner i 2018. To av fylkene har i år flere klasser; Rogaland har to klasser og Trøndelag har tre klasser. 145 menn har så langt avlagt fagprøve gjennom Menn i helse siden oppstarten i Trondheim. I følge tall fra det nasjonale prosjektet Menn i helse fikk 75 av disse meget godt bestått og de resterende 70 besto.

Målgruppen er menn mellom 25 og 55 år som mottar egnet ytelse fra Nav. Mennene tilbys et komprimert og forutsigbart utdanningsløp frem til fagbrev som helsefagarbeider. Mennene som rekrutteres og selekteres inn i prosjektet, får innledningsvis tittelen «helserekrudd». I modellen er det lagt opp til et vekselløp mellom teori og praksis. Helsearbeiderfaget omfatter programfagene på Vg1 helse og oppvekstfag, og programfagene på Vg2 helsearbeiderfag. Fellesfagene ivaretas via realkompetansevurdering og/eller eksamen. Etter endt teoriopplæring tegnes det lærekontrakter, og på slutten av læretiden går deltagerne opp til en fagprøve. Bestått fagprøve gir fagbrev i helsearbeiderfaget. Helserekruddene lønnes gjennom en kombinasjon av ytelser fra Nav og lærlingelønn fra kommunene.

1.1 Argument for menn i helse- og omsorgssektoren

Helse- og omsorgssektoren har tradisjonelt vært sterkt dominert av kvinner. Dette har medført en antagelse om at sektoren bare rekrutterer fra halve befolkningen, og at menn er en uutnyttet ressurs. Andre argument som fremmes for å rekruttere flere menn i helse- og omsorgssektoren, er at en jevnere fordeling mellom kjønnene bedrer arbeidsmiljøet, og at mangfold blant de ansatte gir økt innovasjonsevne (Svare, 2009). Disse argumentene faller inn under det som kalles ressursargument (Hernes, 1982; Skjeie og Teigen, 2003). Innenfor denne typen argument skilles det mellom de som baserer seg på en likhetstankegang, slik som argumentet om å bruke menn som kilde til arbeidskraft på lik linje med kvinner, og de som tar utgangspunkt i at menn og kvinner bidrar på forskjellige måter.

Likestilling er også et argument som fremmes, men i mindre grad. Det sees som rettferdig at kvinner og menn deler på pliktene på flere samfunnsområder, at tjenestebrukere møter og mottar tjenester av begge kjønn, og at det er det skal være like muligheter både for kvinner og menn når det gjelder valg av utdanning og yrke (Svare, 2009). Dette er argument som inngår i det som kalles rettighetsargument (Hernes, 1982; Skjeie og Teigen, 2003). Denne typen argument bygger på et demokratisk prinsipp om åpenhet og likhet, hvor deltakelsesrettighet står i fokus og ikke kvalifikasjoner.

Det er, som vi ser, ulike argument for å få menn inn i helsesektoren. Likevel viser statistikken at andelen menn ikke har økt vesentlig de siste årene. Det kan være flere årsaker til dette, blant annet tradisjonelle forestillinger knyttet til menn og kvinners utdanning og yrkesvalg (Meadus, 2000; Svare, 2009). De samme argumentene gjelder også for rekruttering av kvinner til mannsdominerte yrker, for eksempel til Forsvaret (Lauritzen og Stokke, 2014; Olsvik og Lauritzen, 2014). De sterke kjønnsstereotypiene som er knyttet til hva kvinner og menn kan gjøre, og hva som er passende utdanning og yrke, begrenser kvinner og menns utdannings- og yrkesvalg. Dette viser seg for eksempel ved at det stilles spørsmål ved menns maskulinitet når de jobber i omsorgsykker. Noe som medfører krav om å rettferdiggjøre eller forsvare det utdannings- og yrkesvalget de har tatt.

Økonomiske forhold og karrieremuligheter er også barrierer som trekkes frem i rekrutteringen av menn til sektoren (Svare, 2009, Meadus, 2000). Disse faktorene henger sammen med de kjønnsstereotypiske idealene som er konstruert gjennom en lang historisk periode. Yrkene antas å være en utvidelse av kvinnes arbeidsoppgaver i hjemmet historisk sett, og den sosiale og økonomiske statusen som yrkene har, viser en devaluering av arbeidsoppgavene som gjør yrkene lite attraktive, særlig for menn (Meadus, 2000; Svare, 2009). Hvordan aktørene i Menn i helse-prosjektet argumenterer for og imot menns inntreden i sektoren og deres erfaringer knyttet til menn på arbeidsplassen og i tjenestene, er blant temaene i denne rapporten.

1.2 Følgeevaluering av det nasjonale prosjektet

Med etableringen av det nasjonale prosjektet Menn i helse ble det i 2016 satt i gang en følgeevaluering av prosjektet. Formålet med følgeevalueringen er å få et kunnskapsgrunnlag for videre arbeid med rekruttering av menn til helse- og omsorgssektoren, samt hvordan prosjektet kan utvides til andre målgrupper. Det ligger to oppgaver i evalueringen:

1. dokumentere og evaluere tidligere erfaringer, og
2. bidra til å utvikle prosjektet og gi anbefalinger for en eventuell videreføring

Østlandsforskning la for det første punktet, til grunn et tilbakeskuende blikk på hva som hittil har skjedd og hvorfor. Dette ble gjennomført ved å samle inn og systematisere erfaringer fra prosjektet. På bakgrunn av resultatene ble måloppnåelse og prosessene så langt i prosjektet vurdert og evaluert. For det andre punktet la vi til grunn et fremadskuende blikk for å kunne bidra til å styrke og utvikle prosjektet, og bidra med kunnskap om hvordan prosjektet kan utvides til andre målgrupper. Justeringer og forbedringer i prosjektperioden ble gjort etter anbefalinger underveis. Anbefalingene var basert på funn fra følgeevalueringen og innspill på utviklingsverkstedene. En eventuell videreføring av prosjektet, også til andre målgrupper og sektorer, løftes frem og diskuteres i avslutningskapitlet.

Følgeevalueringens designet er basert på en oversettelsesteoretisk tilnærming som fokuserer på hvordan ideer og modeller spres, det vil si avleveres og mottas i ulike organisatoriske tekster. I lys av denne tilnærmingen besvares de to overordnede problemstillingene eksplisitt i rapporten. Problemstillingene omhandler organisering og samhandling, og gjennomføring av prosjektet:

- Hva hemmer og fremmer prosjektets måloppnåelse underveis?
- Hvilke faser i rekrutteringsprogrammet er de mest kritiske for helserekruttene, når det gjelder gjennomføringen av prosjektet?

Videre var det formulert flere delproblemstillinger som vi har systemisert under perspektivene som var skissert i utlysningen. Vi gjør kort rede for de ulike perspektivene og tilhørende delproblemstillinger her:

Samfunnsperspektivet forstår vi som et samfunns(økonomisk)perspektiv, hvor kost-nytteeffekter for samfunnet som helhet vurderes, samt en vurdering av hvilke positive effekter på folkehelse og utenforskap generelt sett prosjektet kan bidra til.

Problemstillingene som er sentrale her er:

- Hvilke kost-nytte effekt har tiltaket?
- Hvilke positive effekter på folkehelse og utenforskap har tiltaket for samfunnet?

Arbeidsgiverperspektivet tolker vi som en del av et bredere organisasjonsperspektiv, som omfatter problemstillinger knyttet både til arbeidsmiljø og tjenesteutøvelse. Sentrale problemstillinger er:

- Hva fører en økt andel menn i de kvinnedominerte omsorgstjenestene til?
- Hva skjer med arbeidsmiljøet, når kjønnsbalansen endres?
- Skjer det noe med selve tjenesteutøvelsen, når flere menn ansettes?

Individperspektivet forstår vi som knyttet til helserekruттene, som er målgruppen for tiltaket Menn i helse. Spørsmålene som vi har stilt, er hvordan helserekruттene selv opplever prosjektet, og hvilken betydning de erfaringene som de har gjort seg underveis i prosjektet, har hatt for dem. Dette handler både om hvilke erfaringer de har fra selve prosjektgjennomføringen, og hvordan de nå vurderer opplevelsen av egen helse og tilfredshet. Erfaringer med utdanningsmodellen er også tematisert under dette perspektivet. Sentrale problemstillinger er:

- Hvilke eventuelle positive effekter opplever helserekruттene at tiltaket har på egen helse og utenforskap i samfunnet?
- Hvordan opplever helserekruттene de pedagogiske metodene som blir brukt?

Det pedagogiske perspektivet omfatter hvordan prosjektet metodisk og faglig er gjennomført med tanke på læringseffekt og opplevelsen av relevans. En problemstilling er:

- Hvordan sikrer de pedagogiske metodene som blir brukt, nødvendig kompetanse blant helserekruттene?

Videre la Østlandsforskning til et **brukerperspektiv** for å inkludere tjenestemottakere i evalueringen, sammen med tjenesteutøvernes vurderinger:

- Hvordan opplever brukerne (tjenestemottakerne) at det blir flere menn blant de ansatte?

Gjennom analysen og diskusjonen besvares delproblemstillingene mer implisitt enn de to overordnede problemstillingene.

1.3 Oppbygging av rapporten

Den videre oppbyggingen av rapporten er en gjennomgang av tidligere forskning om menn i helse- og omsorgstjenester og evalueringer av Menn i helse i kapittel 2. Der presenteres også relevante teoretiske tilnærminger som samarbeidsdrevet innovasjon og oversettelsesteoretiske perspektiver. I kapittel 3 presenteres følgeevalueringsdesignet og metodene som ble benyttet. Empirikapitlene 4 til og med 6 er strukturert på følgende måte; først presenteres organiseringen av og samhandlingen i Menn i helse, deretter hvordan Menn i helse erfares i praksisfeltet og til sist hvilken betydning Menn i helse synes å ha for den enkelte, arbeidsplassen, helsesektoren og samfunnet for øvrig. I kapittel 7 redegjør vi for anbefalinger for videreføring av prosjektet, og diskuterer muligheter og hindringer for spredning av det nasjonale prosjektet Menn i helse. Avslutningsvis kommer en kort konklusjon.

«... hadde jeg visst hvor interessant dette yrket er, så hadde jeg gjort det for mange år siden».

ØF rapport 07/2018

2 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORI

I den første delen av dette kapitlet skal vi først se nærmere på et utvalg av tidligere forskning om menn og utdanning i pleie- og omsorgssektoren med spesielt fokus på rekruttering. Deretter redegjør vi for noen rapporter om helsefagarbeidermodellen og vekslingsmetoden, og til slutt på et par evalueringer av prosjektet Menn i helse. I den andre delen av kapitlet gjør vi rede for relevante teoretiske tilnærminger og begreper som ligger til grunn for vår følgeevaluering, slik som samarbeidsdrevet innovasjon, og spredning og oversettelse av innovasjoner.

2.1 Menn og utdanning i pleie- og omsorgssektoren

2.1.1 Rekruttering av menn til helse- og omsorgssektoren

Svare (2009) innleder sin bok «Menn i pleie og omsorg- brødre i hvitt» med å vise til de økte behovene for flere ansatte innen eldreomsorgen i årene fremover. Med dette bakteppet reiser han spørsmålet om hvorfor så få menn velger å utdanne seg innen pleie- og omsorgssektoren, og hva vi kan gjøre for å øke andelen menn i eldreomsorgen. Han undersøkte holdninger blant mannlige sykepleiestudenter og påpeker at forklaringene er både relatert til lav lønn og at yrket oppfattes som kvinnelig. Å sette fokus på menn i rekrutteringen til sykepleieryrket resulterte imidlertid i at flere menn søkte, og han knytter forhåpninger til at nettopp voksne menn kan bidra i så måte. Noen av disse har tidligere har hatt et typisk maskulint yrke, men ønsker nå å gå ut i en jobb som de forventer å oppleve som mer meningsfylt. Forfatteren anbefaler derfor rekrutteringskampanjer rettet spesielt mot mennene.

Cottingham (2014) viser i sin studie at rekrutteringskampanjer rettet mot menn kan «mobilisere maskuliniteter» dvs. forestillinger om det maskuline. Ved å analysere innholdet i rekrutteringsmateriell har hun vurdert mobiliseringen og konstruksjonen av maskuliniteter både i tekst og bilder. Resultatene viser at organisasjonene i sine rekrutteringskampanjer mobiliserer aspekter både ved tradisjonelle og utradisjonelle forestillinger rundt maskulinitet i et forsøk på å unngå stigmaet rundt mannlige sykepleiere. Dermed skapes et paradoks, hvor noen reproducerer aspekter ved det tradisjonelle synet, mens andre vektlegger det utradisjonelle synet at menn kan gjøre en forskjell innen pleie og omsorgssektoren.

Meadus (2000) var tidlig ute med å vise til at rekrutteringsstrategier for å flere menn inn i sykepleieryrket innebar å bryte gamle myter og barrierer. Selv om menn har en lang historie i sykepleieryrket, har deres bidrag ikke blitt anerkjent, og sykepleieryrket blir fortsatt sett på som noe naturlig for kvinner. Mange faktorer har bidratt til å holde menn unna yrket, og noen av disse er de sosiale stereotypene som er assosiert med sykepleieryrket. Selv om kvinner og menn er sosialisert forskjellig, innehar begge kjønnene egenskaper relatert til omsorg og pleie. Disse karaktertrekkene har nesten utelukkende vært tillagt kvinner. Med de store forandringene som skjer i pleie- og omsorgssektoren, er det behov for å rekruttere de beste kandidatene til sykepleieutdanningen, uansett kjønn. Sykepleieryrket kan bli et foregangsyrke, ifølge han, når det gjelder å bryte barrierene som hindrer menns inntreden i kvinneedominerte yrker, og derved å åpne opp for større karrieremuligheter for begge kjønn.

Utfordringene knyttet til menn i pleie- og omsorgsykker gjelder ikke bare å rekruttere mennene, men også å beholde dem. Arntzen & Hasnes (2014) har i sin masteroppgave sett på kjønnsforskjeller i jobbavgang blant pleiere i helse- og omsorgssektoren. De viser til at tidligere studier har påpekt at menn i pleierykker i større grad slutter i sine jobber enn sine kvinnelige kollegaer. De undersøkte derfor hva som kan forklare jobbavgang hos menn i pleierykker ved å se på deres intensjon om jobbavgang, som anses som en forløper for faktisk jobbavgang. Det igjen kan si noe om hva som må til for å beholde dem i yrket. De trekker frem følgende fem faktorer som ser ut til å kunne påvirke intensjonen om å slutte i jobben: sosial inkludering, tidspress, turnus, utviklingsmuligheter og ledelse. Ved å bruke et kjønnsfokus har de kunnet identifisere hva som påvirker menn til forskjell fra kvinner i pleierykker. Deres analyse fant for det første at menn ønsker å jobbe med andre menn. Jo mindre menn jobber med andre menn, jo større sannsynlighet er det for at de har et ønske om å slutte. Utviklingsmuligheter og turnus har ikke noe vesentlig å si for menn i pleierykker til forskjell for kvinner, men det har noe å si for begge kjønn. Mest overraskende var det at sosial inkludering ikke forhindrede menn fra å slutte i jobben, men snarere tvert imot. For øvrig hang ikke tidspress og ledelse sammen med menns intensjon om å slutte i jobben.

Meadus & Twomey (2011) har også gjort en kvalitativ studie med 27 studenter om hvordan det er å være mann i en kvinnefokusert sykepleieutdanning. Funnene viser at det særlig var fem tema som aktualiserte kjønnsdimensjonen, når det gjaldt mennenes opplevelse av studiet: å velge sykepleieryrket, å bli sykepleier, omsorg i sykepleierrollen, kjønnsbaserte stereotypier og dimensjonen synlig/usynlig. Det var særlig de tre siste som støttet opp under den offentlige oppfattelsen av sykepleieryrket som et uttalt feminint yrke, noe som har endret seg lite over tid. Han konkluderer med at sykepleierutdanningen må være mer proaktiv og fremme læringsmiljøer som er bedre tilpasset mannlige studenter. Lærere og veiledere bør reevaluere sine læringsstrategier, være seg bevisst fordommer knyttet til menn i yrket og vektlegge utviklingen av kjønnsnøytrale læringsmiljøer. Ikke minst har

universiteter og skoler, profesjonelle sykepleierorganisasjoner og fagforeninger en viktig rolle å spille i promoteringen av et positivt bilde av menn i sykepleieryrket.

2.1.2 Helsefagarbeiderutdanningen og vekslingsmodellen

Høst (2010) har i sin rapport fokus på helsefagarbeiderutdanningens interne organisering innenfor fagopplæringssystemet og drøfter alternativer for å legge til rette for rekruttering og utdanning av voksne helsefagarbeidere. Han viser til at finnes to veier inn, lærlingordningen og praksiskandidatordningen i tillegg en tredje variant basert på Vg3 i skole som alternativ til læretid. I drøftingen sier forfatteren at mange argument peker mot at det er lærlingordningen for voksne som i størst grad imøtekommer helsesektorens ønsker om et organisert opplæringsløp framfor fem års ufaglært arbeid, slik praksiskandidatordningen gjør. Å satse på den første ordningen vil kunne styrke det langsiktige rekrutteringsarbeidet og bygge opp under at kommunen tar ansvar for opplæringen på dette området. Å satse på den andre ordningen vil være den enkleste løsningen rent organisatorisk. Da kan man kan fortsette å rekruttere ufaglærte som kan sertifiseres når praksiskravet er innfridd. Det er imidlertid usikkert om man vil nå de kvantitative målene som ligger i rekrutteringsplanene for en opptrapping innen pleiesektoren. Det tredje alternativet med skole kombinert med ufaglært praksis vil kreve en endring av dagens regler. Her må det, ifølge han, foretas avveininger mellom ulike hensyn. På den ene siden har man utdanningssystemets generelle standarder som skal sikre kvaliteten i helsefagarbeiderfaget. På den andre siden må man vurdere hva helsesektoren realistisk kan få til av rekrutterings- og opplæringsmønstre på dette området. Spørsmålet er om fagopplæringssystemet vil kunne vokse og utvikles, hvis det ikke fører til at man rekrutterer tilstrekkelig mange, og her kommer rekrutteringen av menn inn.

I perioden 2014-2018 har det foregått forsøksprosjekter med vekslingsmodellen i flere fylker og innen ulike utdanningsløp, også i helse- og oppvekstfag, samtidig med at det er gjort en evaluering med henblikk på modellens utfordring, implementering og organisering. I den tredje delrapporten fra 2018 var fokus på utviklingen av forsøkene, og i hvilken grad vekslingsmodellen treffer de ulike fagområdenes behov og særpreg (Høst, Nyen, Reegård & Tønder, 2018). De viktigste funnene i evalueringen er for det første at vekslingsmodellen blir preget av de ulike fagområdenes ulike opplæringstradisjoner, og for det andre at forsøket med vekslingsmodeller har preg av å være en felles løsning som blir anvendt på ulike problemer. Det betyr at forsøkene utforming og resultater spriker. En foreløpig oppsummering på skolesiden og blant elevene er at veksling mellom teori og praksis gir god motivasjon og godt læringsutbytte. Mange lærebedrifter er enige, men både blant disse og blant opplæringskontorene og kommunene er man også noe delte i synet på modellen, særlig om hvorvidt den passer på deres fagområde. Alle aktørene i fagopplæringen hadde imidlertid samarbeidet tettere og bedre med hverandre, særlig gjaldt dette skole og bedrift/opplæringskontorene.

I forsøksprosjektene utgjorde helse- og oppvekstfag det største utdanningsprogrammet for utprøving av vekslings på landsbasis. I de to forsøkene som ble fulgt i Oppland og Hordaland, ble det høsten 2017 for femte år på rad tatt inn elever til vekslingsmodellen. Her oppgav både skolesiden og bedriftssiden at vekslings fører til større forståelse for hverandres hverdag, og at det har bedret vilkårene for et tettere samarbeid. Det er skolen som er pådriver i vekslingsmodellen, mens kommunene har sagt seg villige til å bidra og å stille med lærebedrifter. Kommunene tar et opplæringsansvar, men dette ansvaret omfatter ikke noen garantier om ansettelse etter fullført læretid (Høst, Nyen, Reegård & Tønder, 2018). Dette er et springende punkt for voksne som tar helsefagarbeiderutdanning.

I et notat påpeker Bratsberg, Nyen & Raaum (2016) at det i Norge er gode muligheter for voksne å fullføre videregående opplæring og ta fagbrev sammenlignet med andre land. Dels kan voksne ta fagbrev etter å ha vært lærlinger, slik de unge kan, men i tillegg gir praksiskandidatordningen voksne som har lang arbeidserfaring i et fag, en mulighet til å ta fagbrev. Forfatterne stiller spørsmål om hvem som bruker disse mulighetene. Har de som tar fagbrev som voksne, en videregående utdanning fra før, eller fullfører de denne for første gang? I hvilken grad er det å ta fagbrev som voksen, en vei til fullført videregående utdanning for grupper som ellers ville blitt stående uten fullført videregående utdanning? Er det sosiale rekrutteringsgrunnlaget det samme for voksne som tar fagbrev, som for de unge?

Bratsberg m.fl (2016) funn viser at den største gruppen som tar fagbrev som voksne, ikke har fullført videregående opplæring tidligere. To av tre fagbrev i praksiskandidatordningen ble oppnådd av personer uten fullført videregående, mens det samme gjaldt vel halvparten av de voksne i lærlingordningen. De som tar fagbrev som voksne, og på den måten fullfører videregående skole for første gang, har en sosial bakgrunn svært lik de som ikke oppnår videregående kompetanse. Det er først og fremst praksiskandidatordningen som bidrar til en sosial rekruttering til utdanning som bryter med de vante mønstrene, mens de som tar fagbrev som voksne etter å ha vært lærlinger, har en sosial bakgrunn som ligner på det vi finner hos de unge. Praksiskandidatordningen representerer en vei til å fullføre videregående utdanning for en gruppe med lav sannsynlighet for å fullføre videregående. Grupper med lite utdanning har i mange tilfeller negative erfaringer med tradisjonell skoleopplæring og lærer lettere og er mer motivert, hvis opplæringen skjer i forbindelse med arbeidet. Dette er trolig årsaken til at ordningen bidrar til å utjevne forskjeller i hvem som fullfører videregående opplæring. Forfatterne viser til Meld. St. 16 (2015-16) *Fra utenforskap til ny sjanse - samordnet innsats for voksnes læring* (Kunnskapsdepartementet, 2015) hvor praksiskandidatordningen foreslås videreført. Samtidig foreslås det en ny vei gjennom en kombinasjon av opplæring og lønnet arbeid som en ytterligere ordning.

Når det gjelder utdanningsmodellen til Menn i helse prosjektet, har Witzøe (2016) i sin masteroppgave sett på hvordan denne modellen ivaretar deltakernes forventede

yrkeskompetanse som fremtidige helsefagarbeidere. Hun baserer seg på en spørreundersøkelse av 26 menn som hadde deltatt i Menn i helse prosjektet i Nord-Trøndelag, hvor også seks ble valgt ut til dybdeintervjuer. Analysen av datamaterialet avdekket flere faktorer som bidro til at deltakerne følte at utdanningsmodellen ivaretok deres forventede yrkeskompetanse. For det første gjaldt dette utenforliggende faktorer, slik som økonomien som ble ivaretatt av Navs ulike tilskuddsordninger, og utsikten til en fast jobb. Deretter fulgte deltakerens egeninnsats og motivasjon som hun vektlegger som spesielt viktig. Disse ble etterfulgt av faktorer knyttet til selve utdanningsmodellen, slik som trivsel i klasserommet og på praksisplassen, nærhet mellom forventet læringsutbytte og formelle krav til yrkeskompetanse. Her var forholdet mellom praksis og teori sentralt for deltakerens opplevde læringsutbytte. Vi skal se nærmere på evalueringer av andre sider ved Menn i helse-prosjektet i neste delkapittel.

2.1.3 Evalueringer av Menn i helse prosjektet

Menn i helse prosjektet i Trondheim kommune har vært tema for flere undersøkelser. Den mest omfattende er Nordlandsforsknings evaluering, mens et par masteroppgaver og en rapport tar for seg deltakernes opplevelser og vurderinger av ulike sider av prosjektet og utdanningsløpet.

I Nordlandsforsknings evaluering (Gjertsen & Olsen, 2012) ønsket man både å finne ut hvilke tiltak og prosesser som virker for å rekruttere og beholde flere menn i omsorgsyrkene. Videre ville de undersøke i hvilken grad man har klart å formidle hva som er sentrale faktorer for å rekruttere og beholde menn i omsorgsykker. Datamaterialet er en spørreundersøkelse rettet til alle ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i Trondheim kommune. Denne ble gjennomført i 2011, og et av temaene i undersøkelsen omhandlet rekruttering av flere menn til sektoren. I tillegg gjennomførte forfatterne intervjuer med 18 helserekrutter og 24 ansatte i samme sektor, hvor en del av intervjuene var knyttet til erfaringene fra prosjektet «Menn i helse».

Gjertsen og Olsen (2012) peker på to viktige erfaringer som ble gjort i prosjektet Menn i helse. Den ene er at søkningen til prosjektet økte etter hvert som prosjektet ble kjent. Dette handlet dels om det tette samarbeidet med Nav som både rekrutterte menn til prosjektet og som stilte med økonomisk sikkerhet, dels om en genuin interesse blant menn med ytelser fra Nav som ønsket å prøve seg i omsorgsyirket. De såkalte helserekruttene viste et stort engasjement for yrket og pekte på et godt arbeidsmiljø og en trygg arbeidsplass som viktige faktorer for sine yrkesvalg, sammen med det å kunne bety noe for andre mennesker. Den andre erfaringen var den uventet høye andelen helserekrutter som etter en prøveperiode på åtte uker, søkte seg inn på helserelatert utdanning på videregående eller høgsolenivå.

Forfatterne konkluderer med at prosjektet Menn i helse i Trondheim kommune har vist at det finnes et betydelig potensial for å rekruttere menn til omsorgsykker. Prosjektet tok først sikte på å rekruttere 20 ufaglærte menn til rekruttperioden. To år senere hadde totalt 69 menn gjennomført en slik periode, og et flertall av disse valgte å gå videre og utdanne seg til helse- og omsorgsykker. Erfaringene fra Trondheim viste at kommunene kan satse på godt voksne menn i helse- og omsorgsykkene. Et første steg for arbeidsgiverne er å innse at menn utgjør en betydelig arbeidskraftreserve innenfor denne sektoren, og at mennene også viser en genuin interesse både for de faglige og de menneskelige sidene ved omsorgsykket. Forfatterne stiller imidlertid spørsmålet om hvorvidt arbeidsgiverne vil klare å holde på mennenes interesse og motivasjon over tid.

En annen undersøkelse av deler av Menn i helse-prosjektet i Trondheim finner vi i en masteroppgave. I den spør forfatterne om hva som er årsaken til at voksne menn velger å bli helserekruitter og senere helsefagarbeidere (Forsmark & Stav, 2014). De fulgte helserekruittene i kull 2013-2015 fra søknadsfristen i mars, gjennom intervjuer og utvelgelse som ble gjort gruppevis. Videre var de med på en samling i mai, hvor de 30 mennene som fikk praksisplass, møttes, og hvor alle samarbeidsaktørene var til stede.

Forsmark og Stav (2014) peker på et par områder som har vært viktige for at Menn i helse i Trondheim kan kalles en suksess. Det ene var gruppedynamikken og fellesskapsfølelsen som oppstod blant helserekruittene, hvor særlig det at de støttet hverandre underveis i prosessen, var avgjørende. De følte også et eierforhold til prosjektet og en sterk forpliktelse både til prosjektet, prosjektleder og hverandre, og de ønsket å bevise at de kan klare å gjennomføre utdanningsløpet. Det andre som forfatterne peker på som forklaringer til suksessen, er knyttet til prosjektleders egenskaper som de beskriver som særs kreativ, og som tok utradisjonelle grep for å nå målene i prosjektet. Vedkommende formidlet også prosjektet utad på en svært aktiv måte både gjennom media og via mer formelle kanaler. Det ga helserekruittene en følelse av å være spesielt utvalgte. I tillegg var Trondheim kommunes tilrettelegging ved bl.a. å gi stor frihet til prosjektleder, av avgjørende betydning.

Hva mener forfatterne at nye kommuner kan lære av prosjektet Menn i helse? I følge Forsmark og Stav (2014) er valget av en egnet person som prosjektleder viktig for å lykkes, samtidig som den kan utgjøre en sårbarhetsfaktor. Videre viser de til at prosjektet har vært høyt forankret i Trondheim kommune både politisk og administrativt. Dette gjorde det mulig å få til et godt samarbeid med Nav, fylkeskommunen, fylkesmannen og enhetene i helse- og omsorgssektoren i kommunen. I følge forfatterne er en solid forankring i kommunenes politiske og administrative ledelse en forutsetning for å lykkes. I tillegg bidro som nevnt, den sterke fellesskapsfølelsen blant helserekruittene og deres lojalitet til prosjektet og hverandre til at ingen i kullet falt fra så langt. Spørsmålet forfatterne stiller er om nye kommuner klarer å legge til rette for en liknende fellesskapsfølelse blant

helserekruuttene, å finne en like kreativ prosjektleder og å forankre prosjektet like høyt politisk og administrativt som Trondheim kommune har gjort?

I en Fou-rapport spør Langø (2016) om hvilken opplevelse kursdeltakerne av Menn i helse prosjektet har hatt i forhold til deres behov for jobb og livsendring, og hvor relevant de har opplevd skolens undervisning og praksis sett i forhold til deres fremtidige yrke. Innledningsvis var samtlige deltakere takknemlige over å få være med i prosjektet, og ingen av dem ville søkt seg til en utdanning innen pleie og omsorg, hvis det ikke hadde vært for dette prosjektet. Deltakerne bekreftet at de lærte mye av å samarbeide med hverandre både i klasserommet og ute i praksis, og at de opplevde klassemiljøet som trygt og godt. De gikk også godt for at vekslingen mellom teori og praksis var optimal i forhold til læring. Når det gjaldt praksisplasser, ønsket de seg mer variasjon, slik at de møtte ulike typer brukere. Siden utdanningsløpet var komprimert, opplevde de et sterkt press i teoriukene mellom praksisperiodene. Flere foreslo derfor å utvide teoriundervisningen med noen uker på bekostning av praksisperiodene.

Når det gjaldt vurderinger av selve prosjektet ønsket deltakerne en tettere kontakt med prosjektledelsen for å kunne løse små og store problemer som dukket opp (Langø, 2013). Økonomisk sett viser det seg at støtten fra Nav er helt avgjørende, men de ulike tilskuddsordningene gjør at deltakerne har en vidt forskjellig økonomi. Noen spedde på økonomien med å gå ekstravakter, og alle så frem til å bli ferdige og tjene mer penger. For de med familier og små barn er det komprimerte utdanningsløpet en hard påkjenning, men ingen sluttet av familiemessige årsaker. Alle så fram til lærlingetida og så framtida lyst i møte, selv om det rådde en del usikkerhet med hensyn til faste jobber. Forfatteren understreker at mange av disse ønskene er blitt innfridd i etterkant av undersøkelsen, slik som tettere kontakt med prosjektleder og to uker med mer teori. Hun påpeker at det ikke har vært frafall fra utdanningen og stiller spørsmål om årsakene til det. Hun viser hun for det første til at kursdeltakernes behov for fast jobb og en livsendring er en sterk motivasjonsfaktor. I tillegg er det viktig at de på forhånd har fått prøvd seg som helserekruutter, slik at de vet hva de går til og aktivt har valgt yrket. For det tredje opplevde deltakerne kombinasjonen av teori og praksis i det komprimerte utdanningsløpet som vellykket, og som noe som stimulerte lærelysten og ønsket om å lære mer.

I disse rapportene omtales Menn i helse-prosjektet som en suksess, hvor helserekruuttens fellesskapsfølelse sammen med prosjektleders kreative egenskaper har vært viktige suksesskriterier. Samtidig foreligger det en rekke usikkerhetsfaktorer knyttet til tiltaket, både angående det komprimerte utdanningsløpet, Navs rolle med å rekruttere deltakere og å sikre dem inntekt under utdanning, i tillegg til utfordringene i kommunene med å skaffe fast jobb til helserekruuttene etter endt utdanning. Undersøkelsene viser at rekrutteringen av kvalifisert arbeidskraft særlig er sett ut fra et arbeidsgiverperspektiv, men at det også anvendes et organisasjonsperspektiv med vekt på samarbeid og samhandling med aktører som Nav, fylkeskommunene og kommunene. Rapportene er kun

indirekte opptatt av samfunnsperspektivet i betydningen økt sysselsetting i en sektor som mangler arbeidskraft, samt unngåelse av marginalisering av enkeltpersoner. Det er i mindre grad forsket på arbeidsmiljøet, og på hvilke konsekvenser menns inntreden i kvinnedominerte arbeidsmiljøer endrer dette. Tilsvarende er det også forsket lite på rekrutteringsprosessen av menn i omsorgsykker i et pedagogisk perspektiv og på menns inntreden i omsorgsykkene i et brukerperspektiv ved å inkludere tjenestemottakernes erfaringer.

Vi vil i denne rapporten belyse noen av temaene som er trukket frem som sentrale funn i det som er gjort av tidligere forskning på menn og utdanning i helse- og omsorgssektoren, og Menn i helse spesielt. Før vi gjør rede for metode og empiri, presenterer vi sentrale teoretiske tilnærminger og begreper som ligger til grunn for følgeevalueringen.

2.2 Samarbeidsdrevet innovasjon og oversettelse

2.2.1 Samarbeidsdrevet innovasjon

«Innovasjon» er et begrep som på mange måter erstatter begrepet «reform» i offentlig sektor, og en vanlig definisjon av innovasjon er «en ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske verdier» (Johansen & Pålshaugen, 2011). Avhengig av hvor innovasjonen har sitt utgangspunkt, finnes det ulike former for innovasjonsprosesser. Det kan for eksempel være brukerinnovasjon, ledelsesinnovasjon, eller medarbeiderinnovasjon. Hvor ideen eller innovasjonen fremmes har betydning for hvordan prosessen utvikler seg og leder frem mot «produktet».

I innovasjonsarbeid ser man et skille mellom privat og offentlig sektor. Dette er ikke et absolutt skille, men her ser man at drivkraften bak en innovasjon kan være ulik. I privat sektor er drivkraften å forbedre bedriftens konkurransesituasjon, mens den i offentlig sektor er knyttet til å øke verdiskapingen (Johnsen & Johnsen, 2011). Innovasjon i offentlig sektor kan imidlertid med fordel fremmes gjennom tverrgående samarbeid mellom forskjellige offentlige og private aktører.

Løsningen på oppgaver som defineres som offentlige, betraktes som et felles ansvar som både offentlige og private parter skal samarbeide om og bidra til (Torfing, Sørensen, Aagaard, 2014). Det er imidlertid hensiktsmessig med en presisering når det gjelder hva som ligger i samarbeid. Samarbeid blir brukt i dagligtalen uten at det tydeliggjøres hva som er nyansene til tilstøtende begreper som koordinering og samhandling. Jacobsen (2004) presiserer begrepene på en slik måte: *Koordinering* kan forstås som et overordnet begrep som viser til at oppgaver og aktører sees opp mot hverandre og vurderes i forhold til en enhet. En slik koordinering kan enten ta form som *samarbeid* forstått som prosesser

drevet av frivillig innsats ut fra aktørenes følte behov, eller som *samordning* forstått som en mer tvungen form for koordinering pålagt av en tredjepart. Når målet er å skape bedre koordinerte tjenester på tvers av forvaltningsnivå og sektorer, er det viktig å påvirke både det frivillige samarbeidet og den tvungne samordningen mellom samarbeidsaktørene.

Samarbeidsdrevet innovasjon er en rasjonell og desentrert innovasjonsstrategi som understreker det produktive og kreative i møtet mellom forskjellige aktører fra ulike profesjoner, organisasjoner og sektorer (Torfing, Sørensen, Aagaard, 2014). En slik prosess kan deles inn i fire faser. Den første er *ideutviklingsfasen*. Denne fasen styrkes gjennom en samarbeidsdrevet prosess, hvor forskjellige erfaringer og ideer spiller sammen gjennom å utfordre vanetenkningen og å lære av hverandre. Den neste fasen er *ideutvelgelse* som antas å bli mer treffsikker, når aktører fra flere og ulike ståsted vurderer fordeler og risiko ved innovasjonene. Den tredje fasen; *implementering*, avhenger både av ressurstilgang og eierskap som i stor grad skapes gjennom deltakelse og samarbeid blant de relevante aktørene. *Spredning* er den siste fasen som styrkes gjennom sosiale og profesjonelle nettverk hos de forskjellige samarbeidsaktørene.

Det finnes en rekke barrierer for samarbeidsdrevet innovasjon som samtidig kan være forhold som bidrar til å drive frem innovasjonene. Byråkratisk organisering i form av hierarkisk kontroll, intensiv lov- og regelstyring og vekt på stabilitet og forutsigbarhet trekkes frem en barriere. Politisk styring sees som en annen. Organisatoriske siloer i en sterkt oppsplittet offentlig forvaltning kan virke hemmende, og det samme kan interessekonflikter mellom aktørene, samt at aktørene. Videre trekkes det frem som en mulig barriere at de som skal stå for implementeringen ikke har vært involvert i innovasjonsprosessens tidligere faser (Torfing, Sørensen, Aagaard, 2014). Drivkreftene og barrierene kan oppstå i alle fasene av innovasjonsprosessen. I følgeevalueringen av det nasjonale prosjektet Menn i helse har fokuset særlig vært på den siste fasen, spredningen av Menn i helse-modellen. Fra et lokalt prosjekt i Trondheim kommune til et nasjonalt prosjekt som involverer mange fylkeskommuner og kommuner. I spredningen av innovasjoner er oversettelse et sentralt perspektiv, og det er dette perspektivet vi har lagt til grunn for denne følgeevalueringen.

2.2.2 Oversettelse og spredning av innovasjoner

Oversettelse referer i bokstavelig forstand til gjengivelse eller fortolkning av mening i en tekst eller et utsagn fra et annet språk. Det betyr ikke at de direkte oversettelsene alltid er riktige. Målet med oversettelser er at man skal formidle et samsvarende meningsinnhold. I en slik prosess kan det derfor være nødvendig med betydelige endringer av den opprinnelige kilden for å oppnå et dette. Dette forutsetter innsikt både i den konteksten som et utsagn inngår i, og som det skal forstås i.

Oversettelse av ideer og praksiser skjer i et samspill mellom en dekontekstualisering og en kontekstualisering. Begge prosessene kan foregå relativt frikoblet i tid og rom (Røvik, 2007). Dekontekstualisering handler hvordan en ide eller en modell tas ut av en sammenheng og omformes med det formål å bli overført til andre kontekster.

Kontekstualisering handler om hvordan ideen forsøkes introdusert i nye organisatoriske kontekster.

Hvorvidt dekontekstualisering lar seg gjøre, henger sammen med hvor kompleks praksisen som skal tas ut av den opprinnelige sammenhengen, er. Kompleksiteten øker om praksisen er tett koblet til den lokale konteksten og sterkt forankret i taus kunnskap. Taus kunnskap vil si kunnskap som i liten grad gjøres eksplisitt i dekonstruksjonsprosessen, men er tatt-for-gitt. Kontekstualiseringen på sin side forutsetter forståelse for den opprinnelige løsningen eller praksisen. Videre forutsetter det sensitivitet og innsikt i den konteksten som løsningen skal introduseres i. Røvik (2007, 2016) kaller denne formen for innsikt for translatørkompetanse. Dette er en type kompetanse som blir stadig viktigere for organisasjoners forbedringsarbeid.

Å inneha translatørkompetanse innebærer å ha kunnskap om ulike regler for oversettelse. Røvik (2007) identifiserer tre ulike oversettelsesmoduser. Hver modus har tilhørende regler. Den reproduserende modusen har som mål å gjenskape en praksis fra en annen kontekst så nøyaktig som mulig. Her følges kopieringsregelen «ord for ord» av ideen. Den modifierende modusen ønsker å gjenskape elementer fra den opprinnelige praksisen, samtidig som det gjøres nødvendige lokale tilpasninger. Her følger man regler for å legge til eller trekke fra elementer på løsningen eller praksisen. En radikal modus er der hvor en praksis i en kontekst brukes som inspirasjon til å utvikle noe nytt i en annen kontekst. Denne modusen følger regler for omvandling. Jo mer abstrakt en ide er, jo lettere er det å få til en radikal modus, en omvandling, hvor ideen kan fremstå som en lokal innovasjon i kontekstualiseringsprosessen. Dette står i motsetning til en gjengivelse av en ide eller modell, hvor ideen forsøkes direkte kopiert. Kopiering kan medføre at aktørene i den nye konteksten synes prosjektet virker fremmedgjørende. Dette kan oppstå når aktørene opplever at praksisene og kulturen som man er en del av, ikke blir forstått. Noe som kan bidra til motstand mot prosjektet, selv om aktørene i utgangspunktet er positive og ønsker prosjektet velkomment.

Hjemliggjøring handler i motsetning til fremmedgjøring, om å tilpasse prosjektet til den konteksten som det skal inn i. Dette skjer gjennom å gjøre det forståelig for aktørene som deltar. Et utgangspunkt for hjemliggjøring finnes i den modifierende modusen ved å legge til eller trekke fra elementer i en oversettelse. Å legge til eller addering kan innebære at informasjon som er implisitt, uttalt eller utydelig i originalen, gjøres tydelig og eksplisitt i oversettelsen. Å trekke fra innebærer på sin side å redusere detaljeringsgraden ved å fjerne eller dempe elementer som finnes i den originale versjonen ved at det som er spesifikt uttrykt og meningsbærende, gjøres mer generelt og implisitt i den oversatte versjonen. Ved

fratrekking forekommer også utelatelse av elementer fra originalen i den oversatte versjonen (Røvik, 2007). I følgeevalueringen av Menn i helse har vi sett på oversettelsesprosessen med utgangspunkt i de erfaringer slik både avsendere i det nasjonale prosjektet og mottakerne i de nye organisatoriske kontekstene har beskrevet den.

I de følgende kapitlene presenteres datamaterialet og funnene i følgeevalueringen, før vi i kapittel 7 diskuterer spredningen av prosjektet i ulike organisatoriske kontekster, sektorer og målgrupper.

«... hadde jeg visst hvor interessant dette yrket er, så hadde jeg gjort det for mange år siden».

ØF rapport 07/2018

3 EVALUERINGSDESIGN OG METODE

Følgeevaluering er en form for følgeforskning, hvor «forskning» indikerer at det er en undersøkelsesstrategi som retter seg mot noe, og som forplikter seg i forhold til vitenskapelige og forskningsetiske normer (Kalleberg, 1992). «Følge» indikerer at forskeren følger en prosess over tid. Følgeforskning foregår med andre ord samtidig med den prosessen som studeres. Når denne metoden brukes innenfor evalueringer, kalles det følgeevaluering.

En intensjon med følgeevalueringer er å identifisere faktorer som fører til ønskede virkninger i prosjektet, og faktorer som hindrer disse (Baklien, 2004). Et viktig premiss i følgeevalueringer er at evaluator bidrar med begreper og modeller, samler empiri, samt utvikler perspektiver og problemstillinger som gir kunnskap om prosessene og om virkningene. Det er imidlertid aktørene selv som fatter beslutninger, og som er ansvarlige for de valgene som blir gjort. Det er i motsetning til i aksjonsforskning, hvor forskerne også har et ansvar for resultatet av prosjektet (Seegaard, 2006; Kalleberg, 1992).

Vi har lagt en oversettelsesteoretisk tilnærming til grunn for evalueringsdesignet. Tilnærmingen er utviklet innenfor organisasjonsteorien (Czarniawska og Jorges, 1996; Røvik, 1998). I praksis innebærer en «oversettelse» en gjengivelse av et grunnleggende meningsinnhold (i tiltaket/modellen), samtidig som det kan skje en viss endring i tiltaket, når det implementeres i en ny organisatorisk kontekst. Oversettelsestilnærmingen åpner for å se på hva som driver, og hva som hindrer gjennomføring og spredning av et tiltak eller en modell.

3.1 Gjennomføring og evalueringsmetoder

Følgeevalueringen av det nasjonale prosjektet Menn i helse har gått over to og et halvt år, fra januar 2016 til juni 2018. Følgeevalueringen baserer seg på en kvalitativ tilnærming med en kombinasjon av dokumentstudier, intervjuer og casestudier, samt utviklingsverksteder. Datamaterialet og metodene er relatert til de to oppgavene om å dokumentere og evaluere tidligere erfaringer, mht. måloppnåelse og prosesser og å bidra til å utvikle prosjektet og gi anbefalinger for eventuell videreføring og spredning av tiltaket. Evalueringen har vært strukturert i faser, og nedenfor presenteres hver av de tre fasenes fokus, datamaterialet og analysetilnærming.

3.1.1 Fase 1: Erfaringer blant samarbeidsaktørene

I følgeevalueringens første fase som gikk fra januar 2016 til og med utviklingsverkstedet 2. november 2016, samlet og systematiserte vi erfaringer som samarbeidsaktørene i prosjektet hadde gjort så langt. Vi så det som sentralt å skaffe et oversiktsbilde over prosjektets organisering både fylkesvis og nasjonalt. Vi gikk bredt ut til alle involverte fylker og kommuner og samlet erfaringer fra oppstarten i 2010 og til og med de fylkene som startet i løpet av januar-mars i 2016. Fokuset i denne fasen var på organisering og samarbeid, samt gjennomføring av tiltaket. Hensikten var å kartlegge bredden i prosjektet, når det gjaldt former for organisering og relevante samarbeidsaktører på et overordnet nivå, samt se på gjennomføringen av prosjektet i hvert av fylkene. Sentrale innsamlingsmetoder var dokumentstudier, telefonintervjuer og samhandlingskart.

Dokumentstudiene omfattet en systematisk gjennomgang av relevante dokumenter som var produsert i løpet av prosjektperioden fra starten i 2010 og frem til juni 2016 i alle de involverte fylkene. Dette omfattet blant annet prosjektbeskrivelser, evalueringer, rapporteringer, læreplaner og samarbeidsavtaler. Denne dokumentgjennomgangen ga en oversikt over målene til prosjektet nasjonalt og regionalt, samt justeringer og endringer som var gjort underveis i enkelte fylker.

Telefonintervjuer ble gjennomført med sentrale aktører med fokus på organisering og gjennomføring, samt aktørenes vurderinger av hvordan samhandlingsrelasjonene fungerte. Videre spurte vi om hva de mente fremmet og hemmet prosjektets måloppnåelse, og hvilke faser som var mest kritiske når det gjaldt gjennomføringen for helserekruттene. Andre tema var aktørenes vurderinger av prosjektets betydning for henholdsvis helserekruттene selv, for arbeidsplassen, for helse- og omsorgssektoren og samfunnet generelt.

Det ble intervjuet til sammen 48 informanter, fordelt på to fra nasjonalt team, åtte fylkeskoordinatorer, åtte informanter fra Nav fylkesledd, ni fra Nav kommune, åtte fra fylkeskommuners utdanningsavdelinger, sju kommunalsjefer og fra seks opplæringsinstitusjoner.

Samhandlingskart er en metode for å få oversikt over hvilke aktører som deltar i gjennomføringen av et prosjekt, og hvem som samarbeider med hvem. Basert på informasjonen vi fikk i intervjuene, tegnet vi et samhandlingskart som viste aktørene og samhandlingsrelasjonene dem imellom.

Den brede dokumenteringen av erfaringer var et viktig innspill for videre utvikling av prosjektet. Resultatene ble presentert på et utviklingsverksted i Trondheim 2. november 2016. **Et utviklingsverksted** kan beskrives som en organisert arena, der personer med ulik bakgrunn jobber sammen for å finne løsninger på ulike utfordringer i et prosjekt på et samfunnsområde eller i en organisasjon. På det første utviklingsverkstedet i følgeevalueringen av det nasjonale prosjektet Menn i helse, samlet vi samarbeidsaktørene

fra Nav fylkes- og lokalledd, fylkeskommuner og kommuner for å jobbe sammen om en forbedring og videreutvikling av Menn i helse-modellen. Til stede var også deltakere fra Arbeids- og velferdsdirektoratet foruten nasjonalt team og fylkeskoordinatorer i Menn i helse. Tema på utviklingsverkstedet var organisering og samhandling både nasjonalt og regionalt. Verkstedet er en arena for både erfaringsdeling og læring, faglig påfyll og inspirasjon (se vedlegg 2). Østlandsforskning la frem funn fra forskningen og anbefalinger for videre arbeid. Aktører fra Menn i helse presenterte gode grep og løsninger som gjøres regionalt og lokalt. Gjennom dagen var det lagt opp til gruppearbeid både på tvers av sektorer og fylker, samt fylkesvis.

I hele denne fasen var det tett kontakt med oppdragsgiver. Vi leverte et delnotat i juni 2016. Dette ble presentert for styringsgruppen og fulgt opp med flere møter. På møtene diskuterte vi funn og mulige justering og forbedring av Menn i helse-modellen.

3.1.2 Fase 2: Erfaringer i praksisfeltet

Etter utviklingsverkstedet i første fase gikk vi over i følgeevalueringens andre fase, som varte til og med september 2017. I denne fasen gikk vi ikke like bredt ut som i første fase, men gjorde fokuserte «dypdykk» i to av fylkene. Formålet ved å gå i dybden var å få tak i erfaringer fra de forskjellige aktørene og deltakerne i praksisfeltet. Utvalget av casefylker ble gjort i samarbeid med oppdragsgiver. Det ble valgt et fylke som hadde kommet med tidlig og et fylke som kom med etter 2014. Det første fylket hadde erfaringer fra alle fasene av gjennomføringen, mens det andre fylket gjennomgikk de ulike fasene underveis i evalueringsperioden.

Dypdykkene ble utført i form av personlige intervjuer med besøk i to kommuner i hvert av casefylkene. Rekrutteringen av informanter gikk via fylkeskoordinator i de to fylkene og omfattet tre kommuner. I det ene fylket ble det gjennomført ni intervjuer, hvorav fire var intervjuer med deltakere i Menn i helse prosjektet, to avdelingsleder, to veiledere, og en bruker av hjemmetjenesten ved den ene av avdelingene. I det andre fylket ble det gjennomført ti intervjuer med elleve informanter, hvorav fire var deltakere i Menn i helse, tre avdelingsledere og fire veiledere. Totalt intervjuet vi 20 informanter fordelt mellom åtte menn som var lærlinger eller ferdige utdannende helsefagarbeidere fra Menn i helse, fem avdelingsledere, seks veiledere og en bruker.

I det ene fylket ble intervjuene med deltakerne etter forslag fra fylkeskoordinator, foretatt på et hotell, dels fordi det lå sentralt og lett tilgjengelig, dels fordi tre av deltakerne var ferdig utdannet og i jobb. Intervjuene med veiledere og avdelingsledere ble foretatt på de respektive avdelingene. Intervjuet med bruker som skulle vært utført på dagsenteret, ble foretatt på telefon som viste seg å gi mer ro og tid enn på dagsenteret. I det andre fylket ble intervjuene i den ene kommunen gjennomført fortløpende i en peisestue på en institusjon, hvor informantene kom til oppgitt klokkeslett. Noen var på arbeid i nærheten, mens andre

hadde fridag. I den andre kommunen ble intervjuene gjennomført på tre institusjoner i arbeidstiden til informantene. Et intervju med avdelingsleder ble gjort på telefon i forkant av besøket.

Organiseringen av intervjuene ga oss liten mulighet til å være på avdeling for observasjon og uformelle samtaler, slik vi hadde ønsket. Brukere/pårørende var ikke informert om at vi kom, og det var ikke gjort avtaler med dem, bortsett fra med den ene brukeren. Siden vi var avhengige av forhåndssamtykke for å gjøre intervjuer med brukerne enten av dem selv eller deres pårørende, ble det bare med det ene intervjuet. Brukernes erfaringer dekkes også indirekte via refleksjoner fra avdelingsledere og veiledere, samt av lærlinger fra Menn i helse.

Tema i intervjuene med lærlingene var deres erfaringer med gjennomføringen av opplæringen, deres vurdering av nytten av Menn i helse og betydningen for et fremtidig yrke. Intervjuene med veiledere omhandlet deres erfaringer som veiledere og deres syn på rekrutteringsgrunnlaget, kompetansenivået på helserekrutter og lærlinger, betydningen for arbeidsmiljø og for tjenesteutøvelsen. Avdelingslederne ble intervjuet om organisering og gjennomføring av Menn i helse og betydningen av prosjektet for arbeidsmiljø, tjenesteutøvelse, helse- og omsorgssektoren og samfunnet. Intervjuet med brukeren var knyttet til hennes erfaringer angående tjenesteutøvelsen fra deltakerne fra Menn i helse prosjektet og hennes refleksjoner om menns inntreden i helseomsorgen.

Et av flere interessante funn fra forskningen i fase to omhandlet veiledning og veilederrollen. Dette utpekte seg ut som et særlig relevant tema for det andre utviklingsverkstedet som fant sted 27. september 2017 i Oslo. Deltakere var i hovedsak aktører i praksisfeltet, dvs. virksomhetsledere, avdelingsledere og veiledere fra alle fylker og kommuner som deltar i prosjektet. Utviklingsverkstedet var organisert på samme måte som det første med faglige innlegg om funn fra forskningen, gode eksempler fra deltakere og erfaringsdeling gjennom gruppearbeid (se vedlegg 3).

Også i fase to var det tett dialog mellom Østlandsforskning og oppdragsgiver. Det ble levert et internt delnotat fra forskningen. Dette ble presentert for styringsgruppa, og drøftet i oppfølgende møter.

3.1.3 Fase 3: Spredning av Menn i helse

I den siste fasen av følgeevalueringen var fokuset på betydningen av Menn i helse for den enkelte, for arbeidsplassen og sektoren og samfunnet. Spredningen av det nasjonale prosjektet Menn i helse både geografisk og til andre målgrupper var også sentralt i denne fasen. Datamaterialet er hentet fra intervjuene fra fase en og to, samt rapporter og tall fra nasjonalt team.

En kostnad-nytte analyse av et prosjekt som Menn i helse ville vært interessant. Det har imidlertid ikke vært rammer for å gjennomføre en slik analyse i dette prosjektet. En kostnad-nytte-analyse er en omfattende analyse hvor alle fordeler og ulemper med et prosjekt summeres for å finne frem til den samfunnsøkonomiske lønnsomheten (Stoltz & Sirnes, 2017). En slik analyse omfatter også eksterne virkninger, som kan være både positive og negative. For eksempel vil opplæring av ansatte i ved en institusjon som senere flytter til en annen institusjon, være en positiv virkning. Det er de eksterne virkningene som skaper forskjellene mellom privatøkonomisk lønnsomhet og samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Vi drøfter i rapporten hva som er gevinster og fordeler ved prosjektet, sett opp mot kritiske faktorer og faser.

I denne siste fasen inngår også denne sluttrapporten som dokumenterer erfaringene og evaluerer prosjektet. I analysen vurderes resultatene i lys av de skisserte perspektivene innledningsvis. Funnene diskuteres videre i et oversettelsesperspektiv, hvor vi peker på utfordringer og muligheter for spredning av det nasjonale prosjektet Menn i helse. Det gjelder både til andre fylker og kommuner og spredning av ideen om lignede opplæringsløp for ulike sektorer og målgrupper.

Når det gjelder den andre delen av oppdraget, om å bidra til utvikling og spredning av prosjektet, er dette gjort gjennom utviklingsverkstedene i fase en og to. I fase tre arrangeres det en nasjonal konferanse. 14. juni 2018 lanseres sluttrapporten og spredning av prosjektet er på dagsorden (se vedlegg 4). Konferansen representerer både slutten på følgeevalueringsperioden og starten på en videre spredning av Menn i helse som modell og ide til andre fylker og kommuner, samt til andre sektorer og målgrupper.

«... hadde jeg visst hvor interessant dette yrket er, så hadde jeg gjort det for mange år siden».

ØF rapport 07/2018

4 ORGANISERING OG SAMHANDLING I MENN I HELSE

I dette kapitlet gjør vi rede for hvordan Menn i helse ble etablert og er organisert på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Videre viser vi samhandlingskartet som vi har utarbeidet på bakgrunn av kartleggingen, før vi går nærmere inn på funn og problemstillinger som informantene løftet frem når det gjelder organisering og samhandling i prosjektet.

4.1 Etableringen av Menn i helse

Utgangspunktet for etableringen av Menn i helse-prosjektet var et toårig forprosjekt i Trondheim med tittelen «Mangfold og kvalitet- flere menn i omsorgstjenesten» (2010-2012). I dette prosjektet ønsket Trondheim kommune å kartlegge rekrutteringsgrunnlaget blant menn til sektoren. En sykepleier ble forespurt av rådmannens stab om han kunne være prosjektleder. Han takket ja til det, og satte i gang arbeidet. «Det har vært et eventyr, hvordan det har utviklet seg» sier han. Om oppstarten i ideutviklingsfasen forteller den daværende innovative prosjektlederen i Trondheim følgende:

Prosjektbeskrivelsen lå der, og jeg tegnet et stort kart med prosjektet/meg i midten, og hvem jeg skulle snakke med rundt. Jeg begynte å snakke med folk, og det ble bygd et lite team av positive folk.

En ildsjel må ha med seg flere aktører, og det var særlig koblingen mellom Nav lokalt og prosjektleder som satte fortgang i prosjektet. Representanten fra Nav beskriver det slik:

Det viste seg snart at mennene ikke bare ville inn i åtte ukers praksis, men at de var sultne på mer. Både prosjektleder og jeg skjønnte at vi måtte gjøre mer ut av det. Dette måtte vi kunne kjøre gjennom AMO kursene. I mange år hadde vi kjørt helsefagarbeiderkurs, men vi hadde aldri tenkt å gjøre en avtale med kommunen om lærlingplasser etterpå ... Jeg hadde folk som ville omskoleres og virkemidler som jeg mente vi utnyttet for dårlig, og han hadde lyst på å ta med videre de mennene som var sultne på mer. Det var sånn det startet.

Som det kommer frem av sitatene, var samarbeidet mellom relevante positive aktører avgjørende for at Menn i helse ble etablert. Prosjektlederen legger vekt på at han visste hvem han skulle snakke med. Dette understreker betydningen av å ha ildsjeler eller positive medspillere som innehar egenskaper som mot og stå på vilje. Informanten fra Nav forteller videre:

Vi var to stykker med bein i nesa, og vi var helt avhengige av hverandre ... Ja, jeg tror det har noe med hvem vi er. Hvis det hadde vært en annen som satt i min stilling den gangen, så hadde de ikke turt å gjøre dette. En annen hadde gitt seg ved første motstand, fordi det er så skummelt. Det krever mot. Det krever mot den dag i dag.

Det kom etter hvert flere samarbeidsaktører med i prosjektet i Trondheim, og etableringen av Menn i helse kan forstås som et resultat av en samarbeidsdrevet innovasjonsprosess. Samarbeidet mellom flere aktører var avgjørende for å få prosjektet opp og i gang, og det er nettopp det produktive og kreative i møtet mellom forskjellige aktører fra ulike profesjoner, organisasjoner og sektorer som er kjennetegnet ved en samarbeidsdrevet innovasjonsprosess (Torfing, Sørensen og Aagaard, 2014). Uten at det ikke betyr at ildsjelder og motivatorer har betydning for prosessen.

I denne typen prosesser er en forståelse av at ett bredt samarbeid med relevante og berørte parter, styrker og forbedrer de ulike fasene i en innovasjonsprosess. Samarbeidsdrevne innovasjonsprosesser kan deles inn i fire faser. Den første fasen, ideutviklingsfasen, viser til at ulike aktører drøfter forskjellige ideer, og at deres ulike erfaringer spiller sammen og utfordrer vanetekningen hos hverandre. Den andre fasen, ideutvelgelsesfasen, er preget av at aktørene fra flere ståsteder kommer sammen og vurderer fordeler og risiko ved innovasjonen i utvelgelsen av hvilken løsning eller modell som skal implementeres. I hvor stor grad de ulike aktørene bidrar i hver av de to fasene, kan variere. Det ligger imidlertid noen barrierer i samarbeidet.

Disse kan særlig vise seg i den tredje fasen, implementeringsfasen. Barriere som trekkes frem er byråkratisk organisering med hierarkisk kontroll, intensiv lov- og regelstyring og vekt på stabilitet og forutsigbarhet. En slik organisering kan bidra til å skape norm- og identitetsmessige barrierer eller interessenmotsetninger. På hvilket tidspunkt samarbeidspartnerne trekkes inn i prosessen, kan også være en hindring, for eksempel ved at de aktørene som skal stå for implementering og spredning ikke har vært med fra starten av innovasjonsprosessen (Torfing, Sørensen & Aagaard, 2014). Dette er barrierer som vi har identifisert i Menn i helse-prosjektet, i overgangen fra et lokalt til et nasjonalt prosjekt. Når det nasjonale prosjektet skal implementeres og spres til nye kontekster og gjøres nasjonalt, må en del beslutninger løftes ut fra den lokale og regionale konteksten og opp på et nasjonalt nivå. Dette for å sikre at de regionale og lokale forpliktelsene i prosjektet skal kunne gjennomføres. Forankringen av Menn i helse nasjonalt er avgjørende i så måte.

4.2 Kompleks organisering

Prosjektet Menn i helse er forankret innenfor helse - og omsorgssektoren i politiske styringsdokumenter og gjennom tilskudd fra Helsedirektoratet. Når det gjelder forankring i andre relevante sektorer enn helse- og omsorgssektoren, er denne svakere. En informant

fra Nav fylke fremhever at det var viktig for dem at Arbeids- og velferdsdirektoratet ble mer involvert i prosjektet:

Et prosjekt legitimerer mye med en stortingsmelding, men det spiller ikke så stor rolle for oss hvor det er forankret. Vi går inn i et ferdig konsept med lite mulighet. Ramma som ligger der, ligger der, enten kjøper du modellen, eller du må du si nei. (...) Om det er et rekrutterings- og sysselsetningstiltak, bør arbeidsministeren være med.

Utfordringene knyttet til det opplevde handlingsrommet følger av hvor prosjektet er eller ikke er forankret. Arbeids- og velferdsdirektoratet har imidlertid i løpet av evalueringsperioden tatt en tydeligere rolle i prosjektet. De gikk fra en observatørrolle til å bli medlem av styringsgruppa for det nasjonale prosjektet Menn i helse. Styringsgruppa består videre av styreleder og medlemmer fra KS og Helsedirektoratet. Arbeids- og velferdsdirektoratet har etter hvert gitt flere utspill og signaler til Nav om betydningen av Menn i helse. Dette har prosjektledelsen opplevd som positivt. De ser likevel at det er utfordrende for nye kommuner og fylker å se Menn i helse som et sysselsettingstiltak i Nav.

Utdanningsdirektoratet har ikke anerkjent Menn i helse-prosjektet som en utdanningsmodell. Dette er utfordrende for utdanningsavdelingene i fylkeskommunene. En informant fra en fylkeskommune er inne på betydningen av forankring:

Helsedirektoratet gir penger til et prosjekt som Utdanningsdirektoratet ikke har godkjent. Det hadde vært naturlig om de forskjellige direktoratene hadde snakket sammen. Det burde vært godkjenning fra Utdanningsdirektoratet på modellen, så hadde det vært lettere for fylkeskommunen å forholde seg til det.

Den manglende forankringen til dels innenfor arbeids- og velferdssektoren og særlig innen utdanningssektoren er et område prosjektledelsen i det nasjonale prosjektet Menn i helse ser behov for å jobbe videre med.

Det sees som et positivt politisk signal for det videre arbeidet med Menn i helse, at Kunnskapsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet i 2015 sammen sto bak Meld. St. 16 (2015-2016) *Fra utenforskap til ny sjanse. Samordnet innsats for voksnes læring* (Kunnskapsdepartementet, 2015). Hovedprinsippene om individorienterte og fleksible løsninger tilpasset voksne, samt tverrsektorielt samarbeid ligger her til grunn for målet om en mer helhetlig politikk. Menn i helse er ikke nevnt som et tiltak i denne meldingen, men kunne gjerne vært det, siden prosjektet jobber innenfor begge de to hovedprinsippene ved både å legge til rette for tilpasset opplæring for voksne i et komprimert utdanningsløp og for et tverrsektorielt samarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner og Nav.

Videre har prosjektet et nasjonalt team som i løpet av evalueringsperioden har bestått av fire- fem personer. Prosjektleder som er ansatt i KS, har det administrative ansvaret. Videre er den en faglig ressurs som er frikjøpt i 100 % stilling fra Trondheim kommune. I tillegg er to- tre medarbeidere ansatt i KS på prosjekt eller frikjøpt fra sine arbeidsgivere, for å jobbe i Menn i helse. De jobber 50 prosent i nasjonalt team, og 50 eller 40 prosent som fylkeskoordinatorer. Til sammen utgjør nasjonalt team 2,5-3 årsverk. Nasjonalt team har som oppgaver å etablere Menn i helse i nye geografiske områder og rekruttere og lære opp fylkeskoordinatorer. Videre skal de kvalitetssikre prosjektarbeidet og videreutvikle Menn i helse. Nasjonalt team har månedlige møter, både for å kvalitetssikre det pågående arbeidet og for å videreutvikle prosjektet. Den nasjonale styringsgruppa møtes fire til seks ganger i året og det er nasjonalt team som koordinerer dette. Nasjonalt team gjennomfører også fire til seks samlinger per år for det nasjonale nettverket for fylkeskoordinatorer. Dette er en viktig arena for erfaringsdeling og for å drive prosjektet fremover. I tillegg har teamet ukentlig oppfølging av fylkeskoordinatorer.

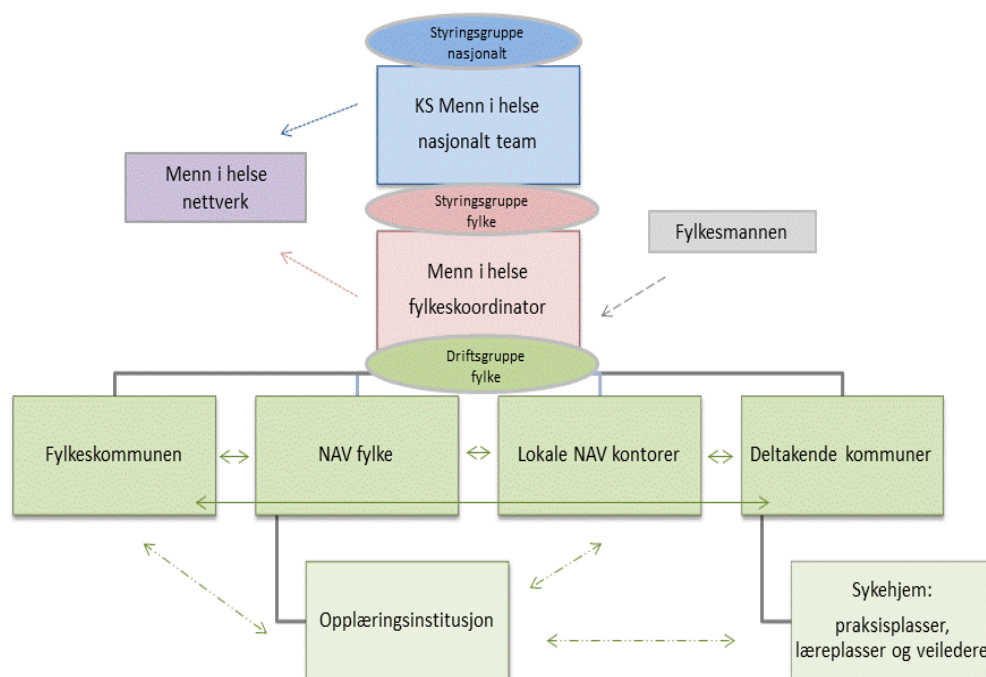
Det er en fylkeskoordinator i hvert fylke som er ansatt i en av de deltakende kommunene. Koordinatoren er bindeleddet mellom den nasjonale og det regionale og lokale nivået som består av aktørene fylkesmannen, fylkeskommunen, Nav fylke, Nav lokalkontorer i deltakende kommuner, deltakende kommuner og dets helse- og omsorgsinstitusjoner. I tillegg kjøper Nav fylke tjenester av en offentlig eller privat opplæringsinstitusjon/enhet. I samarbeidsavtalen som er utarbeidet av nasjonalt team, er det listet opp hvilke oppgaver den enkelte aktør har i samarbeidet. Her gjør vi kort rede for hovedoppgavene aktørene har i samarbeidet:

- Fylkesmannen er en viktig døråpner for prosjektet og bevilger skjønnsmidler etter søknad fra vertskommunen i fylket. Midlene er knyttet til fylkeskoordinatoren og lokal drift.
- Fylkeskoordinatoren gjennomfører intervjuer og arrangerer samlinger med helserekruттene, leder styringsgruppen og driftsgruppen i fylket og har det daglige oppfølgings- og koordineringsansvaret.
- Fylkeskommunen forplikter seg til å godkjenne den regionale utdanningsmodellen og til å bistå i realkompetansevurderingene av helserekruттene.
- NAV fylke forplikter seg til å kjøpe inn kvalifiserende kurs Vg1 helse- og oppvekstfag og Vg2 helsearbeiderfag (AMO-kurs).
- NAV lokalkontorene forplikter seg til å rekruttere helserekruттer og avklare ytelser for opplæringsperioden.
- Kommunene forplikter seg til å stille med praksisplasser, sommerjobber, lærlingplasser og veiledere.

Det varierer hvilke avdelinger som fylkeskoordinatorer og Menn i helse har kontakt med innenfor de institusjonene som er med. Det er en styringsgruppe i hvert fylke, og det varierer noe hvem som sitter i de fylkesvise gruppene. Noen fylker har også hatt en

driftsgruppe. Hvordan organiseringen er, og hvilke samhandlingsrelasjoner som finnes, er forsøkt illustrert i samhandlingskartet under. Samhandlingskartet viser hvilke aktører som deltar i Menn i helse, og hvilke samhandlingsrelasjoner som eksisterer. De ulike pilene indikerer hvem som samhandler med hvem.

Figur 1: Samhandlingskart Menn i helse



Fra nasjonalt team og fylkeskoordinatorerne går det en prikket linje som viser at nasjonalt team og fylkeskoordinatorerne møtes på en felles arena, Menn i helse nettverk. Møteplassen er organisert som en workshop, og medlemmene møtes ca. hver 8 uke. Fra fylkesmannen til fylkeskoordinatoren går det en grå linje som indikerer at fylkesmannen finansierer fylkeskoordinatorstillingen i sitt fylke. De grønne pilene mellom samarbeidsaktørene illustrerer, hvor det er dialog mellom samarbeidsaktørene. De tette linjene viser til dialog om overordnede problemstillinger, slik som tolkning av retningslinjer og lover og prioriterte innsatsområder, mens de stiplede grønne linjene peker mer på den direkte oppfølgingen av helserekruттene, slik som å gjennomføre realkompetansevurderinger, skrive lærekontrakter, følge opp av saksbehandler i Nav osv. Det varierer mellom fylkene, hvorvidt Nav fylke kjøper tjenester fra en offentlig eller privat opplæringsinstitusjon.

Samhandlingskartet viser at Menn i helse har en kompleks prosjektorganisering. Det er mange aktører som er delaktige, og alle har like stor betydning for hvorvidt prosjektet kan gjennomføres i deltakende fylker. Det følger en kjedereaksjon av den enkelte aktørs beslutninger. Dersom en aktør bestemmer seg for ikke å delta, kan ikke prosjektet gjennomføres i det aktuelle fylket. Det er med andre ord en vesentlig sårbarhet knyttet til hvert av leddene på det regionale nivået. Risikoen er blant annet knyttet til hvorvidt fylkeskommunen godkjenner helserekruddenes praksis, eller til hvorvidt Nav fylke ikke vil kjøpe AMO-kurs. Det er også risiko knyttet til om Navs lokalkontorer rekrutterer mange nok kvalifiserte kandidater, eller om og hvor mange praksisplasser, sommerjobber og lære plasser kommunene stiller med.

4.2.1 Utfordringer angående organiseringen av Menn i helse

Som en del av følgevalueringen ble det arrangert to utviklingsverksteder, hvor det første hadde organisering og samhandling i Menn i helse som hovedtema. Intensjonen var å invitere aktørene i prosjektet til erfaringsutveksling med det formål å justere og videreutvikle Menn i helse. Dette ble gjort ved bruk av dialog og gruppearbeid, dels med representanter fra samme tjenesteområde på tvers av fylkene, dels med representanter på tvers av tjenesteområdene og på tvers av fylkene. I det første gruppearbeidet var oppgavene å diskutere de største utfordringene og gevinstene ved organiseringen av Menn i helse- modellen og foreslå løsninger på disse. Hensikten med gruppearbeidet var å bli kjent med hverandres praksis angående arbeidet med Menn i helse. Gruppene var satt sammen av representanter fra samme tjenesteområde, men på tvers av fylkene.

For gruppen som bestod av aktører innenfor tjenesteområdet Nav fylke, var utfordringen først og fremst hvem som skulle være målgruppen for prosjektet. Det var enighet om at det beste var en heterogen gruppe med deltakere fra flere innsatsgrupper. I tillegg anbefalte de at de økonomiske ytelsene burde gå gjennom hele opplæringstida, at Menn i helse modellen burde følge med en veksling mellom teori og praksis og at opplæringa burde kjøres som AMO kurs med fellesfagene i lærlingetida.

Deltakerne i gruppene som omfattet ansatte fra sykehjemmene, trakk frem utfordringen som de hadde både med å fylle sommerjobbene, og at deltakerne fra Menn i helse klarte å fullføre en sommerjobb. I verste fall kunne det resultere i at avdelingen stod uten sommervikar, og sett fra et arbeidsgiverperspektiv kunne dette medføre store kostnader. Løsningen kunne være at helserekruddenes begynte tidligere, dvs. ikke til påske, men fire uker før. På den måten fikk man mer tid til enten å luke ut eller å sette i gang tiltak for dem det måtte gjelde. En annen utfordring var å rekruttere helserekruddenes med de riktige verdiene. De foreslo at Nav gjorde en bedre jobb i forkant og stoppet de som ikke passet inn, før de kom til selve rekrutteringen. Gode norskkunnskaper var viktig, og de hadde ingen tro på at en helserekrudd med dårlige norskkunnskaper kunne klare utdanningsløpet. Gevinstene var at de fikk vikarer med god opplæring, at det kom inn flere menn i et

kvinnedominert yrke, at det var positivt for kvinner å veilede menn, og at det var bra for beboerne av begge kjønn. Suksessfaktoren i Menn i helseprosjektet var fylkeskoordinatoren som kunne kontaktes når det dukket opp problemer. De var enige i at fylkeskoordinatoren kunne brukes enda bedre.

De som var i gruppen for opplæring, påpekte at utfordringen først og fremst var knyttet til at det var flere regelverk å forholde seg til. Det gjaldt både opplæringsloven for skoledelen og Nav sitt regelverk. Den største bøygen var at det ikke fantes en nasjonal godkjenning på opplæringen i prosjektet. Språkkunnskap ble nevnt som en utfordring, og heller ikke de hadde tro på at norskopplæringen skulle kunne skje parallelt underveis i utdanningsløpet. For øvrig så de utfordringer med vekselløpet med teori og praksis som innebar en viss oppstyking, og som krever at aktørene har et tett samarbeid. Det skaper et behov for samarbeidsarenaer mellom aktørene. Fellesfagene var også ei utfordring, hvor man inntil videre må finne lokale løsninger. I Nord-Trøndelag hadde de kjøpt tjenester for å dekke alle fagene, mens det i Trondheim var fylkeskommunen som var samarbeidspartner.

Deltakerne i kommunegruppa var opptatt av at det var ulik praksis og ulik tolkning av lover og regler, samt at kommunene er forskjellige. Det skal de jo også være, som en av dem sa. Derfor er det også viktig å se på de overordnede føringene og finne ut hvor frihetsgraden til kommunene ligger. Samtidig etterlyste de en mer forpliktende avtale mellom kommuner, fylkeskommunen, NAV og de øvrige aktørene. Imidlertid trakk de frem at prosjektet møtte en positiv respons i kommunen, og at det var en stor vilje til å ta imot lærlinger. Gevinsten var at man fikk utviklet gode veiledere, og det ble vist til Kristiansand, der man hadde et eget veilederkorps som både veiledet studenter og lærlinger. Andre gevinster var at menn var viktige for arbeidsmiljøet og heltidskulturen. Dette gjaldt særskilt godt voksne menn, slik som deltakerne i Menn i helse.

Den siste gruppen omfattet alle fylkeskoordinatorene som påpekte at alle de utfordringene som var tatt opp i de ulike gruppene, var de samme utfordringene som de selv stod overfor hver dag. De befant seg, som en av dem sa, midt i orkanens øye. Det som de først og fremst ønsket å jobbe med videre, var å sørge for at alle aktørene hadde samme målsetting. For øvrig var de opptatt av at det burde rekrutteres menn fra flere innsatsgrupper i NAV, og at det måtte være god kvalitet på helserekruittene. Menn i helse-prosjektet er avhengig av å ha et godt utgangspunkt å jobbe med for å få gode helsefagarbeidere.

4.3 Krevende samhandling

Som vi har sett i uttalelsene til deltakerne i utviklingsverkstedet, fantes det gjennomgående en positiv innstilling til prosjektet Menn i helse blant alle aktørene. Nasjonalt team fremstår som entusiastiske, og som sterke pådrivere for arbeidet. Aktører i alle fylkene erfarer at det

er et viktig prosjekt som kan løse utfordringer i de ulike sektorene. Det forutsetter imidlertid et krevende, men nødvendig samarbeid. Det kommer frem i disse sitatene.

Det er mange som skal samarbeide for å få det til. Det er første gangen man rigger et samarbeid om et kull, og jeg håper det fortsetter nå som de har gjort seg noen erfaringer.

Det er moro å jobbe sammen med så mange for å få det til. Alle vil, men har ulike interesser. Håper det fortsetter!

Det som er komplisert, er at etatene må samarbeide på tvers, men framtida tilsier at vi er nødt til å gjøre mer av det. Vi kan ikke lenger sitter på hver vår tue, da får vi ikke resultater. Vi må få folk ut i jobb eller kvalifisering, og ved kvalifisering er det nødt til å være et samarbeid.

Utfordringene i prosjektet handler som vi ser av sitatene, om måten som prosjektet er organisert på med mange gjensidig avhengige aktører med ulike oppgaver, interesser og prioriteringer. Det handler også om hvordan prosjektet profileres utad.

Fylkeskommunen opplever det som utfordrende at prosjektet lover et komprimert utdanningsløp, når det i realiteten innebærer et lengre løp for mange av kandidatene som mangler fellesfag eller ikke kan få godskrevet all praksis. Det må derfor gjøres individuelle vurderinger av kandidatenes realkompetanse, og opplæringstida forlenges avhengig av hva hver helserekrutt mangler.

For Nav fylke er det utfordringer knyttet til hvilke av deres brukere som kan få et slikt tilbud. I noen fylker problematiseres det at dette er et kostbart tiltak, og at denne type tiltak skal tilbys brukere som står lengst unna arbeidslivet. Samtidig erfarer lokalkontorene i Nav at det ikke er lett å finne egnede kandidater i disse gruppene pga. brukernes sammensatte livssituasjon og -historie. Menn i helse er en krevende utdanningsmodell og forutsetter forholdsvis god psykisk og fysisk helse og gode språk-, lese- og skriveferdigheter. Det tar tid å finne disse kandidatene og å informere og motivere dem for et slikt utdanningsløp.

I kommunene har utfordringene vært knyttet til at de setter av et bestemt antall sommerjobber til Menn i helse, men erfarer at rekrutteringen og frafallet under opplæringen av helserekrutter er noe større enn forventet. Det medfører dermed at de ikke får det antallet som de har behov for.

Utfordringene som de ulike aktørene erfarer, gjør det vanskelig for noen å forplikte seg til å delta i prosjektet, fordi de opplever at de befinner seg i en gråsoner med hensyn til hva de mener de kan være med på. Det gjaldt for eksempel i Hedmark, hvor Nav Hedmark opplevde at de ikke kunne forsvare kjøp av AMO-kurs til det andre kullet, fordi de ikke hadde nok deltakere. De mener at de er bundet av Navs prioriteringer angående innsatsgrupper som kan motta et langvarig (10 måneder) opplæringstiltak, som gjør at de ikke kan rekruttere bredere for å få flere deltakere.

Flere av aktørene erfarer at forventningene til hva de skal bidra med ikke finnes innenfor det handlingsrommet de har. Imidlertid ser vi også at det opplevde handlingsrommet varierer mellom fylkene. Det viser seg for eksempel at fylkeskommunene tolker opplæringsloven forskjellig, og at Navs fylkesledd forstår forskriftene som de følger, ulikt. Det er også ulikheter med hensyn til hvordan kommunene organiserer og finansierer de tiltenkte læreplassene. Forståelsen av handlingsrommet som aktørene kan handle innenfor, er knyttet både til nasjonale og lokale forhold, slik som en av informantene sier det:

Noe må løses nasjonalt og noe lokalt, og ellers må vi bruke det handlingsrommet vi har.

Hvorvidt handlingsrommet oppleves som bredt eller snevert handler blant annet om etableringen av Menn i helse, forankringen av Menn i helse nasjonalt og spredningen av Menn i helse. Vi skal se at mye av det samme som ble sagt intervjuene om samarbeidet i prosjektet, også ble tatt opp av deltakerne på utviklingsverkstedet.

4.3.1 utfordringer angående samhandlingen i Menn i helse

I det andre gruppearbeidet på det første utviklingsverkstedet var oppgaven å diskutere de største utfordringene og gevinstene vedrørende samhandlingen mellom tjenesteområdene. Videre å komme frem til forslag til løsninger på utfordringene. Gruppene var satt sammen med representanter på tvers av tjenesteområdene og på tvers av fylkene.

Den første gruppa fant at suksesskriteriet for en vellykket samhandling var at fylkeskoordinator fungerte optimalt. Løsningen var å ha et samarbeidsforum på plass tidlig i forløpet. Her ble det påpekt at det var særlig viktig at Nav er med fordi dette samarbeidet ofte kommer i gang for sent. Det andre var å ha månedlige møter mellom Nav-representanten, fylkeskoordinator og en fra kommunene for å få diskutert skolesituasjonen og praksisopplæringen så tidlig som mulig. Det siste forslaget handlet om å utvikle intervjuene med de potensielle helserekruttene sammen med Nav. Nav har et mer kritisk blick på mennene, både før de kommer til intervju og også underveis i intervjurundene som er viktig å ha.

Den andre gruppa tok opp utfordringen med opplæring i grisgrendte kommuner med lange avstander, hvor deltakere i verste fall kunne ende opp med en reisevei på flere timer. Her var noe av løsningen at tilbyder kom med tilbud om e-læring og en bedre toveiskommunikasjon. De la også vekt på at skolen bør samarbeide tettere med praksisstedet, særlig med utveksling av informasjon. Det var spesielt viktig at utdanningsinstitusjonen drar ut og veileder i praksisperioden for å sikre at utdanning og praksis går hand i hand.

I den tredje gruppa ble det underveis i diskusjonen tydelig at ikke all informasjon nådde ut til alle aktørene, og at noen av deltakerne fra sykehjemmene kun hadde samarbeidet med

fylkeskoordinator. De visste om modellen med driftsgruppe, men ikke at den eksisterte, og derfor ble dette det største fokuset i denne gruppa. Gruppens forslag var å styrke informasjonen rundt alle deler av prosjektet og rent konkret sørge for at referater fra samarbeidsmøtene nådde helt ut til sykehjemmene.

Deltakerne i den neste gruppen var enige om at deres felles målsetning var den gode helsefagarbeideren, og derfor må alle aktørene i utdanningsløpet samarbeide godt og vite hvem som gjør hva. Det er mange overganger i utdanningsløpet som er sårbare for flere av aktørene, og alle må ha samme mål og stille samme krav til helserekruттene. De så også på det som en kvalitetssikring at det var et såpass langt utdanningsløp med mange aktører som hadde mye å bidra med. I tillegg trakk de frem veileders rolle og behovet for å tydeliggjøre den viktige oppgaven som veileder har. Veileder er en nøkkelperson, og vi må løfte denne fanen veldig høyt, sa en av dem. Forøvrig viste de til Drammen som har en modell hvor de har utarbeidet et skjema som kartlegger økonomien til rekruttene i hele forløpet. Det er viktig å se på økonomien i alle overgangene, og at deltakeren selv har kontakt med Nav, slik at ikke fagansvarlig får dette ansvaret.

Den femte gruppa var også opptatt av overgangen mellom skole og Nav og understreket at det er viktig at skolen har tilgang til saksbehandler i Nav. Videre var det viktig at alle aktørene er med fra første møte i driftsgruppa for å avklare roller og forventninger. Ikke minst må det avsettes midler til læreplasser, slik at de er tilgjengelige, når lærlingene kommer. Det har vist seg at kommuner sier ja til lærlinger, men at de ikke har satt av midler til dette. Det bør derfor finnes en sentral pott med midler til dette. Også her ble veileders rolle trukket frem som viktig. Samtidig ble det påpekt at det kan være en utfordring å følge opp lærlingene når de er i praksis i et par dager og deretter på skolen.

Den siste gruppa pekte også på at de ikke klart nok så hverandres roller, og at det å bli kjent med hverandre var hovedutfordringen. Det gikk greit med samhandlingen i kommunene og med fylkeskoordinator, men ikke alltid med fylkeskommunen og de øvrige aktørene. Videre var det viktig å ta tak i utfordringene rundt fellesfagene på grunn av manglende kontinuitet, når deltakerne ble mye borte. Gevinstene som deltakerne så, var at de fikk dyktige helsefagarbeidere, at de flyttet folk fra å være trygdemottakere til å bli bidragsyttere. Videre at de trengte menn som kan støtte andre menn på institusjon slik at personellet bedre matcher brukergruppene. Helt til slutt etterlyste de en samarbeidsarena, hvor de kunne møtes og bli kjent med hverandres mandat og få et felles eierskap til prosjektet.

På slutten av utviklingsverkstedet ble deltakerne delt inn i fylkesvise grupper for å definere forbedringer og veien videre i sitt eget fylke, når det gjaldt organisering og samhandling i Menn i helse prosjektet. Oppgaven som de fikk, var å drøfte hvordan innspillene som de hadde fått i løpet av dagen, kunne jobbes videre med i eget fylke, samt å lage en ansvars- og fremdriftsplan for det videre arbeidet fremover.

For de av fylkene som var i oppstartsfasen, var hovedoppgaven å få på plass en fylkeskoordinator og en styringsgruppe, samt en kjøreplan som var kjent for alle de aktuelle aktørene. Andre ønsket å avholde et kick off møte for å sette agendaen for det kommende året, å bruke samhandlingskartet til å sette navn og adresse på alle aktørene og å lage et nyhetsbrev til alle som arbeider med prosjektet for å skape tilhørighet til det. For øvrig stod milepælsplan og kjøreplan på agendaen i flere av fylkene. Av mer spesifikke tiltak ble foreslått å sette ned en egen gruppe som kan ta imot lærlinger og å utvikle veilederdagen eller veiledersamlingen med fokus på utfordringene til veilederne. De som så på fellesfagene som en utfordring, var spesielt opptatte av en komprimert organisering ved for eksempel bruk av hurtigkurs om sommeren i noen av fagene.

Sett under ett, var det et stort engasjement i gruppene for å jobbe mot deres felles målsetting som er den gode helsefagarbeider. Mye av samarbeidet er rettet mot fylkeskoordinator og i mindre grad mot de øvrige aktørene i fylket. For øvrig viste det seg at utviklingsverkstedet i seg selv ble en viktig arena for samhandling, hvor aktørene ble kjent med hverandre og klar over hverandres roller. Det er med andre ord et stort behov for å informere alle de involverte partene om hvem som er deltakere og å dele kontaktinformasjon med hverandre. I så måte ble samhandlingskartet sett på som nyttig. Samtidig er det viktig å informere hverandre om hva som skjer i prosjektet til enhver tid. Diskusjonene viste at det var store variasjoner mellom fylkene med hensyn til hvor langt de var kommet i prosjektet, og hvilke typer utfordringer de hadde. Det er derfor viktig for hvert enkelt fylke å finne ut hvor utfordringene ligger. Om det er i forholdet til fylkeskommunen, Nav fylke, Nav lokalt, kommunene eller læringsinstitusjonene, og hva dette handler om, som for eksempel lover/ forskrifter, forankring eller organisering.

I følgeevalueringen har vi hatt et tilbakeskuende blikk i dokumenteringen av erfaringene blant aktørene i det nasjonale prosjektet. Det betyr at erfaringene som ble løftet frem på det første utviklingsverkstedet, kan være andre i dag. Nasjonalt team har etter første fase arbeidet videre med innspillene og det har medført endringer. Det gjelder for eksempel knyttet til vurdering og godkjenning av deltakernes praksis, og bemanning av sommerjobber.

«... hadde jeg visst hvor interessant dette yrket er, så hadde jeg gjort det for mange år siden».

ØF rapport 07/2018

5 MENN I HELSE I PRAKSISFELTET

I fase to har vi fokus på erfaringer fra praksisfeltet, og hvordan erfaringene kan benyttes for å justere, forbedre og utvikle Menn i helse ytterligere. Data er samlet inn i to fylker, hvor vi intervjuet læringer i Menn i helse, veiledere ved læreplassene og avdelingsledere i kommunene om veien inn Menn i helse prosjektet, skolesituasjonen og praksis ute på arbeidsplassen. Vi fokuserte også på aktørenes refleksjoner rundt deltakelsen i prosjektet. Kapitlet avsluttes med mennenes egne refleksjoner om deres framtid som helsefagarbeidere. I tillegg har vi tatt med innspill fra det andre utviklingsverkstedet angående veiledningen av deltakerne i Menn i helse.

5.1 Veien inn i Menn i helse

I dette delkapitlet ser vi nærmere på hva rekrutteringsmaterialet for Menn i helse prosjektet vektlegger, og hvilken informasjon mennene får om prosjektet. Deretter fokuserer vi på hvordan utvelgelsen av mennene foregår, og hvordan de opplever de første tre månedene som helserekrutt.

5.1.1 Rekrutteringsmaterieil

Det er utarbeidet en mengde rekrutterings- og informasjonsmaterieil om Menn i helse, særlig i forbindelse med oppstarten av Menn i helse prosjektet i Trondheim. Dette er brosjyrer, presentasjoner og film, samt klær og utstyr som bærer Menn i helse-logoen. I tillegg har Menn i helse har fått innpass i media en rekke ganger, bl.a. med store avis- og tv-reportasjer.

I de første brosjyrene og presentasjonene var slagordet: «Er du mann nok til en jobb i helsesektoren?» Rekrutteringsmaterieil fra denne tiden viser bilder og situasjoner, hvor det spilles på «hegemonisk maskulinitet», som viser til den enhver tid dominante maskuliniteten. Dette er ikke en statisk form for maskulinitet, men noe som kan endres over tid, og som varierer mellom kulturer (Conell, 1995). Denne formen for maskulinitet er en overordnet mal eller norm og ikke nødvendigvis den typen maskulinitet som flest menn har eller gjør. Den fremstår som et ideal i en gitt tid og på et gitt sted, for eksempel at du som mann er fysisk sterk og risikovillig. Andre eksempler som faller inn under denne formen for rekrutteringsmaterieil, er «Virkelige menn velger sykepleie» (Cottingham, 2014). En fare ved denne type rekrutteringsstrategier er at man bygger opp under og

forsterker stereotypiene om hva menn er og kan gjøre. Disse strategiene bidrar ikke til å åpne opp manssrollen, men heller snevre den inn.

Slagordet i Menn i helse er fortsatt «Er du mann nok til en jobb innen helse?», men i dag er innholdet i rekrutteringsmateriellet ikke knyttet til den dominerende maskuliniteten, men snarere til utradisjonelle valg. Fokuset nå er om du som «mann» tør ta utradisjonelle valg og forholde deg til mennesker i sårbare situasjoner og vise omsorg. De nyeste rekrutteringsfilmene «Mitt nye valg» og «Bakom skyene» fokuserer på menns nye liv etter at de gikk over til helsesektoren. Filmene er innom hvilken mening jobben har for mennene, og hva mennene bidrar med overfor enkeltmennesker. «Bakom skyene» gir også et innblikk i variasjonen i arbeidsoppgaver og brukergrupper som helsefagarbeidere kan jobbe med. Internasjonal forskning viser en endring mot å avkjønne sykepleie og helsearbeid til å fokusere mer på motivasjonen for yrket som for eksempel «å gjøre en forskjell» eller ha et yrke «med mening» (Cottingham, 2014).

I det nyeste informasjonsmaterialet er det reelle helserekutterer fra Menn i helse som er i hovedrollene. Disse fremstår som gode rollemodeller for helsefagarbeideryrket. Dette er et viktig grep for å bryte myter og barrierer knyttet til menn som velger sykepleie eller helsearbeid. Tidligere forskning viser at menn som velger utradisjonelt risikerer å møte stereotypiske holdninger. Holdningene kan være knyttet til seksualitet, som at de er homofile, eller til kjønnsuttrykk som at de er feminine, eller til kompetanse ved at de ikke er intelligente eller ambisiøse nok til en medisinsk karriere (Cottingham, 2014; Meadus, 2000). I tillegg ser vi at rekrutteringen til Menn i helse økte merkbart etter hvert som mer informasjonen om prosjektet kom ut i ulike medier, dels via mer målrettet rekrutteringsmateriellet, dels ved et tettere samarbeid med Nav (Gjertsen & Olsen, 2012).

Rekrutteringsstrategiene i helse- og omsorgssektoren har stor betydning for hvem som søker og ønsker seg til helsefagarbeideryrket. For å rekruttere de mest relevante og de best egnede mennene til Menn i helse er det viktig med kunnskap både om hvorfor menn velger yrker i helsesektoren og om deres erfaringer. Denne kunnskapen erverves til dels i dette prosjektet, og den er viktig for å identifisere de rette rekrutteringsstrategiene for Menn i helse fremover.

5.1.2 Informasjon om Menn i helse-prosjektet

Mennene som vi intervjuet var registrerte eller hadde henvendt seg til Nav fordi de var arbeidsledige eller sykemeldte og ikke kunne gå tilbake til sine tidligere jobber. Flere av dem hadde bakgrunn fra tradisjonelle mannsdominerte yrker og deres kjennskap til helsevesenet var i utgangspunktet «lik null», som en av dem sa. Ideen om å prøve seg i Menn i helse-prosjektet kom dels fra dem selv, dels fra andre i familien, og dels fra kontaktpersonene i Nav. De hadde vært arbeidsledige fra et par dager til flere år, og de

hadde det til felles at de var svært motiverte og så på tilbudet som en unik sjanse til å prøve noe nytt og få seg en utdanning.

Flere opplevde at det var nokså tilfeldig at de fant informasjonen om Menn i helse. En hadde hørt om det fra svigermor som hadde lest om prosjektet i avisa, andre hadde selv sett det i avisa eller på tv. En hørte om prosjektet på et felles informasjonsmøte som han var innkalt til som arbeidsledig, og med søknadsfrist kort tid etterpå: «Hadde jeg kommet tre dager senere, så hadde jeg ikke begynt her. Veldig tilfeldig.» En annen så en plakate om Menn i helse da han var innom Nav-kontoret. Han spurte veilederen sin hva dette var og fortalte videre at han måtte mase seg til å få bli med:

Men det var ikke så enkelt å komme inn, for jeg hadde vært sykmeldt bare seks måneder, og jeg måtte være sykmeldt et år, før de skulle gjøre noe. Så jeg måtte mase meg til det, men jeg fikk da være med, og her er jeg.

Andre fikk høre om Menn i helse av veiledere på Nav, hvor det ble presentert som et arbeidsmarkedstiltak for å komme ut i arbeid etter en lengre periode utenfor arbeidslivet. Selv om det opplevdes som noe tilfeldig blant deltakerne, er det nasjonale prosjektet Menn i helse seg svært bevisst hvor de informerer og legger ut brosjyrer, hvor de henger opp plakater, og hvordan de bruker mediedekningen. Målet er å fange opp potensielle helsefagarbeidere, som ikke selv har tenkt på eller vet at dette kan være noe for dem.

Nav er den mest sentrale arenaen for informasjon, og det er også de som har ansvaret for selve rekrutteringen av potensielle kandidater. Dette påpekes også i evalueringsrapporten til Nordlandsforskning (Gjertsen & Olsen, 2010). I vårt datamateriale kan det se ut til at Nav-veilederne i enda større grad kunne informert og oppfordret arbeidsledige menn til å vurdere Menn i helse-prosjektet. Det er imidlertid åpnet noe opp for at det kan rekrutteres fra flere innsatsgrupper i Nav for deltakelse i Menn i helse, og informasjonsarbeidet ut mot Nav-veiledere er styrket. Disse endringene kan ha medført til at en større andel menn får informasjon fra Nav-veiledere i dag enn tidligere.

5.1.3 Utvelgelse av helserekrutter

Mennene som melder sin interesse for deltakelse i Menn i helse, innkalles til intervjuer. Alle fylkene gjennomfører både gruppeintervjuer og individuelle intervjuer. På intervjuene deltar fylkeskoordinator fra Menn i helse, representanter fra arbeidsgiver i kommunen og fagorganisasjoner. Det varierer noe mellom fylkene hvordan intervjuene er organisert. Alle deltakerne i Menn i helse som vi snakket med, opplevde utvelgelsesprosessen som spennende, intens og skummel. En av dem forteller om den første delen av utvelgelsesprosessen slik:

Jeg fikk mange spørsmål jeg ikke hadde vært borte i tidligere. Vi satt i gruppe. Da var det tauleundervisning, eller vi gikk opp en og en og måtte stå fremfor gruppa og tegne opp og forklare. Så ble vi innkalt en og en etterpå. Du følte du måtte gjøre det bra. Det var mange som skulle ut. Det var som en konkurranse, og jeg var spent på om jeg fikk være med. Var nervøs på grunn av det.

Det varierer hvorvidt arbeidsgiver er representert ved at avdelingsledere er med i denne utvelgelsen. Ved en av institusjonene som vi besøkte, fikk de delta i prosessen. Dette fant de svært nyttig og som en form for kvalitetssikring, hvor de også fikk være med å bestemme hvem de ville ha med videre:

Vi er med på det vi. Alle fire årene har vi vært med og foretatt intervjua. Vi plukker ut de vi skal rekruttere selv. Vi vet hvem vi vil ha. Vi foretar intervjua og er med på den presentasjonen. Det er vi som sjekker ut referansene og overleverer innstillingen til fylkeskoordinator. Vi er med i hele den prosessen for å velge ut. Det er fylkeskoordinator som har den endelige beslutningen. Hun har et bredere bilde enn oss. Vi vil ikke være dette foruten.

Intervjuene og presentasjonene er utgangspunktet for utvelgelsen av helserekrutter. Helserekruttene får først prøve seg i tre måneder i helsesektoren, før de endelig velges ut til utdanningsløpet Menn i helse. Dette er også beskrevet av Forsberg & Stav (2014). Helserekruttperioden kan sees på som en prøveperiode eller en hospitering som er en praksisnær læringsform, hvor formålet er at både helserekrutt og arbeidsgiver skal finne ut om helsefagarbeideryrket er egnet for helserekrutten. Dette ser vi nærmere på i neste delkapittel.

5.1.4 Helserekruttperioden

Alle informantene hadde sine tre måneders rekruttperioder på et sykehjem, og de beskrev møtene med sykehjemmet som nytt og fremmed. En sa følgende: «Det var litt av en overgang. Det tok noen uker før jeg følte meg komfortabel», og en annen sa «Ja, jeg hadde en bratt læringskurve, og det var interessant». En tredje informant beskrev sitt møte med sykehjemmet på denne måten:

Det var en søær overgang. Jeg hadde jo ikke vært på sykehjem før ... Ja, det var mitt første møte med et sykehjem. Det var rart. Nye lukter. Det var sikkert en utfordring for mange.

Samtidig oppdaget de at det var hyggelig å jobbe med mennesker. Dette var nytt for flere av dem i og med at de tidligere hadde jobbet mer med maskiner enn med mennesker. En av dem sa det slik:

Det var veldig hyggelig å jobbe med mennesker. Det var jo for pengenes skyld, men det var hyggelig og meningsfylt. Jeg syntes det var trivelig.

Alle deltakerne har en veileder i helserekruttperioden og får såkalt veiledet praksis. Det innebærer at de jobber opp mot kompetansemålene i læreplanen. Det har underveis vært en reduksjon i antall kompetansemål som mennene jobber med i helserekruttperioden, fordi disse viste seg å være for omfattende. Helserekruttene jobber med målene i logger som de leverer til veileder. De som kommer med videre i Menn i helse prosjektet, får godskrevet helserekruttperioden når læretiden skal beregnes.

Det var knyttet en god del spenning til helserekruttperioden fordi det i løpet av perioden ville bli klart hvem som fikk være med videre:

Det var jo litt konkurranse hele tiden. Vi startet vel med 30 og ble 20 til slutt. Det var knyttet spenning til det. Man visste jo ikke hvor man stod.

For mange av mennene var det uvant å bli vurdert hele tiden, og det er derfor viktig med tilbakemelding underveis fra veileder. Deltakerne uttrykte at denne perioden er et «godt grep» som er tatt inn i Menn i helse-modellen. De får innblikk i yrket og får mulighet til å vurdere om dette er noe som passer for dem. I tillegg påpekte de, at når de kom på skolen, så hadde de allerede lært noe og fått en forståelse av hva de skulle utdanne seg til. For mange var det svært lenge siden de sist satt på skolebenken. Det var en styrke å ha med seg kjennskap til konteksten rundt det de skulle lære om. Det gjorde det lettere å starte på det komprimerte utdanningsløpet.

Det var ikke bare mennene som så denne perioden som verdifull. Avdelingslederne så det som en «gavepakke», at de i tre måneder om sommeren hadde helserekrutter på arbeidsplassen. Dette tilførte dem sommervikarer som hadde fått god opplæring, var kjent på arbeidsplassen og jobbet selvstendig. Til sammenligning har andre nye sommervikarer kun tre opplæringsvakter, før det blir forventet at de skal gjøre arbeidsoppgaver alene.

Verdien av helserekruttperioden som fremheves både av helserekruttene selv og av de ansatte på arbeidsplassen, bør med andre ord ikke undervurderes. Også Nordlandsforsknings rapport viser til helserekruttens engasjement for å prøve yrket, og det faktum at en høy andel etter endt helserekruttperiode søker seg videre inn på helsefagarbeiderutdanningen (Gjertsen & Olsen, 2012). Andre suksessfaktorer som trekkes fram i en rapport fra de første kullene i Trondheim, er fellesskapsfølelsen som oppstod blant helserekruttene, og prosjektlederens dynamiske lederegenskaper, samt prosjektets høye forankring i kommunen både politisk og administrativt (Forsmark & Stav, 2012).

5.2 På skolen

Menn i helse prosjektet har lagt opp utdanningsløpet etter en vekslingsmodell som gjennomføres som et AMO-kurs, som Nav finansierer. Modellen innebærer at elevene veksler mellom to læringsarenaer, skole og bedrift, gjennom hele opplæringsløpet. Det

ordinære løpet mot fagarbeider i Norge er 2+2 modellen, hvor elevene først har to år i skole med noen praksisperioder, og deretter er lærling i to år. Det varierer imidlertid, hvor mye vekslings det er i 2+2 modellen rundt om i landet og også mellom yrkesfagene (Andersen, Høst, Nyen, Oldervoll og Tønder, 2016). Når det gjelder helsefagarbeiderutdanningen spesielt, er det i hovedsak to veier inn for voksne. Det er enten skole og lærlingordningen eller praksiskandidatordningen som er basert på fem års ufaglært arbeid (Høst, 2010). Menn i helse er et komprimert utdanningsløp, og deltakerne får både helserekruittperioden, praksisperiodene og sommerjobben godskrevet som en del av læretida. Hvor lenge de er lærlinger, avhenger av om de har fellesfag som de må ta opp igjen, samt tidligere arbeidserfaring. Vi kommer tilbake til deres erfaringer med praksisperioder og læretiden i neste delkapittel. I dette delkapitlet fokuserer vi på deltakernes utgangspunkt for å begynne på skolen og deres erfaringer med skolen og organiseringen av Menn i helse.

5.2.1 Ulike utgangspunkt før skolestart

Blant deltakerne i Menn i helse var det stor variasjon både i alder og tidligere skolebakgrunn. De yngste i de to fylkene som vi besøkte, var rundt 25 år og de eldste godt over 50 år. Det betyr at flere ikke hadde gått på skole på mange tiår og derfor var ukjent med dagens skole. For andre var det ikke så lenge siden de hadde gått på skole, men deres erfaringer fra tidligere skolegang var ikke nødvendigvis positive. Å sette seg på skolebenken igjen var med andre ord en utfordring for mange av deltakerne på ulike måter:

Ja, det var en overgang. Jeg opplevde det som veldig lett. Det var noe helt annet enn det jeg husker fra før. Jeg ser mer på det som et slags kurs - et veldig langt kurs.

Det var jo veldig nytt, så klart det var tungt stoff til å begynne med. Så det var tungt ja, men det har gått. Når du begynner med noe nytt, er det alltid tungt. Det hadde vært det samme hva jeg begynte med.

Nå synes jeg det går veldig greit. Ser slutten på det.

Selv om det kunne være utfordrende å begynne på skolen igjen, var det, ifølge de som vi intervjuet, ikke uoverkommelig. Informantene har variert skolegang og tidsavstanden med hensyn til når de sist gikk på skole, kan være lang. Denne spredningen kan i seg selv være en utfordring for dem som jobber med Menn i helse prosjektet. For mennene betyr det å begynne på skolen igjen en stor overgang, slik det også fremgår av sitatene, men de erfarer også at skolen har forandret seg vesentlig og til det bedre. Dette sammen med vekslingsmodellen gjør overgangen lettere enn først antatt, noe også Langø (2016) påpeker i sin analyse av utdanningsmodellen.

5.2.2 Vekslingsmodell

Alle deltakerne likte vekslingen mellom teori og praksis. En omtalte den som en «gullmåte å lære stoffet på» og føyde til at slik burde det være i den vanlige skolen også. En annen beskrev modellen som genial:

Det var å være på skolen og så ut i praksis og så tilbake. Det var genialt. Da har du noe å henge teorien på, når du kommer på skolen. Hvis du bare har teori som du ikke skjønner sammenhengen av, så er det uten mål og mening.

Praksisen gjør det ikke bare enklere å forstå teorien, men teorien er også viktig for å forbedre praksisen, dvs. å være klar over hvorfor de gjør som de gjør eller burde gjøre:

Det blir å sette teori til praksisen du utfører. Det er fort gjort å gjøre ting og ikke tenke på hvorfor du gjør noe. Du vet det innerst inne.

Denne informanten hevder at teorien bidrar til at du blir bevisst det du gjør i praksis. Dette er viktige refleksjoner som var viktig i skolearbeidet, særlig i logger og oppgaver og i de tverrfaglige eksamenene som de hadde. En annen syntes imidlertid at teoriundervisningen og tilbakemeldingene på hvordan de lå an ikke var like godt organisert sammenlignet med den erfaringen han hadde etter å ha gått opp som privatist i et annet fag:

Vi hadde ikke noe å se til hvordan vi lå an før eksamen, og plutselig blir det eksamen.

Han strøk på en eksamen som han tok opp igjen, men som han sa:

Man vet jo ikke hva man har gjort feil, hvordan man ligger an. Vi kunne kanskje få en karakter, vite hva man må heve seg på.

Lærerne i begge fylkene fikk mye ros. «De er kjempeflinke» ble det sagt, og en utdypet det slik:

Det var kjempebra. De brukte tid og gjorde seg forstått ... Jeg tror vi fikk en god utdanning, for de fleste fikk gode karakterer.

Alle som var i eller hadde gått gjennom utdanningsløpet, var tydelig på at vekslingen mellom skole og praksis bidro til å holde motivasjonen og fremdriften oppe:

Jeg kunne ikke tenkt meg å gå et halvt år med skole før praksis. Det er mye informasjon og godt å komme ut i praksis og gjøre det vi har lært. Det er mye info der også, og da er det godt å komme på skolen igjen. Du får roet ned hodet på ulike måter, hentet deg inn på begge måter. Det likte jeg veldig bra. Det passet meg. Om du går lei, så lærer du ikke så mye heller.

Vi ser her at vekslingen mellom teori og praksis sees på som positiv, og at lærerne og deres tilrettelagte undervisning får gode tilbakemeldinger. Vekselløpet basert på perioder med

teori og praksis gjør skolegangen overkommelig for mennene som har en varierende skolegang bak seg. Witzøe (2016) viser også i sin analyse av utdanningsmodellen til Menn i helse at forholdet mellom praksis og teori er sentral for deltakernes opplevde læringsutbytte. Dette sammen med den tilrettelagte undervisningen bidrar til at mange lykkes med skolegangen sin.

5.2.3 Fellesfag og realkompetansevurdering

Når det gjaldt skolebakgrunnen, hadde noen studiekompetanse og kunne konsentrere seg kun om programfagene for helsefagarbeider, mens andre fikk realkompetansevurdering og måtte ta opp ett eller flere fellesfag. Realkompetanse er den kompetansen den enkelte har opparbeidet gjennom formell opplæring, samt deltakelse i arbeidsliv og samfunnsliv, kurs, bedriftsintern opplæring o.l. (Høst, 2010, Tobiassen & Døving, 2014). Realkompetansen vurderes ut fra aktuelle læreplaner både for fellesfag og programfag. Hvorvidt noen må ta fellesfag eller ikke, påvirker lengden på utdanningsløpet:

Det var en som fikk godkjent alt, og så var det en som tok opp alt og gikk et ekstra år. Resten gikk opp til realkompetansetesten. Det var samfunnsfag, norsk, matte, engelsk og naturfag.

Det ble uttrykt en del misnøye med informasjonen, fordi det ikke var kjent for alle at de måtte ha bestått fellesfagene for å kunne gå opp til fagprøve som helsefagarbeider:

Jeg har tatt opp tre fellesfag. Det fikk vi ikke høre på informasjonsmøtet at vi måtte.

En lærling hadde enda ikke fått klarhet i hvorvidt han måtte ta noen fellesfag, selv nå som han var inne i sine siste måneder som lærling:

I verste fall må jeg ta opp igjen fag, men det synes jeg er rart for ingen spurte om det da jeg tok fagbrev i 95. Det har ikke vært helt på plass. Om det er prosjektet eller fylkeskommunen sin skyld bruker jeg ikke tid på, men det hadde vært fint å ha fått avklart det tidligere.

Når det gjelder informasjon om fellesfag for nye kull, så gis dette i større grad nå enn da våre informanter startet. Blant annet finnes det informasjon om fellesfag og realkompetansevurdering i den nye brosjyren «Veien til fagbrev og gode jobbmuligheter». Viktigheten av god informasjon og god tilrettelegging understøttes av Tobiassen & Døvings (2015) i deres studie fra seks kommuner, hvor også de påpeker at realkompetansevurdering for mange er et trinn på veien til fagbrev og en styrket stilling hos arbeidsgiver, og at tilgang til relevant praksis og oppmuntring fra arbeidsgiver er særlig viktig i denne prosessen.

I vår evaluering har vi sett at flere av deltakerne måtte ta opp igjen fellesfag for å kunne slutføre sin videregående utdanning. Bratsberg, Nyen & Raaum (2016) understreker at det å ta fagbrev som voksen også er en vei til å fullføre videregående utdanning for grupper

som ellers ville blitt stående uten den. Menn i helse-modellen gir med sitt komprimerte og spesialtilpassede utdanningsløp deltakerne en anledning til både å fullføre sin videregående utdanning, samt få fagbrev. Dermed unngår de et mulig utenforskap i samfunnet.

5.2.4 Klassemiljø

Deltakerne uttrykte at klassemiljøet stort sett var bra, selv om det kunne være noe støy og uro, og «noen som tok mye plass».

Klassemiljøet ble veldig bra. Vi kjente jo ikke hverandre. Det var veldig spennende, men det ble veldig bra. Vi ble veldig sammensveiset.

Vi var en gruppe på noen stykker som hadde for vane å gå en tur i pausen. Vi hadde en fast runde og pratet om alt mulig.

Det var imidlertid også noen som ikke erfarte at det var et godt klassemiljø:

Jeg følte ikke at vi hadde noe tett samkvem. Vi gikk ikke ut etterpå. Vi var jo spredt på flere kommuner. Det var ikke mange fra min kommune.

Andre kjørte sammen hver dag når det var skole, og en fortalte at han fikk en god venn som viste seg å bo i nærheten av han. De hadde fortsatt mye kontakt. Slik var det ikke for alle. Etter at de går ut i lære eller er ferdigutdannet helsefagarbeidere, varierer det hvor mye kontakt de fortsatt har med hverandre. Det er naturlig sier en:

Nå er vi mindre sammen, fordi vi er på forskjellige plasser. Jeg møter mest noen av dem som tar fellesfag, for vi er en egen klasse som tar fellesfag.

Betydningen av et godt klassemiljø ble spesielt vektlagt i rapportene til Langø (2016) og Witzøe (2016). Begge peker på at deltakernes opplevelse av et trygt og godt klassemiljø sammen med deres samarbeid i klasserommet var viktige for et godt læringsutbytte.

5.3 På arbeidsplassen

I dette delkapitlet fokuserer vi på erfaringer fra arbeidsplassene, dvs. alle periodene mennene har vært ute på arbeidsplasser, som helserekrutter, i sommerjobb, i praksis og som lærlinger. Tema her er organisering av læretida, hvordan de har erfart veiledningen i sine praksisperioder og som lærlinger, og hvordan de er blitt mottatt av kollegaer og brukere på arbeidsplassene.

5.3.1 Organisering av praksis og læretid

Å finne sin plass i helse- og omsorgstjenesten er et av temaene som går igjen i intervjuene med deltakerne i Menn i helse. Gjennom praksisperioder og læretida får de prøve seg på ulike steder, med ulike brukere og får innsikt i de mulighetene som finnes i sektoren. Kunnskapen og erfaringen om hva som venter og som kreves av dem i de ulike delene av helse- og omsorgssektoren, er viktig med tanke på fremtidige yrkesvalg. For eksempel fant en av informantene ut at han trives godt med omsorgen rundt alvorlig syke og med kontakten med de pårørende. Andre fant ut at bolig for psykisk utviklingshemmende var en interessant arbeidsplass, men syntes også at det ble lite tid med dem. Beboerne var ofte var på aktiviteter på dagtid. Noen likte bedre å være på en avdeling, for eksempel med personer med demens, fordi det var færre brukere og roligere enn i hjemmetjenesten hvor de hadde kort tid hos hver bruker og skulle innom mange i løpet av en vakt. Mens en annen deltaker kom frem til at det ikke var denne brukergruppen han ville jobbe med:

Jeg så på sykehjemmet at det var mange demente der, og at du ikke får mye kontakt. Det var ok, men jeg følte at det er ikke her jeg skal være.

Mennene finner etter en del utprøving sin plass i systemet, og de erfarer også at mulighetene er mange innen pleie- og omsorgstjenestene. Samtidig kan overgangen fra for eksempel en tømmerjobb til lærling som helsefagarbeider på et sykehjem, oppleves som stor, både når det gjelder omgivelser, fysisk arbeid og verdsetting:

Hvis du kommer inn på et sykehjem, så kommer du inn i et temperert rom, hvor du bare skal snakke med de gamle. For dem som har jobbet som tømmer, så er jo dette ikke noen jobb! Og du blir satt pris på attpåtil!

I flere av kommunene er det en lærlingeansvarlig som bistår mennene med å finne lære plasser, og vi får inntrykk av at de er opptatt av at lærlingene skal ha variasjon i praksisen. Det varierer imidlertid mellom kommunene, hvor mange steder de er innom og hvordan dette organiseres. I en av kommunene får lærlingeansvarlig mye skryt fordi hun har avtaler med ulike deler av helse- og omsorgssektoren. Avtalene omfattet også andre kommuner. Dette sikrer lærlingene variert erfaring:

Det med å få oss ut, hun synes det er veldig viktig, og vi ser jo at det er en kjempemulighet. De har en annen fagkompetanse enn hva vi har på huset her. Ute på sykehuset og på rehabiliteringssenteret så er det yngre folk som er mer oppdatert og med annen fagkompetanse. Det er noe med å se sammenhengene. Jeg har sendt folk til sykehuset, og nå vet jeg hva som skjer der og kan sende pasienter dit tidligere. Vi får hjelp til å se sammenhengene.

Planen som lærlingeansvarlig har for hver lærling i kommunen, gir god informasjon både til lærlingen og avdelingen, om når og hvem som kommer. Også i andre kommuner får lærlingeansvarlige og planen for lærlingen gode tilbakemeldinger:

Denne kommunen har en lærlingeperm som er veldig bra, og så har de en ansvarlig i kommunen. Hun er ute og evaluerer hvert halvår, og sammen med veileder skal de sette karakter på meg.

Lærlingansvarlig er, som vi ser, med på evalueringer underveis i læretida sammen med lærlingen fra Menn i helse og veilederen som de har. Viktigheten av å ha en lærlingansvarlig understrekes ytterligere i en studie av Bye (2015) som fant at et godt praksisfelleskap, hvor lærlinger både var en del av et lærlingefelleskap og et arbeidsfelleskap hadde stor innvirkning på lærlingenes motivasjon og deres læringsutbytte og bidro til å utvikle deres identitet og kompetanse som helsefagarbeidere. Vi skal imidlertid se at måten veiledningen fra lærlingansvarlige i kommunen og veiledere i avdelingene foregår på, varierer noe.

5.3.2 Veiledning

Som nevnt tidligere, skal alle deltakerne i Menn i helse ha en veileder. Det gjelder både når de er helserekruutter og når de er ute i praksis og lære. I helserekruuttperioden er det fylkeskoordinatoren og Menn i helse som følger opp veileder. Menn i helse arrangerer veiledersamling tre ganger for hvert kull. Den første finner sted i løpet av helserekruuttperioden, den andre før praksis på Vg1, og den tredje før praksis på Vg2. Samlingene arrangeres som et samarbeid mellom Menn i helse ved fylkeskoordinator og opplæringstilbyder. Når mennene går over som lærlinger, er det kommunen og deres lærlingansvarlig eller opplæringskontor som har ansvaret, også for eventuelle veiledersamlinger.

Helserekruuttene og lærlingene skal i utgangspunktet gå sammen med veilederen på sine vakter, men på grunn av turnusordningen og andre praktiske årsaker er det ikke alltid mulig. En veileder forklarte det slik:

Jeg er ikke veileder, men mer kontaktperson, jeg og en til, fordi vi jobber turnus og går inn på en bruker som ikke tåler at andre er med inn i leiligheten. Så vi har måttet sette Menn i helse og ordinære lærlinger sammen med andre kollegaer, så de får sett ulik praksis. Vi har folk som har vært her i 30 år, og den fagligheten de har, har ikke de som er ferske. Så vi får dekt opp mest mulig av det faglige.

Kollegaene snakker sammen, og den som er satt opp som veileder får på den måten kjennskap til hvordan deltakerne fra Menn i helse fungerer i arbeidet. Ut fra det kommer det frem hva lærlingene bør veiledes på. Deltakerne i Menn i helse var selv stort sett fornøyde med veiledningen de fikk på arbeidsplassene, og som en sa:

Jeg kan ikke klage. Jeg har vært heldig og fått flotte veiledere. Alle har hatt kunnskap, og noen har masse erfaring. Jeg har hatt maks flaks.

En annen mente imidlertid at det var et potensial for forbedringer i hvem som ble veiledere:

Ja, dette med å rekruttere veiledere. De bør bruke tid på å velge veiledere og ikke la avdelingsleder bare sette en vilkårlig person på deg.

En informant var inne på at det var store forskjeller mellom veilederne i måten de veiledet på. Ved den første institusjonen sa han at han var mye alene, fordi de manglet folk, og da ble det mindre tid til veiledning. På den andre institusjonen var det annerledes:

Her går jeg sammen med veileder hele tida. I dag så var ikke veilederen min her, men jeg får gå sammen med ei anna ei. Hun har ansvaret for meg. Så da ser jeg hvordan de gjør det. Jeg tar jo stell på pasientene, og de spør om jeg vil ta det. Om det blir noen utfordringer, så er de tilstede, og det er bare å spørre om det er noe. ... De er veldig flinke til å forklare underveis, hvorfor de gjør ting. De gjør ikke ting du lurer på hvorfor de gjør det.

Et tema som kom opp blant mennene, var hvor mye det forventes at de som lærlinger skal produsere. Informanten som uttaler seg ovenfor, mener at han på den første institusjonen hvor han var lærling, jobbet 90 prosent. På den andre institusjonen jobbet han ca. 50 prosent. Andre lærlinger antydte at de trodde at det var forventet, at de produserte 60 prosent.

Forskjellene i organiseringen av veiledningen kan ha sammenheng med hvordan veilederne oppfatter at veiledningen skal forgå. De fleste veilederne som vi snakket med, var opptatt av å være tett på, at det var deres ansvar å pushe dem. Det blant annet for å få dem til å skrive kompetansemålene, slik som det beskrives her:

Vi pusher dem for de er nødt til å sitte med det, og det er ikke alt vi kan fortelle dem. De må gjøre noe research sjøl også opp mot målene. Vi kan ikke fortelle målene til dem. De må finne ut, hvordan de skal sette det opp. Så kan vi veilede dem på det, stille noen spørsmål rundt det faglige og rundt målene.

Å legge til rette for å skrive kompetansemålene er en måte å pushe lærlingene på. En annen veileder mente derimot at dette ikke var hennes oppgave, fordi lærlingene har ansvar for egen lærling:

Det ser ikke ut som alle tar ansvar for egen læring. Når du er voksen, 30 og 40 år, så kan ikke du som veileder, gå etter å si, nå må du gjøre det og det. Du har jo ikke noe med den teoretiske biten å gjøre, for du skal veilede dem i praksis.

Blant noen av lærlingene ble de ulike holdningene eller ulike måtene for tilrettelegging for arbeidet med kompetansemålene utfordrende. Det var store forskjeller mellom institusjonene når det gjaldt å legge til rette for og oppfordre dem til å arbeide med kompetansemålene:

Her får jeg en skivedag i uka. Det var dårlig i hjemmesykepleien. Der fikk jeg kanskje to timer. Der var det travelt. Lite folk og travelt. Så brukte de meg mye, spesielt frem til mat. Da mente de jeg kunne skrive etter mat. Da ble klokka ett for vi har jo midtrapport og forskjellig, og da fikk ikke jeg til å sette meg ned å skrive. Jeg kom ikke i gang på to timer. Det sa jeg i fra om, at dette var elendig opplegg. Men sjefen påsto at de gjorde sånn.

En annen informant sier at han syntes det er vanskelig å finne tid til å skrive, når det er mye å gjøre på jobb:

Jeg er så vant til å jobbe, og det da å sitte ved pcen, når folk jobber bak deg, det blir forstyrrende for du føler du skulle ha hjulpet til med det praktiske. Det er lett å si at du skal ta deg tid til det, men det å faktisk ta seg tid til det er vanskelig.

At det er vanskelig å avsette tid til å sette seg ned og skrive i arbeidstida viser at det er nødvendig at det legges til rette og skapes en aksept for at dette også er en del av arbeidet lærlingene gjør, når de er i praksis. Dette viser også en studie med fokus på hvilken betydning arbeidsalliansen mellom lærling og veiler har for lærlingens opplevelse av faglig og personlig utvikling. Den påpeker at både veileder og lærlinger opplever at det eksisterer en slik arbeidsalliansen i veiledningsrelasjonen, men at de har noe ulikt syn på hva som fører til en slik utvikling (Haaheim, 2017). Arbeidsalliansen ble målt ut fra dimensjonene rapport, læretid, identifikasjon og oppgavefokus. Mens lærlingene opplevde at læretid hadde en positiv effekt, mente veilederne at det var rapport og oppgavefokus som påvirket den faglige utviklingen hos lærlingen

5.3.3 Lærlinger fra Menn i helse versus ordinære lærlinger

Sammenligning mellom ordinære lærlinger og lærlinger fra Menn i helse var et tema i intervjuene med veilederne. Så si entydig var holdningen at Menn i helse-lærlingene kom godt ut, slik disse sitatene viser:

Og vi ser stor forskjell på ordinære lærlinger og Menn i helse. Menn i helse dem reflekterer helt annerledes, og de er ute etter mer opplysninger. De spør og graver om hva de skal gjøre, og hvorfor vi gjør det. Der ser vi at ordinære lærlinger har mer den at de vet, for de har hatt mer om det på skolen og har vært lengre ute i praksis.

Jeg har vært veileder for en fra Menn i helse og en ung gutt på 18 år ... De eldre mennene vet jo hvordan de skal håndtere de eldre, mens til de unge må du si at du må hilse hver gang du møter en ny bruker. Jeg må ta mere basisoppgaver med den unge enn med den eldre.

Nysgjerrige, spør, mer voksne, engasjement på et helt annet nivå enn blant ordinære lærlinger, for de er såpass ferske og usikre. Menn i helse hopper rett i, vil prøve, vil se, vil lære.

En veileder hadde imidlertid erfaring med at Menn i helse-lærlingene ikke viste samme faglige utvikling som ordinære lærlinger. Dette relaterte hun til det komprimerte utdanningsløpet sett i sammenheng med lærlingenes bakgrunn:

De er flinkere de som er på det ordinære løpet, for de holder på mye lenger. Det er alt for kort for Menn i helse, spesielt hvis de er litt usikre på seg sjøl, har dårlig sjøltillit. Det er tøft å få dem oppover.

Flere av mennene i Menn i helse har erfaringer fra tidligere som denne veilederen ønsket å kjenne til slik at hun kunne legge opp veiledningen til den enkelte. Dette er informasjon andre veiledere ikke ønsket å ha før lærlingene begynte. De satte imidlertid pris på at lærlingene selv var åpne om eventuelle forhold i deres bakgrunn som kunne ha betydning for jobben de gjør. De mente at lærlingene, både de ordinære og fra Menn i helse, skulle få begynne med blanke ark. Det samme mente avdelingslederene. To av avdelingslederene la vekt på at den informasjonen som de fikk gjennom intervjuene og ved referansesjekk om den enkeltes bakgrunn, holdt de for seg selv. Den ga de ikke videre til veilederne for helserekruттene, fordi lærlingene selv skulle få bestemme om og eventuelt når de ønsket å dele informasjon om seg selv.

5.3.4 Innspill fra utviklingsverkstedet om kvalitetssikring på veiledningen

Fokus på det andre utviklingsverkstedet som ble arrangert i september 2017, var om hvordan sikre god kvalitet på veiledningen i Menn i helse. Temaene for de tre gruppeoppgavene gjaldt hva er en god veileder, hva skal til for å skape gode læringsarenaer, og hvordan organisere den daglige veiledningen. Fokus var på hvilke forventninger veilederne har til deltakerne i Menn i helse. Gruppene ble inndelt på tvers av kommuner og fylker. Denne gangen var det også flere foredragsholdere i tillegg til Østlandsforskning.

I innledningen til temaet om hva er en god veileder la foredragsholder Ingvild Skjetne vekt på at veileder er eksperten. Det er veileder som både kjenner helsefagarbeiderfaget, arbeidsoppgavene på arbeidsstedet, helsefagsarbeiderens kompetanseområde og læreplanen for Vg3 i helsearbeiderfaget. Målsettingen som er å bli en god helsefagarbeider skal nås ved bruk av mesterlæremodellen. Den innebærer opplæring i et arbeidsfellesskap med fokus på yrkesdannelse og yrkesidentitet. I foredraget tok hun opp flere aspekter rundt den første veiledningssamtalen, veiledningssituasjonen og veiledningsforløpet.

I følge henne bør en veileder aller først ta en samtale med lærlingen om hans tanker om veiledningen. Målet for denne samtalen er å bygge en god relasjon og å møte lærlingen der han er, slik at han opplever trygghet. Innledningsvis er det viktig å foreta en kartlegging av lærlingens forkunnskaper og erfaringer som bør følges av en samtale om hvilke forventninger lærlingen har til opplæringen generelt og til veileder spesielt. Samtidig bør

veileder også klargjøre hvilke forventninger vedkommende har til lærlingen og hans læretid.

Veiledningssituasjonen bygger på relasjonen mellom veileder og lærling, hvor viktige elementer er å gi råd og forklare, å lytte og spørre, å vurdere læreprosessen og gi støtte underveis i denne. Veiledningen skal også hjelpe lærlingen til å oppdage sine egne kunnskaper og erfaringer, samt ha tro på dem. Lærlingen er ekspert på seg selv, og veileder skal legge til rette for at lærlingen selv skal oppdage, se og lære. Veiledningen må derfor ha relevans og utføres med tanke på hva lærlingen gjør i en konkret situasjon, og hvilke tanker lærlingen har om den konkrete handlingen.

Selve veiledningen består av en førveiledning, hvor man planlegger handlingen som skal utføres, deretter skal veiledningen settes ut i handling. Den skal avsluttes med en etterveiledning hvor lærlingen reflekterer over om det gikk, slik det var planlagt, om hva som gikk annerledes, hvorfor det gjorde det, samt hvilke konsekvenser det fikk. I etterveiledningen gir veileder tilbakemelding i form av en veiledersamtale som skal ta utgangspunkt i selve handlingen. Her skal veileder og lærling se på handlingen i et fugleperspektiv og sammen tenke over hva som har skjedd og hvilke begrunnelser som ligger bak handlingen. I denne forbindelse er det viktig å stille åpne spørsmål, slik at lærlingen kan få satt sine egne ord på sin praksisteori ved å beskrive hva som skjedde, hva pasienten klarte å gjøre selv, og hvordan vedkommende pleier å gjøre det. I følge foredragsholder er det viktig å få lærlingen til selv å beskrive sine handlinger, før det gis faglige begrunnelser for dem, og før veileder gir sine tilbakemeldinger.

Neste foredrag som hadde tittel veiledning i praksis, satte Kirsten Skogseth også fokus på relasjonen veileder og lærling. I følge henne var behovet for tilstrekkelig tid i veiledningen et springende punkt, hvor det gjaldt å legge inn hyppige «time outs». I tillegg påpekte hun at veilederne opplevde et krysspess av roller og forventninger knyttet til veilederoppdraget, og det kan være vanskelig å få disse rollene til å gå i hop. Hennes budskap var derfor: sett rammer og vær tydelig! Hun vektla at lærlingen også bør få opplæring i hvordan motta veiledning, og hvordan gjennomføre egne refleksjoner. Det bør være en lav terskel for å kontakte skolen, når det er nødvendig. Hun avsluttet sitt foredrag ved å referere til hva lærlingene selv hadde sagt om hva som kjennetegner en god veileder. Noen av stikkordene var: engasjement, gidde å se meg etter i kortene, gi meg tilbakemeldinger, vise først, så slippe meg til, samarbeid i stedet for kontroll og å sette ramme. Kort sagt forventet lærlingene klar tale og tydelige krav og rammer, men også engasjement og interesse for lærlingens utvikling og utfordringer.

I gruppediskusjonene ble det påpekt at veileder er en viktig rollemodell for helserekruttene og lærlingene. Forutsetningen for å være en god veileder er at vedkommende er seg bevisst sin sentrale rolle i utdanningsløpet både faglig og praktisk, men også gjennom å skape gode holdninger. Blant de kriteriene som ble trukket frem som viktigst, var at veileder bør

ha god fagkompetanse med godt kjennskap til fagprøven og læreplaner, samt ha mye erfaring i jobben. Veileders yrkes stolthet og yrkesidentitet ble også sett på som viktig. Personlig egnethet var et annet viktig kriterium som både omfattet god kommunikasjons evne ved å være lyttende og støttende og god relasjonskompetanse ved å ha evne til å involvere andre i opplæringen. Like viktig var det at veilederne var motiverte for rollen og hadde evne til å være tydelige, ærlige og engasjerte, og at de så lærlingene som en ressurs som også de kunne lære noe av. En forutsetning for å kunne oppfylle kriteriene knyttet til veilederrollen er å ha et støtteapparat rundt seg og en god opplæringsplan som kan sikre progresjonen til helserekruttene og lærlingene. Ikke minst var det viktig med veiledning av veilederne, dvs. en veiledning satt i system med faste kurs og fagdager, hvor veilederne kunne dele sine erfaringer, og hvor opplæringskontorene kunne spille en sentral rolle.

Når det gjaldt veiledning som læringsarena, ble det i gruppediskusjonene understreket at «alle er en læringsarena», og «alle må se seg selv som en del av noe større». Læringsarenaene omfatter med andre ord ikke bare veilederne, men også kollegaer og brukere. Slik sett kan alle bidra til at det utdannes gode helsefagarbeidere til helse- og omsorgssektoren. Det ble forventet at hele avdelingen var positive i mottakelsen av helserekruttene og lærlingene, og at opplæringen av dem ble sett på som en felles oppgave og et felles ansvar. Som en konsekvens av dette bør veiledningsoppgavene være forankret i hele organisasjon og preget av en god kultur hele veien fra ledelsen og nedover i avdelingene. Av konkrete tiltak ble viktigheten av et gjennomtenkt opplegg for mottakelsen av helserekruttene med en vektlegging på praktisk kunnskap nevnt spesielt. For lærlingene burde det på tilsvarende måte avsettes faste dager for teori og veiledning, samt tilstrekkelig tid og rom for dialog og refleksjoner. Det var også viktig å sette mindre delmål knyttet til konkrete arbeidsoppgaver etterfulgt av raske tilbakemeldinger. Kjernen i veiledningen var med andre ord en godt strukturert opplæring basert på forutsigbarhet og avklaring av forventinger og roller for alle de involverte aktørene.

Gode læringsarenaer skapes med andre ord ved å styrke veilederne ved hjelp av et støtteapparat som innbyr til opplæring og refleksjon rundt veiledning. Opplæringskontorene innehar en viktig plass i dette. En forventnings- og rolleavklaring mellom veileder og lærling og en struktur og forutsigbarhet i veiledningsarbeidet er, som vi har sett, viktig. Ikke minst gjelder dette en forankring av veiledningsarbeidet i hele organisasjonen og en bevissthet om at dette er en felles oppgave og ansvar for alle involverte aktører.

6 BETYDNINGEN AV MENN I HELSE

Menn i helse-prosjektet betydning for ulike aktører på flere nivå. Mennene som deltar i Menn i helse, peker på den betydningen som prosjektet har hatt for deres personlige utvikling, mestring, samt faglig utvikling og muligheter for ny jobb. Arbeidsplassene peker på mennenes bidrag til arbeidsmiljøet og overfor brukerne. Sektoren for øvrig fremhever at deltakerne fra Menn i helse dekker et ressursbehov, og bidrar i utviklingen av tjenestene. Flere ser Menn i helse som er samfunnsøkonomisk nyttig prosjekt fordi det bidrar til økt sysselsetting, utover de akkumulerte verdiene den enkelte, arbeidsplassene og sektoren gir.

6.1 For den enkelte deltaker

Flere av deltakerne i Menn i helse forteller at muligheten som de fikk har hatt stor personlig og faglig betydning for dem. De har funnet et nytt yrke som de trives i, etter at de ikke lenger kunne jobbe i sitt tidligere yrke av ulike grunner. En av informantene sa det slik:

Det har åpnet øynene mine noe kolossalt. Jeg har sagt det, at hadde jeg visst hvor interessant dette yrket er, så hadde jeg gjort det for mange år siden. For jeg har stortrivedes fra dag en, for du får så mange gode tilbakemeldinger av å jobbe med folk.

En annen informant var også klar på at deltakelsen i Menn i helse hadde betydd mye, og at også han har funnet det yrket han vil jobbe i:

Stor betydning. Jeg føler jeg har havnet på riktig hylle. Det har gitt meg mye erfaring om meg selv, og jeg har blitt kjent med masse mennesker. Hele prosjektet har gjort at jeg har funnet meg sjøl ... Ja, jeg er blitt en annen person. Jeg hadde gjort det samme en gang til. Jeg angrer ikke et sekund ... Ja, det har betydd enormt.

En tredje informant syntes det var vanskelig å si spesifikt hva Menn i helse har betydd for han, men sier at han blitt et bedre menneske som følge av mange forhold. Han ble med i Menn i helse prosjektet, han har blitt far, han er eldre, og han jobber med folk som gjør at han ser verden rundt seg i et annet perspektiv. Han sitter igjen med en følelse av at «Jeg føler at det jeg gjør er viktig. Jeg gjør en viktig jobb». Avdelingslederne viser også til den personlige utviklingen for den enkelte. Både ved at de endrer livssituasjonen sin til noe bedre og at de opplever at mennene vokser og blir «rettere i ryggen».

Den personlige utviklingen kommer i tillegg til den formelle og faglige kompetansen som de tilegner seg gjennom deltakelse i Menn i helse. Vi har tidligere vært inne på hvordan mennene erfarer læringssituasjonen ut fra den bakgrunnen de har og med hjelp av vekslingsmodellen. Når det gjelder fremtiden, ser vi at alle har planer om å ta i bruk den formelle kompetansen de har fått, ved å jobbe som helsefagarbeider. Hvor og med hva, er imidlertid ikke klart for alle. En som var kommet til slutten av læretida, sier at han «... kommer til å jobbe der jeg får størst stilling». Andre hadde fått deltidsstillinger underveis eller kort tid etter utdanningsløpet og håpet at det kunne by på større stillinger etter hvert. En av dem sa dette om sin situasjon:

Jeg er fortsatt i hjemmesykepleien på samme plass. Jeg har fått 30 prosent stilling, men har jobbet en måned nå og mer enn 100 prosent. Jeg har fått tilbud om to andre stillinger også på deltid. ... Jeg bekymrer meg ikke om framtida. De sier at det ordner seg.

Troen på at det ville ordne seg med å få jobb etter hvert, hadde alle deltakerne:

Etter mai så må jeg begynne å søke på jobber. Jeg får vel en helgestilling med en gang. Det er ikke flust med stillinger, men jeg tror vi har en fordel av å være menn. Jeg vil gjerne søke sykehuset for å få den erfaringa, for da har jeg vært innom alt.

De hadde imidlertid opplevd usikkerhet underveis fordi informasjonen som ble gitt i forkant, la vekt på at de var garantert jobb etterpå. Det viste seg å ikke stemme:

Det må vel sies at vi ble lovet gull og grønne skoger med tanke på fremtidig jobb. Det ble ikke lagt nok vekt på, at i den bransjen her så starter du på 17,5 prosent og jobber deg oppover selv om du i praksis, ja, kan arbeide 120 prosent. Men det er ikke realiteten, når du går i banken og ber om et huslån. Vi er flere som reagerer på den biten, men samtidig da er det ikke sikkert at jeg hadde blitt med.

Denne informanten sier i dag at han ikke vet om han hadde blitt med i Menn i helse, dersom han ikke trodde han ville få fast hel stilling. Likevel ser han for seg en lang karriere i helse- og omsorgssektoren:

Å ja, absolutt. Noen synes jeg bør søke meg videre til sykepleier, men det kjenner jeg at jeg ikke kommer til å gjøre. Faglig sett hadde det vært interessant, men å bruke den tida på skolebenken og legge ned det arbeidet som kreves, det er jeg ikke klar for. ... Men hvem vet? Jeg er fortsatt yrkesaktiv, når ungene skal ut. Jeg vet det nå, at det er aldri for sent.

Det er flere som vurderer mulighetene for å videreutdanne seg eller spesialisere seg, selv om de ikke er klare til å begynne med det nå:

Noe innen helseomsorg, men om jeg går videre vet jeg ikke. Jeg er veldig interessert i ernæring. Jeg ser bare muligheter. Det er alltid muligheter.

Om ti år er jeg nok på samme sted med mindre jeg begynner en spesialisering. Det er i så fall innen musikk og terapi. Jeg gjorde en bra jobb på sykehjemmet. Så det kan være en greie, men akkurat nå er jeg lei av skolegangen.

Her er det snakk om mulige planer i langsiktig perspektiv, men det er verdt å merke seg at det for det første at mennene mener at de vil bli værende i helse- og omsorgssektoren. For det andre er det flere av dem antyder at de vil ta videreutdanning. Flere har oppdaget at det finnes mange muligheter innen sektoren, både når det gjelder brukergrupper og fagområder.

6.2 For arbeidsplassen

Deltakerne i Menn i helse-prosjektet er høyt verdsatt på arbeidsplassene. Det gjelder særlig deres motivasjon og tidligere erfaring fra arbeidslivet fremkommer det av disse uttalelsene fra avdelingsledere:

Han som ble ferdig i januar, har vært en veldig berikelse for oss. En flott godt voksen mann som har endret livet sitt og gått inn som helsefagarbeider.

For det første så hadde han arbeidserfaring. Han kjente til reglene i arbeidslivet. Det merket vi. Han hadde jobbet i team tidligere, og det merket vi også. Så var det et bevisst valg fra hans side, og han var veldig motivert.

Det var en utbredt oppfatning at mennene bidrar positivt på arbeidsplassen, og det gjør de på flere måter som vi skal se, både i arbeidsmiljøet og overfor brukerne.

I intervjuene trekkes det frem av avdelingslederne at mennene i Menn i helse og menn generelt, bidrar positivt til arbeidsmiljøet.

Vi vil ha flere menn, fordi de gjør noe med miljøet. Vi kvinner skjerper oss, når menn er tilstede ... Ja, vi skjerper oss på hva vi sier. Det vet jeg.

Det har vært veldig positivt. Jeg hører de sier at miljøet har blitt endret, etter at de kom. Med et par menn på samme vakt blir samtalen endret. Det er ikke nok med en mann.

En avdelingsleder antok at på sikt vil flere menn på arbeidsplassen bidra til mindre kos med misnøye og baksnakking, fordi menn er mer opptatte av jobben enn privatlivet. Hun hadde tro på at menn avler menn, og at dersom de hadde med noen fra Menn i helse, så kunne det bety at flere menn søkte seg dit. Samtidig er det, som det kommer frem i sitatet over, ikke nok med en mann på vakt eller på avdelingen. Det må flere menn til for å skape disse endringene. Disse erfaringene og antagelsene samsvarer med funn fra Svares (2009) studie om hvordan økt andel menn påvirker arbeidsmiljø og trivsel blant de ansatte.

Funnene derfra viser at fokus på å rekruttere menn gjør at flere menn søker seg dit, at de ansatte trives bedre, og at det er større fokus på pasientene.

Det er likevel mennenes bidrag overfor brukerne som trekkes frem i størst grad, og en veileder sier det slik:

Vi ser det på brukere, når det er menn som kommer, særlig på mannlige brukere og ungdommer som er guttunger, at de synes det er fint at det er menn som kommer, at de kan snakke om noe helt anna enn det vi kvinner gjør. De tar ting mer på impuls. Plutselig fyrer de opp en bålpanne eller tar og fikser en pizza og ber inn to-tre naboer for å se fotball. Det er liksom, sånt har ikke vi tenkt oss, for vi går etter våre planer.

En annen av lærlingene fra Menn i helse bekrefter at de nok snakker om andre ting med brukerne enn hva kvinnene gjør:

En gang satt det en mann der, og da jeg begynte å snakke om gravemaskiner, så ble han så forbauset. Det var han ikke vant til!

Også overfor brukerne er det forskjellene mellom kvinner og menn som vektlegges, at menn bidrar med noe annet enn kvinner. Forskjellene er knyttet til egenskaper som de antar menn har. Det kan være at de er mer direkte, impulsive, og «ikke ser problemer, før de er der». På en annen side trekkes det at de har andre erfaringer og interesser enn andre på arbeidsplassen, som brukerne får nytte av og setter pris på. En veileder fortalte dette:

De har prøvd seg i arbeidslivet. De vet hva det innebærer. De har med seg, bruker litt de arbeidserfaringene de har. ... Og de lærer jo oss noe også av det de har hatt tidligere. Og det ser jo vi, vi søkte jo råd fra en fra Menn i helse som har vært kokk til en bruker. Han lagde en kostholdsplan og veiledet brukeren i å lage lettvinne og sunne retter.

Som denne veilederen er inne på, bidrar lærlingene fra Menn i helse med sine egne erfaringer fra et tidligere yrkesliv til nytte og glede for brukerne. Mottakelsen blant brukerne har stort sett vært positive, ifølge disse Menn i helse-deltakerne:

Du blir satt pris på, og damene de elsker jo mannfolka, og for mannfolka er det greit, men de sier ingenting om det.

Samtidig tilføyer en annen deltaker:

..., men så har vi brukere som kanskje ikke godtar mannlige også. Så det må vi respektere og godta. Det er litt begge veiene det.

Noen av deltakerne fra Menn i helse hadde opplevd å bli avvist av brukere, særlig når det gjaldt stell av kvinner. Dette blir respektert, og som en sier:

Stort sett utelukkende positivt. Det er selvfølgelig enkelte damer som ikke vil vi skal dusje dem. Det respekterer vi. Jeg har opplevd det at etter hvert som vi blir litt kjent med dem, så har det gått greit.

Erfaringen av at det som regel går greit, er i samsvar med opplevelsen som en bruker hadde med Menn i helse-deltakere. Hun forteller om første gangen hun skulle dusjes av en mann:

Jeg må si jeg ble litt paff første gangen. Det var ingen som hadde forberedt meg på det. Du har dusjedag i dag sa han ... Ja da, det gikk veldig fint. Jeg vil si at guttene er likeså flinke som jentene ... Jeg sa at hvis jeg nekter det, så lærer jo du ikke noe, og hvis alle sier nei, så lærer dere ikke noe. De sier det er bra at jeg har den innstillingen ... Det er mange som har tatt fagprøven sin hos meg.

Denne brukeren er ikke bare fornøyd. Hun tar også ansvar for at mennene får den opplæringen som de trenger for å bli gode helsefagarbeidere. Denne brukeren er mest opptatt av kvaliteten på tjenesten. Kvaliteten er imidlertid ikke alene knyttet til kjønnede egenskaper, men på tidligere livserfaringer og personlighet. Dette er også flere av deltakerne i Menn i helse inne på:

En ting er at du er mannfolk, en annen ting er at du har en annen bakgrunn, kan tilby litt annet i samtale med brukere enn hva de kan. Jeg synes også det er en fordel at jeg jobber i en kommune, hvor jeg ikke er født og kjenner alle. Jeg stiller med blanke ark. Noen av de som jobber her og er litt opp i åra, vet litt vel mye om enkelte. Du skal jo behandle alle profesjonelt, men hvor enkelt er det tenker jeg.

Jeg hadde jo veldig lite formening om det, når jeg begynte. Jeg visste ikke om jeg var flink. Jeg visste det ikke, jeg var veldig usikker på meg sjøl, når jeg begynte. Det er ikke mye det er et fasitsvar på her. Jeg har fått skryt på alle plassene jeg har vært. De er kjempefornøyd ... Så jeg har blitt, føler det blir skrytt mer enn jeg fortjener. Jeg er ikke vant til å få så mye skryt ... Sjefene har sagt at jeg møter brukerne på en veldig bra og hyggelig måte, og at brukerne er godt fornøyd. Hvorfor vet ikke jeg, det er bare sånn jeg er. Jeg er bare meg selv.

Svare (2009) viser også i sin studie at tradisjonell forskjellslogikk og arbeidsdeling nøytraliseres, og at kjønnsaspektet ved kollegaene kommer i bakgrunnen etter hvert som mennene har vært der en stund. Dette setter Svare i sammenheng med at menn og kvinner i større grad er mer likestilte i hjemmet og samfunnet ellers i dag enn tidligere. Begge kjønn har noe av den kompetansen sektoren trenger.

6.3 For helsesektoren og samfunnet

Prosjektet Menn i helse har betydning i et samfunnsperspektiv på flere måter. Ovenfor har vi vist til betydningen som prosjektet har for den enkelte deltaker og for arbeidsplassen. Akkumulert har dette en samfunnsmessig betydning som bidrar til at økt kompetanse i

sektoren, men også økt folkehelse og færre som erfarer utenforskap. Videre bidrar den samlede betydningen som prosjektet har på arbeidsplassene i form av mennenes positive bidrag til arbeidsmiljøet og overfor brukerne, til en forbedring av tjenestene i helsesektoren. I dette ligger det et stort utviklings- og innovasjonspotensial for sektoren.

Mennene fra Menn i helse verdsettes for den motivasjonen og kompetansen som de har med seg inn på arbeidsplassen. Mennene selv er også inne på at de bidrar til å utvikle helse- og omsorgstjenesten.

Jeg synes det er litt spennende. Man kan være med å utvikle miljøet, utvide horisonten og reflektere over ting ... Ja, flere menn vil endre yrket ved at menn vil komme seg på jobb. Det er en annerledes arbeidsmoral, og yrket blir mer stabilt ... Ja, vi er med på å heve status også. Jeg er med på noe nytenkende.

Rollen ligger veldig fast, og det er en veldig prosedyrejobb. Vi har nok en litt annen måte å jobbe på. Det er vanskelig å forklare. Det blir litt friskt blod inn i den rollen.

Informantene ser sin rolle som utviklingsaktør knyttet til det at de er menn. De opplever selv at de har en annen tilnærming til arbeidet enn kvinner. Avdelingsledere og veiledere ser også verdien av å ha Menn i helse-lærlinger, og påpeker at de tilfører noe nytt til yrket:

Det er ikke å legge under en stol, at de er en hjelp for oss. I en innføringsperiode er det noe arbeid for oss, men i lengden er det en avlastning. Vi lærer jo også noe nytt. De tilfører noe til oss også.

At Menn i helse-lærlingene i tillegg bidrar til organisasjonsutvikling, er en av veilederne inne på. Hun mener de lærer mye av mennene ved at de stiller mange spørsmål:

De får oss til å tenke, når de stiller spørsmål, hvorfor gjør du sånn? Vi har jo kjørt oss fast i et spor, men da må vi begynne å tenke og reflektere. Ordinære lærlinger spør og graver ikke like mye.

Spørsmålene som stilles rundt praksisen på arbeidsplassen, kan være med på å forandre og bedre tjenestene ved institusjonene i egenskap av å bli en lærende organisasjon eller som en innovasjonspraksis. Aktører som helserekutter, lærlinger og andre som ser praksisen med et utenfrablikk, kan bidra inn i en kollektiv læringsprosess avhengig av hvordan spørsmålene fanges opp og fortolkes av organisasjonen (Day og Schoemaker, 2006).

I intervjuene med veiledere trekkes imidlertid ikke kjønn eksplisitt frem som avgjørende for utviklingen av tjenestene, men heller det at mennene kommer utenfra og ser på praksisen med et utenfrablikk. Det er flere forhold som har betydning for hvordan de ser på praksisen. Det er for det første at de er eldre enn ordinære lærlinger, og for det andre at de har kunnskap og kompetanse fra andre sektorer og yrker. Her er det behov for mer

forskning for å identifisere hvilke faktorer ved samspillet mellom personer og grupper som bidrar til utvikling av tjenestene. Kjønn kan være et forhold, men alder og tidligere kompetanse i form av livs- og arbeidserfaring har også betydning.

Flere av informantene er inne på utfordringene, når det gjelder å rekruttere økt kompetanse inn i sektoren, og at statusen til yrket har betydning for å få dette til. I distriktene er det imidlertid ikke først og fremst helsefagarbeidere som det er vanskeligst å rekruttere, men sykepleiere. Årsakene til dette er sammensatte. To avdelingsledere peker på at kommuner i utkantene kun har tilgang til sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Disse tjenestene befinner seg lenger ned på rangstigen enn sykehus i større kommuner og byer. Ut fra våre funn ser vi at mennene som har deltatt i Menn i helse, ikke er fremmed for å fortsette utdanningen mot sykepleiefaget eller annen type spesialisering. Menn i helseprosjektet kan således være et godt rekrutteringsløp for å tilføre ytterligere økt kompetanse til helsesektoren. Sammen med rekruttering av menn til sektoren er økt kompetanse viktige bidrag for å heve statusen til yrket.

Det er imidlertid økt sysselsetting som er det viktigste og mest sentrale målet for den samfunnsøkonomiske betydningen av prosjektet. Det å få folk ut av Nav-køen og inn i arbeid ute i kommunene hvor det er behov for fagkompetanse, er en viktig samfunnspolitisk oppgave. Særlig avdelingslederne er opptatt av at Norge ikke har råd til å la noen gå arbeidsledige, når de ønsker å jobbe. Det betyr at de som vil prøve yrket, bør få muligheten til det. Det å delta i arbeidslivet fremmer både fysisk og psykisk helse og sikrer en forutsigbar og trygg økonomisk situasjon både for enkeltpersoner og deres familier. I tillegg sparer dette det offentlige for utgifter både til helsehjelp og ytelser til livsopphold. Dette er flere Nav-ledere inne på:

Det tror jeg man får igjen for ganske raskt. Sannsynligheten for å komme i aktivitet og jobb er høy. Alternativet er å gå ledig og komme enda lenger unna å komme i aktivitet og jobb, eventuelt å bli uføretrygdet, pluss at man trenger flere hender og hoder i helsesektorene. Viktig å fylle de plassene og at det blir gitt et bra tilbud til eldre. Helsefagrekruertene og et ikke så langt utdanningsløp gjør at man kan fylle på og tette spriket raskt. Mange (menn) som ikke vet om dette yrkesvalget, (vi må) løfte verdien av å jobbe som helsefagarbeider blant eldre.

Sitatet oppsummerer mye av det som inngår i den samfunnsmessige verdien av det nasjonale prosjektet Menn i helse. Prosjektet bidrar til at flere kommer ut i arbeid fremfor å gå ledig og bringer menn som har opplevd utenforskap i samfunnet inn på et nytt spor. Dette har betydning både for deres personlige og faglige utvikling, slik også Bratsberg, Nyen og Raaum (2016) påpeker i sitt notat om voksnes muligheter til å fullføre videregående utdanning. Mennene fullfører en videregående utdanning, opplever en betydelig mestringfølelse ved å fullføre en fagutdanning, og ikke minst blir de sett og verdsatt i sine nye jobber.

Videre bidrar Menn i helse med å rekruttere flere faglærte menn til helse- og omsorgssektoren som igjen fører til bedre tjenester til de eldre. Det at det kommer flere menn inn med annen erfaring og bakgrunn kan virke positivt på tjenestene ved at de ser praksisen og organisasjonen på nye måter. Dette kan bidra til utvikling og økt kvalitet på tjenestene i sektoren. Det antas også at økt rekruttering av menn er med på å heve statusen til yrket i samfunnet. På lengre sikt kan det bidra til jevnere kjønnsbalanse i arbeidsmarkedet. En av deltakeren konkluderer slik; «Det er et vinn- vinn prosjekt ... Jeg kan ikke skjønne at samfunnet ikke tjener på å få menn inn i helse».

Risikoen i prosjektet er knyttet til de kritiske fasene som vi gjennom følgeevalueringen har identifisert til å handle om rekruttering av helserekutter og organisering av opplæringen. Mulighetene for arbeid når de er ferdig utdannet som helsefagarbeidere, er en siste kritisk fase.

Det anbefales å gjøre en grundig samfunnsøkonomisk analyse av det nasjonale prosjektet Menn i helse. Det har ikke vært rammer for å gjennomføre en slik analyse i denne følgeevalueringen, hvor de overordnede problemstillingene har vært knyttet til det hva som fremmer og hemmer måloppnåelse, og hva som er de kritiske fasene i gjennomføringen av prosjektet.

7 ANBEFALINGER, DISKUSJON OG KONKLUSJON

Hensikten med følgeevalueringen har vært å få frem ulike perspektiver og erfaringer blant aktørene i Menn i helse. Erfaringene er hentet gjennom intervjuer med representanter for samarbeidsaktørene, ansatte i helse- og omsorgssektoren og deltakere i Menn i helse. De overordnede problemstillingene er knyttet til hva som hemmer og fremmer måloppnåelse underveis, og hvilke faser som er mest kritiske når det gjelder gjennomføringen av prosjektet. Fokus var på organisering og samhandling i prosjektet, gjennomføring i praksisfeltet og betydningen som prosjektet har på ulike områder. Dette sammenfattes under anbefalinger. Et viktig mål med følgeevalueringen har videre vært å videreutvikle og spre prosjektet til nye fylker og kommuner, og målgrupper og sektorer. Dette diskuterer vi i dette kapitlet før konklusjonen.

7.1 Anbefalinger

Det nasjonale prosjektet Menn i helse viser gode resultater. Det har vært mer enn en fordobling av antall kommuner som er med i prosjektet, fra 24 til 69 kommuner. 145 menn har tatt fagbrev siden starten i Trondheim, og 75 av dem fikk meget godt bestått. De gode resultatene gir gevinster på flere områder og viser at prosjektet bør videreføres.

Samfunnsverdien av prosjektet ligger i at jo flere som kommer ut av Nav-køen og over i ordinært arbeid, jo flere bidrar til samfunnet gjennom økt verdiskaping. Dette er en klar gevinst fremfor å være passive mottakere av ytelser fra Nav som er en stor samfunnskostnad. Som arbeidsgivere fremhever ledere og sektoren som helhet at prosjektet bidrar til å dekke et ressursbehov i sektoren. Samtidig erfarer ansatte på arbeidsplassene at mennene fra Menn i helse har positiv innvirkning på arbeidsmiljøet. Enda viktigere og uavhengig av at de er menn, pekes det på deltakernes tidligere erfaring og kompetanse i kraft av at de er voksne. De har med seg kunnskap og et blick fra utsiden som både arbeidsplassen og sektoren kan nyttiggjøre seg for å gi kunne bedre tjenester til brukerne. Brukere av helse- og omsorgstjenesten setter pris på at det både er menn og kvinner som utøver tjenestene. Flere av deltakerne som har stått utenfor arbeidslivet i flere år, før de kom med i Menn i helse, kvalifiserer seg til et nytt yrke. For mange har dette stor personlig og helsemessig betydning som går utover økt økonomisk trygghet ved å stå i jobb.

Skal gevinstene opprettholde og forsterkes både samfunnsmessig for sektoren og den enkelte ligger det noen forutsetninger til grunn som vi har vist gjennom denne rapporten.

Basert på funnene fra følgeevalueringen har Østlandsforskning følgende anbefalinger for videre arbeid og fokus:

- En sterkere forankring inn mot Utdanningsdirektoratet med mål om et mer formalisert samarbeid. Det er viktig å definere fylkene og kommunenes handlingsrom, når det gjelder tolkning av regler og retningslinjer og videre spredning av prosjektet.
- Beholde nasjonalt team som holder tak i prosjektet opp mot relevante styringsmyndigheter og overfor fylkeskoordinatorene. I hvilken form det nasjonale leddet skal ivaretas i den videre prosjektperiode, må drøftes fremover.
- Beholde funksjonen med fylkeskoordinatorene for å sikre samhandling og samarbeid om prosjektet regionalt. Hvor denne funksjonen skal legges i framtiden, må diskuteres.
- Sikre et bredt rekrutteringsgrunnlag blant flere innsatsgrupper i Nav for å kunne bidra til økt gjennomføring og verdiskaping i samfunnet.
- Beholde helserekruittperioden som seleksjonsarena både for den enkelte og for arbeidsgiver med tanke på videre kvalifisering mot fagbrev som helsefagarbeider.
- Beholde vekslingsmodellen fordi vekslingen mellom teori og praksis er avgjørende for gjennomføring av utdanningsløpet.
- Øke kvaliteten i alle ledd i Menn i helse- modellen gjennom felles opplæring og jevnlig erfaringsoverføring blant alle involverte aktører.

En del av oppdraget i følgeevalueringen var også å bidra med kunnskap til hvordan Menn i helse prosjektet kan utvides og spres til andre målgrupper. Dette diskuterer vi i neste del.

7.2 Spredning av Menn i helse

I dette delkapitlet diskuterer vi muligheter og hindringer for spredning av det nasjonale prosjektet Menn i helse med utgangspunkt i funnene fra følgeevalueringen. For det første ser vi på spredningen til andre organisatoriske kontekster, med det mener vi andre fylker og kommuner. Prosjektet har de siste årene spredt seg til ni fylker og fra 24 til 69 kommuner. I dette kapitlet diskuterer vi hvordan oversettelsesprosessene til andre organisatoriske kontekster har foregått som en dialog og et samspill mellom avsender (KS) og mottakere (relevante aktører i fylker og kommuner). Videre ser vi på hvordan prosjektet som startet som et rent rekrutteringstiltak i helse- og omsorgsektoren, har utvidet profilen til også å være et kvalifiseringstiltak med mål om å få arbeidsledige ut i arbeid. Til slutt drøfter vi muligheter og barrierer ved Menn i helse-modellen for andre målgrupper og sektorer. Det er en sentral målsetning for det nasjonale prosjektet Menn i helse å spre de gode grepene til andre målgrupper og andre fagområder og sektorer.

7.2.1 Nye kommuner og fylker

Utgangspunktet for det nasjonale prosjektet Menn i helse var de gode resultatene fra Menn i helse-prosjektet i Trondheim. I Trondheim var den lokale prosjektlederen og initiativtakeren en viktig drivkraft for å få prosjektet i gang og overbevise kommunale og lokale aktører om ideen og satsningen. Han fikk med seg relevante samarbeidsaktører som sammen utviklet modellen som en samarbeidsdrevet innovasjonsprosess. Da konseptet i form av en utdanningsmodell skulle spres til nye fylker og kommuner via KS, mistet initiativet noe av kraften som ligger i en samarbeidsdrevet innovasjon. Fra å være utviklet nedenfra og innenfra ble Menn i helse- modellen presentert ovenfra og utenfra.

De nye «mottakerne» var ulike aktører på fylkeskommunalt og kommunalt nivå som ikke hadde ikke det samme eierskapet til prosjektet, og som stod overfor konkurrerende krav, prioriteringer og rammebetingelser. Disse prioriteringene og betingelsene passet ikke nødvendigvis med Menn i helse-modellen, slik den var utviklet og anvendt i Trondheim. KS la i utgangspunktet opp til en spredningsprosess basert på reproduksjon som følger reglene om kopiering (Røvik, 2007). De innså etter hvert at dette var lite egnet for å spre modellen på grunn av variasjonen i kommunenes rammer og fylkesnivåets virkemåter. Kopiering fra en kontekst til en annen forutsetter at kontekstene er forholdsvis like, noe ikke fylkene og kommunene i Norge er. Dette medførte motstand hos mottakerne som vi har vist til tidligere i rapporten. KS fulgte opp dette ved å legge om til det som Røvik (2007) benevner, som en modifierende modus med regler for addering og fratrekk. Det innebar at nasjonalt team forenklet og reduserte detaljeringsgraden. På den måten ble modellen mer generell. Det ble tydeliggjort hva Menn i helse-modellen må bestå av, samtidig som det ble åpnet for lokale tilpasninger ut fra samarbeidsaktørenes behov og forståelse av handlingsrom. Røviks (2007) tredje alternativ er en radikal modus, som følger regler for å skape noe helt nytt. Dette var ikke relevant for KS i dette tilfellet fordi deres mandat var å spre et nasjonalt prosjekt.

Samspeillet mellom dekontekstualisering og kontekstualisering tydeliggjøres i denne prosessen (Røvik, 2007). Gjennom dekontekstualiseringen tas ideen ut av den opprinnelige sammenhengen og omformes med formål om å overføres til andre kontekster. I denne sammenhengen innebar dekontekstualiseringen å definere opplæringsmodellen, når det gjaldt relevante samarbeidsaktører, innhold i opplæringen og selve tidsløpet. Det ble også utviklet informasjonsmateriell- og verktøy for introduksjon av modellen og kontekstualiseringsprosessen i de mottakende fylker og kommuner. Spredning er som vi har sett, ikke en lineær prosess. Den er preget av dialog mellom avsender og mottakere. Translatørkompetanse er særlig sentralt i en slik dialog. Det innebærer å ha kunnskap om ulike regler for oversettelse og å benytte seg av det modus som er best egnet for å spre innovasjonen til nye organisatoriske kontekster. For det nasjonale prosjektet Menn i helse er det KS som innehar denne viktige oversetterrollen, og nasjonalt team har vist å omsette den på en god måte.

7.2.2 Flere målsetninger og andre målgrupper

Menn i helse startet ut som et rent rekrutteringstiltak for å få flere menn til sektoren for å møte behovet for økt arbeidskapasitet. Gjennom prosjektperioden har imidlertid hovedfokus endret seg til først og fremst å være et kvalifiseringstiltak for å få flere ut i arbeid, og hvor rekruttering av flere menn til helsesektoren sees på som en tilleggsgevinst, en bonus. Denne endringen har skjedd som følge av en sterkere forankring i Nav.

Et funn fra følgeevalueringens første fase var behovet for å få til en sterkere forankring hos sentrale myndigheter på områder som Menn i helse prosjektet berører. Helsedirektoratet var del av styringsgruppa ved oppstart av det nasjonale prosjektet, mens Arbeids- og velferdsdirektoratet kun hadde en observatørrolle. Utdanningsdirektoratet var ikke representert i styringsgruppa. I løpet av følgeevalueringssperioden har det jobbet for å få flere av direktoratene med i styringsgruppa og involvert i prosjektet. Arbeids- og velferdsdirektoratet ble etter hvert med og har tatt en tydelig og aktiv rolle.

Menn i helse tilbys som et AMO-kurs i Nav, og det er et langvarig og kostbart tiltak. Flere av aktørene i Nav tolker regelverket dit at denne typen tiltak er prioritert for de innsatsgruppene som har stått utenfor arbeidsmarkedet over lengre tid. Det viste seg å være vanskelig å rekruttere mange og gode nok helserekutterer fra disse gruppene. Menn i helse er et komprimert utdanningsløp som krever motivasjon, men også et visst nivå av ferdigheter og helse til å fullføre. Erfaringene fra de første kullene viste at både manglende norskkunnskaper og manglende faglige kunnskap var hindre for å fullføre utdanningsløpet. Nav-direktøren åpnet i et brev til Nav for at det kan rekrutteres fra andre innsatsgrupper. Dette hadde stor betydning for deltakende fylker og kommuner. Imidlertid er det en tilbakevendende problemstilling om hvem som skal prioriteres når nye fylker og kommuner blir med i det nasjonale prosjektet Menn i helse.

Tolkning av regelverket i utdanningssektoren har heller ikke vært entydig. Fylkeskommunene har stilt spørsmål til utdanningsmodellen, når det gjelder hva som kan telles med av relevant praksis for å kunne gå opp til fagbrev. I noen fylker gjennomføres opplæringen på dispensasjon. Dette erfares ikke som holdbart av det nasjonale prosjektet Menn i helse, dersom tiltaket skal implementeres og spres. Det er ønskelig å få avklart og formalisert samarbeidet rundt utdanningsmodellen i Utdanningsdirektoratet. Dette er en viktig oppgave fremover. Nylig (11.juni 2018) la regjeringen i statsråd frem et forslag om «Fagbrev på jobb». Målgruppen er voksne i arbeidslivet som har fullført grunnskolen, har noe praksis fra lærefaget, men behov for veiledning og opplæring, før de kan gå opp til fagprøve. Deltakerne kan inngå en kontrakt med sin fylkeskommune og arbeidsgiver etter ett års praksis, og i fellesskap kan de lage en plan for veien til fagbrev. Dette forslaget kan ha stor betydning for en videre avklaring av utdanningsmodellen til Menn i helse.

Endringen av Menn i helse-prosjektet mot et kvalifiseringstiltak i Nav åpner for å tilby andre grupper samme utdanningsmodell. Menn i helse er forbeholdt menn i alderen 25-55

år, og en suksessfaktor har vært egne klasser for denne gruppen. Det er nærliggende å tenke seg at tilsvarende fagopplæring i egne klasser kunne vært gitt kvinner i samme aldersgruppe, dersom målet er å få flere ut i arbeid i en sektor som har økt behov for arbeidskraft. «Damer i helse» er startet som prosjekt i Trondheim etter Menn i helse-malen. Dette prosjektet startet i år.

Flykninger er en annen målgruppe. Det vil imidlertid være behov for en forberedende etappe for denne siste gruppen, før de går over på en opplæringsmodell som Menn i helse, for eksempel gjennom introduksjonsprogrammet. Annen forskning viser at det er gode erfaringer med fagrettet opplæring og kvalifisering i introduksjonsprogrammet (Eide & Røhnebæk, 2018). I dette ligger det at språkopplæring og forberedelse til arbeidslivet på et tidligere tidspunkt rettes inn mot en bestemt bransje, yrke eller fag. I et arbeidsmarked med stadig færre ufaglærte jobber er det vanskelig å få innpass uten videregående utdanning (Djuve et al., 2017). Arbeidspraksis gir i seg selv ikke tilgang til varig arbeidstilknytning, når formell utdanning mangler.

7.2.3 Andre sektorer og fagområder

Erfaringene fra spredningsprosessene til andre organisatoriske kontekster viser at det er vanskelig å kopiere en modell direkte, og det er grunn til å anta at det vil være enda vanskeligere å kopiere en modell fra en sektor eller fagområde til et annet. Vi er kjent med at Menn i helse til dels er forsøkt kopiert til barnehagesektoren gjennom Menn i barnehagen uten at de har hatt de samme gode resultatene. Hvorfor de ikke har fått de samme resultatene vet vi ikke, men en refleksjon som vi har gjort oss, er at det kan handle om sektorens oppgaver og tjenestebrukere og alder på de som rekrutteres inn i sektoren.

Hvilken kompetanse det er behov for i sektorene avhenger både av oppgavene og tjenestebrukerne. Praktiske rekrutteringstiltak er en måte å vise fram arbeidet på en realistisk måte. Slike tiltak må tilpasses den målgruppa det er rettet mot. Lekeressurs er et eksempel på et praktisk rekrutteringstiltak rettet mot ungdomsskolegutter. Det er ikke et kvalifiserende utdanningsløp, men gjennom hospitering i barnehagen er håpet at guttene blir inspirert og motivert for en karrierevei innen oppvekstsektoren og i barnehagen spesielt. Hospiteringen kan sammenlignes med helserekruittperioden i Menn i helse. Der helserekruittene tar viktige karrierevalg rett etter helserekruittperioden, kan det imidlertid ta flere år til ungdomsskoleguttene bestemmer seg for hva de vil velge av utdanning og yrke.

En faktor som fremheves for at Lekeressurs er et godt tiltak, er aldersgruppa som tiltaket er rettet mot. Ungdomsskoleguttene er midt mellom barn og voksen og har en lekekompetanse som er etterspurt i barnehagene. Denne kompetansen blir satt pris på både av barna og de ansatte i barnehagen. De positive erfaringene over å ha en hospiteringsplass i barnehagen kan bidra til at guttene vurderer barnehagesektoren som relevant utdannings- og yrkesvei i

fremtida (Ljunggren & Lauritzen, 2017). Også når det gjelder Menn i helse, tror vi alderen på målgruppa er en av suksessfaktorene. Menn mellom 25-55 år har gjort seg noen erfaringer som gjør at de har andre forutsetninger i møtet med mennesker i vanskelige situasjoner, enn de hadde tidligere. Erfaringene er både knyttet til modenhet og til kunnskap og ferdigheter. Som det kommer frem tidligere i denne rapporten, verdsettes for eksempel tidligere arbeidserfaring som kokk og gartner og kjennskap til gårdsbruk, maskiner og politikk av tjenestebrukere. På samme måte som for lekeressursene innebærer dette til at mennene erfarer at de er til nytte og bidrar positivt inn i arbeidet. Dette er en motivasjon for å velge helsefagarbeider eller andre yrker i helse- og omsorgssektoren.

Sektorenes ulike utfordringer, forskjellige oppgaver og mangfold av brukere gjør at en rekrutterings- eller kvalifiseringsmodell vanskelig kan kopieres direkte. I modifisert form som at enkelte elementer tas i bruk er vi imidlertid kjent med. Det gjelder for eksempel kommuner som bruker intervjuform og intervjuform for ansettelse av lærlinger og sommervikarer både i helse- og omsorgssektoren og i oppvekstsektoren. Inkludering av arbeidsgiver etter mal fra Menn i helse i utvelgelse til andre bransjer er det enkelte Nav-kontor som prøver ut. Andre ganger spres ideer mer enn modeller og elementer som inspirasjon til å tenke ut tiltak som rekrutterer og kvalifiserer arbeidskraft til sektorene. I slike tilfeller må modellen dekontekstualiseres radikalt, for så å kontekstualiseres inn i en ny kontekst utfra dennes forutsetninger og betingelser. Jo mer abstrakt en ide er, og jo mindre konkret den er, jo lettere ligger det til rette for en radikal modus (Røvik, 2007), dvs. en omvandling, hvor ideen kan fremstå som en ny innovasjon.

7.3 Konklusjon

Følgerevalueringen av det nasjonale prosjektet Menn i helse viser at prosjektet erfarer som et hensiktsmessig og nyttig tiltak for å øke andelen menn i helse- og omsorgssektoren, men også som et kvalifiseringstiltak. Det fremheves i prosjektet at det er av stor betydning med tverrsektorielt samarbeid mellom helse, utdanning og arbeids- og velferdssektoren. Et slikt samarbeid kan bidra til å løse både sektorvise utfordringer som ressursbehovet i helsesektoren og samfunnsmessige utfordringer som arbeidsledighet og utenforskap.

Det har vært flere og er fortsatt utfordringer relatert til organisering og samhandling og gjennomføring og spredning av prosjektet. Utfordringene er i stor grad relatert til oversettelsesprosessen til nye fylker og kommuner. Det handler om hvordan ideen og modellen presenteres, og hvordan den tas imot i nye organisatoriske kontekster. I diskusjonen ovenfor har vi løftet fram noen forhold som kan ha betydning for spredning av en modell som Menn i helse.

REFERANSELISTE

- Andersen, S. Høst, H., Nyen, T., Oldervoll, J. & Tønder, A.H. (2016). *Evaluering av vekslingsmodell i fag- og yrkesopplæringen. Delrapport 2*. Oslo: Fafo/NIFU-notat 2016:18.
- Arntzen, M.C. & Hasnes, Å. (2016). *Menn i pleieyrker: kjønnsforskjeller i jobbavgang blant pleiere i helse- og omsorgsektoren*, Master thesis, Universitetet i Agder.
- Baklien, B. (2004). Følgeforskning. *Sosiologi i dag*. Årg. 34, nr. 4, s. 49-66.
- Bratsberg, B., Nyen, T. & Raaum, O. (2016). *Fagbrev i voksen alder*. Oslo: Fafo-notat 2016:11
- Bye, S. (2015). *Å lære omsorg- en studie i helsefagarbeiderlærlingenes hverdag*. Master thesis. Trondheim: NTNU.
- Czarniawska, B., & Bernward, J. (1996). *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Connell, R. (1995). *Masculinities*. Cambridge: Polity Press
- Cottingham, M. D. (2014). Recruiting men, constructing manhood: How Health Care Organizations Mobilize Masculinities as Nursing Recruitment Strategy. *Gender & Society*, vol. 28, no. 1, p 133-156.
- Day, G. S. & Schoemaker, P.J. H. (2006): *Peripheral vision: detecting the weak signals that will make or break your company*. Boston: Harvard Business School.
- Djuve, A.B, Kavli, H.C, Sterri, E B. & Bråten, B. (2017). *Introduksjonsprogram og norskopplæring Hva virker- for hvem?* Oslo: Fafo-rapport 2017:31
- Eide, T.H. & Røhnebæk, M. (2018). *Samarbeid i og etter introduksjonsprogrammet*. Østlandsforskning Rapport nr. 04, 2018. Lillehammer: Østlandsforskning.
- Forsmark, S-M. & Ramberg Stav, S. (2014). *Rekrutteringsprosjektet Menn i helse*. Master thesis. Handelshøyskolen i København og Aarhus Universitet.
- Gjertsen, H. & Olsen, T. (2012). *Menn i omsorgsykker*. Bodø: Nordlandsforskning, NF-rapport nr. 8/2012.

Haaheim, L. (2017). *Kvalitet i fagopplæring i Trondheim kommune- en kvalitativ studie av lærlinger og veiledere sin opplevelse av hvilken betydning arbeidsallianse har for lærlingenes faglige og personlige utvikling i veiledningen*. Master thesis. Trondheim: NTNU.

Helsedirektoratet, (2018) <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 (2012-2013)). Oslo: Departementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020*. Regjeringsplan for omsorgsfeltet 2015-2020. Oslo: Departementet.

Hernes, H. (1982). *Staten - kvinner ingen adgang?* Oslo: Universitetsforlaget.

Høst, H., Nyen, T., Reegård, K. & Tønder, A.H. (2018). *Evaluering av vekslingsmodell i fag- og yrkesopplæringen*. Delrapport 3. Oslo: Fafo-notat 2018:01.

Høst, H. (2010). *Fag- og yrkesopplæringen i Norge- noen sentrale utviklingstrekk*. NIFU STEP rapport; 2-2010.

Jacobsen, D.I. (2004). *Hvorfor er samarbeid så vanskelig?* I Repstad, P. (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Kalleberg, R. (1992). *Konstruktiv samfunnsvitenskap. En fagteoretisk plassering av «aksjonsforskning»*. Rapport nr. 24, Universitetet i Oslo, Institutt for sosiologi.

Kunnskapsdepartementet (2015) *Fra utenforskap til ny sjanse - samordnet innsats for voksnes læring*. Meld. St. 16 (2015-16). Oslo: Departementet.

Kvande, E. & Rasmussen, B. (1993). *Nye kvinneliv. Kvinner i menns organisasjoner*. Oslo: adNotam Gyldendal.

Langø, S.R. (2016). *Menn i helse*. Trondheim: Tiller videregående skole og NTNU.

Lauritzen, T. & Stokke, M. (2014). *De få utvalgte. Veien til høyere militære stillinger. Et delprosjekt i studiet av rekruttering, sosialisering og militær kjernekompetanse i Forsvaret, 2011-2014*. Østlandsforskning Rapport nr. 04, 2014. Lillehammer: Østlandsforskning.

Ljunggren, B. & Lauritzen, T. (2018) Likestillingsintegrering i kvinnedominerte sektorer- horisontale styringsutfordringer. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 02 / 2018 (Vol. 59), s. 157-179.

Ljunggren, B. & Lauritzen, T. (2017). Lekeressurs- rekruttering og innovasjon. *Barnehagefolk* 03/2017, s. 18-24.

Meadus, R. J. (2000) Men in Nursing: Barriers to Recruitment. *Nursing Forum*, Vol 35, no. 3, p. 5- 12.

Meadus, R.J. & Twomey, J.C. (2011). Men student nursing: the nursing education experience. *Nursing forum*, 2011 Oct- Dec; 46 (4): 269-79.

Olsvik, V. M. & Lauritzen, T. (2014). *Stigespillet. Unge kvinners karriereløp i Forsvaret. Et delprosjekt i studiet av rekruttering, sosialisering og militær kjernekompetanse i Forsvaret, 2011 - 2014*. Østlandsforskning Rapport nr. 08, 2014. Lillehammer: Østlandsforskning

Røvik, K.A. (1998). *Moderne organisasjoner: trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget

Seegaard, S. (2006). Refleksivitet i følgeforskning. Strategi, roller og utfordringer. Fagkonferanse Trondheim, 3.-5.januar 2007.

Skjeie, H. & Teigen, M. (2003). *Menn imellom*. Oslo: Gyldendal akademisk

Svare, H. (2009). *Menn i pleie og omsorg – brødre i hvitt*. Oslo: Universitetsforlaget

Tobiassen, A. E. & Døving, E. (2014). Kompetansevurdering og kompetanseheving i pleie- og omsorgssektoren. *Tidsskrift for velferdsforskning*. Vol. 17.

Kunnskapsdepartementet. (2015). *Fra utenforskap til ny sjanse. Samordnet innsats for voksnes læring*. (Meld. St. 16 (2015-2016)). Oslo: Departementet.

Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Stoltz, G. & Sirnes, E. (2017, 2. oktober) Kostnad Nytte Analyse. Store norske leksikon. Lastet ned 18. mai 2018 fra <https://snl.no/kostnad-nytte-analyse>

Torfing, J., Sørensen, E. og Aagaard, P. (2014). Samarbejdsdrevet innovation i praksis: en introduktion. I Aagaard, P., Sørensen, E. og Torfing, J. (red.): *Samarbejdsdrevet innovation i praksis*. København: Jurist- og økonomforbundets forlag.

Witzøe, A.M. (2016). *Utdanningsmodellen "Menn i helse". Hvordan ivaretar utdanningsmodellen til 'Menn i helse' deltaernes forventede yrkeskompetanse som fremtidig helsefagarbeider?* Master thesis. Trondheim, NTNU.

VEDLEGG 1 INTERVJUGUIDER

A. Intervjuguide fylkeskoordinatorer

Fokus: organisering og gjennomføring, og deres vurdering av samhandlingsrelasjonene

1. Innføring av Menn i helse i fylket

- Vet du hvordan og hvem i fylket som ble introdusert for Menn i helse?
- Hvordan og når dere ble med i Menn i helse?
- Hvem var aktørene?
- Kan du beskrive forankringsprosessen slik du kjenner til den?
- Hvem deltok og var ansvarlig for prosessen?
- Var nasjonalt team delaktige i prosessen? Evt. på hvilke måter?

2. Organisering og samarbeid i fylket

- Kan du beskrive hvordan Menn i helse er organisert i fylket?
- Som fylkeskoordinator - hvordan vurderer du din plassering i organisasjonen?
- Hva er dine ansvarsområder?
- Hvorfor søkte du stillingen? Om du søkte den?
- Hva er din bakgrunn?
- Hvem finansierer fylkeskoordinatorstillingen?
- Hvor du ansatt?
- Har du en annen stilling i tillegg? Evt. hvor og hva?

3. Kan du gjøre rede for de viktigste samarbeidsaktørene i fylket?

- Hvorfor er dette de viktigste samarbeidsaktørene?
- Er det andre aktører du tenker det er relevant å samarbeide med som dere ikke gjør per i dag?
- Hva består samarbeidet i?
- Hvordan vurderer du samarbeidsrelasjonene med hver av aktørene? (eks med nav og sikring av rekruttering til prosjektet)
- Hva fungerer bra og mindre bra med organiseringen og samarbeidet på fylkesnivå?

4. Organisering og samarbeid nasjonalt

- Kan du si litt om hvordan dere i fylkene jobber med nasjonalt team?
- Hva bidrar nasjonalt team med overfor dere og omvendt?
- Hva fungerer bra og mindre bra med den nasjonale organiseringen og samarbeidet?
- På hvilke måter samarbeider dere med de andre fylkene?
- Er det noen fylker dere samarbeider mer med? Hvorfor disse?

5. Gjennomføring av tiltaket i fylket

- Kan du si kort litt om «gangen»/årshjulet i gjennomføringen slik det ligger planer om for 2016? (om har fått fra fylkene så snakk rundt den)
- Hvordan profilerer dere prosjektet i fylket?
- Overfor aktuelle samarbeidspartnere?
- Overfor mulige helserekutter?
- Hvem profilerer prosjektet?

6. Seleksjonsprosessen:

- Hvordan vurderer du organiseringen av rekrutteringen til Menn i helse i ditt fylke?
- Hvordan er rekrutteringsgrunnlaget?
- Er det nok motiverte og allerede kvalifiserte menn?
- Hvordan er fordelingen mellom etnisk norske menn og andre?
- Hvordan tenker du på menn i helse som et mulig integreringstiltak for å få etniske minoriteter inn i arbeidslivet? Hva er evt. utfordringene?

7. Utdanningsløpet:

- Hvordan vurderer du det komprimerte utdanningsforløpet slik det er organisert i fylket ditt per i dag? Er det gjennomførbart?
- Må mange ta fellesfagene i tillegg? Hva betyr det for det komprimerte løpet?
- Tverrfaglig eksamen og privatist eksamen – hvilken ordning er det i ditt fylke – hvilken ordning ønsker dere? Betydning for lærekontrakter?
- Hvem er ansvarlig for opplæringen?

8. Praksisperioden:

- Hvordan vurderer du organiseringen av læretiden for helserekuttene i ditt fylke?
- Er det vanskelig å få lære plasser og veiledere?
- Hvem finansierer læretiden? Evt. hva er fordelingen mellom aktørene?
- Hvordan opplever du forskjellene mellom virksomhetene som har helserekutter i lære?
- Muligheter for jobb etterpå?

9. Fordeler og utfordringer

- Hva opplever du som fylkeskoordinator at er fordelene ved måten dere har organisert Menn i helse på? Hva er barrierer?
- Hva opplever du som fylkeskoordinator at er utfordrende ved innføringen og gjennomføringen av Menn i helse i ditt fylke? Hva er mulighetene?

B. INTERVJUGUIDE SAMARBEIDSPARTNERE I HVERT FYLKE

- Kan du si litt om stillingen du sitter i?
- Når og hvordan kom dere med i Menn i helse?
- Hvilken rolle eller mandat har dere i prosjektet Menn i helse?
- Hva er deres erfaringer med prosjektet og måten det er organisert på?
- Hva er utfordringene i prosjektet ut fra ditt/deres ståsted?
- Hvordan opplever du/dere samarbeidet med Menn i helse?
- Samarbeider dere med andre av aktørene i fylket? Og evt. hvordan vurderer du det samarbeidet?
- Kostnader ved prosjektet? Sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

C. Lærlinger

1. Motivasjon for og oppstart av Menn i helse

- Hvorfor ble du med i Menn i helse?
- Av hvem fikk du informasjon om tiltaket?
- Hvordan opplevde du rekrutterings- og utvelgesprosessen?

2. Utdanningsløpet i Menn i helse

- Hva tenker du om måten opplæringen er organisert på?
- Hva synes du fungerer bra/mindre bra?
- Hvordan opplever du vekslingen mellom teori og praksis?
- Hva synes du om oppfølgingen på skolen og ute i praksis?

3. Hvordan trives du i praksis?

- Hvordan blir du tatt imot av kollegaer og brukere?
- Hvordan synes du det er å være en av få menn blant de ansatte?
- Hva er de største utfordringene med å følge opplæringsløpet i Menn i helse?

4. Betydningen av å delta i Menn i helse

- Hva betyr det for deg å være en del av Menn i helse?

- Hvordan ser du for deg fremtiden når det gjelder arbeid? Ser du for deg å jobbe som helsefagarbeider om 10 år?

D. Enhetsledere

Kort om arbeidssted/avdelingen, egen bakgrunn

1. Motivasjon for å ta imot lærlinger fra Menn i helse

- Hvorfor sa dere ja til å ta imot lærlinger?
- Hvordan ble dere involvert i Menn i helse?

2. Opplæring av lærlinger

- Hva er deres erfaringer med å ha lærlinger her?
- Hvordan fungerer samarbeidet med skolen rundt oppfølging av helserekruktene?

3. Veileders oppgaver/faglærers oppgaver

- Erfarer dere at de har med seg relevant kompetanse/tilstrekkelig kompetanse når de kommer hit som lærlinger?
- Hvordan ser du på organiseringen av utdanningsmodellen Menn i helse?
- Hva fungerer bra/mindre bra – for helserekruktene/for arbeidsplassen

4. Betydningen av flere menn i helsesektoren

- Hvilke erfaringer har du med flere menn blant de ansatte?

5. Arbeidsmiljø/utførelse av tjenester

- Hva er ditt inntrykk av hva ansatte synes om flere menn på arbeidsplassen?
- Hva er ditt inntrykk av hva brukere/pårørende synes om å motta tjenester av menn?
- Er det viktig med økt kjønnsbalanse i helsesektoren generelt tenker du?
- Hva tenker du om den samfunnsmessige betydningen av Menn i helse?

VEDLEGG 2: UTVIKLINGSVERKSTED 1

**MENN
I HELSE**

www.mennihelse.no

Hvordan styrke det nasjonale prosjektet Menn i helse?

Vi inviterer til utviklingsverksted med faglig påfyll og erfaringsutveksling!

Sted: Statens hus, Trondheim

Tid: Onsdag 2. november, klokka 10.00-16.00

Lunsj er inkludert

Østlandsforskning følger opp og evaluerer Menn i helse på vegne av KS. Hensikten med følgeevalueringen er å få et kunnskapsunderlag for videre arbeid med rekruttering av menn til helse- og omsorgssektoren.

Følgeevalueringen går over 2 1/2 år og er inndelt i tre faser. Første fase omfatter en kartlegging av aktørens samhandlingsrelasjoner og organisering av prosjektet. I fase to er fokuset på å justere og videreutvikle Menn i helse, og det er i den forbindelse vi inviterer til det første utviklingsverkstedet. Senere i fase to vil vi også gjøre dypdykk i to fylker for å få kunnskap om arbeidsgiveres, kollegaers og helsepersonellens erfaringer med prosjektet, som utgangspunkt for det andre utviklingsverkstedet som vil finne sted høsten 2017. Justeringene og videreutviklingen av Menn i helse skal bidra til å sikre videreføring og spredning av modellen som er målet for fase tre.

Dagens program består av tre deler:

Faglig påfyll

- Presentasjon av funn fra følgeevalueringens første fase
- Innspill fra deltakere i Menn i helse

Dialog og gruppearbeid

- Diskusjon og erfaringsdeling på tvers av fylker og tjenesteområder

Konkretisering

- Vurdering av arbeid i eget fylke

Vennlig hilsen

Prosjektleder Eli Sogn Iversen

Menn i helse



Prosjektleder Tonje Lauritzen

Østlandsforskning



Østlandsforskning
EASTERN NORWAY RESEARCH INSTITUTE

ET NASJONALT PROSJEKT



Fylkesmannen



HelseDirektoratet



VEDLEGG 3: UTVIKLINGSVERKSTED 2

**MENN
I HELSE**

www.mennihelse.no

Invitasjon til utviklingsverksted

Tema:

**Hvordan sikre god kvalitet på veiledningen i Menn i helse
Hva inngår i veilederrollen?**

Sted: Thon Hotell Vika

Tid: Onsdag 27. september kl.10.00 - 16.00

Lunsj er inkludert

Østlandsforskning følger og evaluerer Menn i helse på vegne av KS. Hensikten med evalueringen er å få et kunnskapsunderlag for videre arbeid med rekruttering av menn til helse- og omsorgssektoren.

Følgeevalueringen går over 2 1/2 år og er inndelt i tre faser. Første fase omfatter en kartlegging av aktørens samhandlingsrelasjoner og organisering av prosjektet. I fase to har vi gjort dypdykk i to fylker og innhentet erfaringer fra praksisfeltet. Funnene derfra er innspill til områder Menn i helse kan videreutvikle prosjektet. Et viktig funn derfra som vi vil løfte frem som tema på utviklingsverkstedet, er **veilederrollen** og **veiledning av Menn i helse-deltakerne**. Justeringene og videreutviklingen av Menn i helse skal bidra til å sikre videreføring og spredning av modellen som er målet for fase tre.

Utviklingsverkstedets program består av tre deler:

1. Faglig påfyll

- Presentasjon av funn fra følgeevalueringens andre fase
- Innspill fra deltakere i Menn i helse

2. Dialog og gruppearbeid

- Diskusjon og erfaringsdeling

3. Konkretisering

- Vurdering av eget arbeid

ET NASJONALT PROSJEKT



Vi ser på deg som en viktig ressursperson i dette arbeidet. Du inviteres derfor til vårt utviklingsverksted med faglig påfyll og erfaringsutveksling. Håper du vil være med oss å dele dine erfaringer og innspill denne dagen.

Vennlig hilsen
Prosjektleder Eli Sogn Iversen
Menn i helse



Prosjektleder Tonje Lauritzen
Østlandsforskning



ET NASJONALT PROSJEKT



VEDLEGG 4: MENNIHELSEDAGEN 2018

**MENN
I HELSE**



TORSDAG 14. JUNI • KS-HUSET OSLO

MENNIHELSE **DAGEN** 2018

- 09:30 Registrering, kaffe, karameller og frukt
- 10:00 **VELKOMMEN TIL MENN I HELSE-DAGEN 2018**
Eli Sogn Iversen, prosjektleder, Menn i helse
Helge Eide, direktør, KS
- 10:15 **ERFARINGER OG SUKSESSFaktorER**
Rapport presenteres av forsker Tonje Lauritzen, Østlandsforskning
- 11:05 **MINISTERPANELET**
Åse Michaelsen, Eldre- og folkehelseminister
Linda Hofstad Helleland, Barne- og likestillingsminister
Morten Bakke, Statssekretær, Arbeids- og sosialdepartementet
- 11:40 **RØNSBERG á la Senkveld - helserekruttene forteller**
- 12:15 Lunsj
- 13:00 **LERSTANG á la Lindmo - oppdrag Menn i helse**
- 13:40 **BEDRE ARBEIDSMILJØ MED FLERE MENN?**
Forsker Kjersti Misje Østbakken, Institutt for samfunnsforskning
- 14:00 **ENDELIG MANDAG!**
Karin Fevaag Larsen, Ny giv
- 14:45 **FREMTIDENS MENN I HELSE**
- 15:00 Takk for i dag!

«MOT TIL NYE VALG»
Eli Sogn Iversen, Menn i helse

«HÆLI!»

Karin Fevaag Larsen, Ny giv

**«VI ØNSKER
OSS FLERE MENN!»**

Helga Berge, enhetsleder Solgløtt sykehjem

ET NASJONALT PROSJEKT



**... hadde jeg visst hvor interessant dette yrket er, så hadde jeg gjort det for mange år siden.
Følgeevaluering av det nasjonale prosjektet Menn i helse.**

Denne rapporten omhandler følgeevalueringen av det nasjonale prosjektet Menn i helse. Menn i helse er et komprimert utdanningsløp for menn mellom 25-55 år på egnet Nav-ytelse med mål om å bli helsefagarbeider. Følgeevalueringen har gått fra 2016-2018 og er gjennomført på oppdrag fra KS. Hensikten med følgeevalueringen er å få frem ulike perspektiver og erfaringer blant aktørene i Menn i helse hentet gjennom intervjuer med representanter for samarbeidsaktører og deltakere. De overordnede problemstillingene er knyttet til hva som hemmer og fremmer måloppnåelse underveis, og hvilke faser som er mest kritiske i prosjektet. Fokuset har vært på organisering og samhandling, gjennomføring i praksisfeltet og betydningen som tiltaket har på ulike områder. Et viktig mål med følgeevalueringen har vært å utvikle og spre Menn i helse nasjonalt.

ØF-rapport 07/2018

ISBN nr: 978-82-7356-776-5