



Høgskolen  
i Innlandet



**Asbjørn Kårstein, Mette Sønderskov, Vigdis  
Mathisen Olsvik og Tonje Lauritzen**

## **Menn i helse**

**En statusoppdatering**

Skriftserien 8 - 2020



**østlandsforskning**  
Eastern Norway Research Institute

© Forfatter/ Høgskolen i Innlandet

ISBN elektronisk versjon: 978-82-8380-190-3

ISSN trykt/elektronisk versjon: 2535-5678

Oppdragsgiver: KS

Prosjektleder: Tonje Lauritzen

Emneord: Menn i helse, utdanning, helsefagarbeider, NAV,  
evaluering

Dato: Juni 2020

# FORORD

Denne rapporten omhandler nåværende status i 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 få fagbrev som helsefagarbeider. Statusrapporten bygger videre på anbefalingene fra følgeevalueringen Østlandsforskning gjennomførte i perioden 2016-2018 på oppdrag fra KS. Hensikten med denne rapporten er å vurdere hvordan Menn i helse har jobbet med å videreutvikle prosjektet i tråd med anbefalingene. I tillegg ønsker KS svar på ulike problemstillinger knyttet til utdanningsmodellen, måloppnåelse og effekter.

Datainnsamlingen ble gjennomført våren 2020. Vi intervjuet totalt 21 informanter fordelt på tre fylker. Vi vil takke alle informantene som har stilt opp. Videre vil vi takke oppdragsgiver for et interessant oppdrag og godt samarbeid.

Lillehammer, den 30. juni 2020

Tonje Lauritzen (sign.)

instituttleder

# INNHold

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1</b>	<b>Problemstillinger</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2</b>	<b>Begrepsavklaringer</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>METODE</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1</b>	<b>Østlandsforsknings statusrapport for Menn i helse</b> .....	<b>6</b>
<b>2.2</b>	<b>Østlandsforsknings tidligere følgeevaluering</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>ANBEFALINGER FRA FØLGEEVALUERINGEN</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1</b>	<b>Organisasjonsmodellen i prosjektet Menn i helse</b> .....	<b>8</b>
3.1.1	Anbefalinger knyttet til organisering .....	9
<b>3.2</b>	<b>Utdanningsmodellen i prosjektet Menn i helse</b> .....	<b>11</b>
3.2.1	Anbefalinger knyttet til utdanningsmodellen .....	13
<b>3.3</b>	<b>Måloppnåelse</b> .....	<b>15</b>
<b>3.4</b>	<b>Uventede effekter</b> .....	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>VIDEREFØRING AV MENN I HELSE</b> .....	<b>18</b>
<b>4.1</b>	<b>Gjennomførte endringer</b> .....	<b>18</b>
4.1.1	Endringer i vekslingsmodellen .....	19
4.1.2	Tildeling av midler .....	19
<b>4.2</b>	<b>Forankring og handlingsrom</b> .....	<b>20</b>
<b>4.3</b>	<b>Nasjonalt team</b> .....	<b>21</b>
<b>4.4</b>	<b>Funksjonen som fylkeskoordinator</b> .....	<b>22</b>
<b>4.5</b>	<b>Rekrutteringsgrunnlag blant flere innsatsgrupper</b> .....	<b>25</b>
4.5.1	Intervjuprosessen.....	27
4.5.2	Markedsføring.....	28
<b>4.6</b>	<b>Helserekрутtperioden</b> .....	<b>30</b>
<b>4.7</b>	<b>Vekslingsmodellen</b> .....	<b>31</b>
4.7.1	Oppfølging under opplæringen.....	33
4.7.2	Veiledning .....	35
4.7.3	Kvaliteten på undervisningen .....	37
4.7.4	Voksnes læring.....	38
<b>4.8</b>	<b>Økt kvalitet i alle ledd</b> .....	<b>39</b>
4.8.1	Samlinger og workshops .....	39
4.8.2	Ulike behov .....	40

4.9	Måloppnåelse .....	42
4.10	Uventede effekter .....	44
4.11	Veien videre .....	46
5	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON .....	49
5.1	Arbeidet med videreutvikling av Menn i helse .....	49
5.1.1	Faktorer som er viktige for helserekruddenes gjennomføring.....	51
5.2	Hva er avgjørende for suksess og bærekraft?.....	52
5.3	Konklusjon og videre anbefalinger .....	53
	LITTERATURLISTE.....	56
	VEDLEGG .....	57
A.	Informasjonsbrev .....	57
B.	Intervjuguide.....	59

## Figurliste

Figur 1	Organisasjons- og samhandlingskart for prosjektet Menn i helse .....	8
Figur 2	Utdanningsmodellen Menn i helse .....	12

# SAMMENDRAG

Formål:	Formålet med undersøkelsen er å vurdere hvordan Menn i helse har jobbet med å videreutvikle prosjektet i tråd med anbefalingene gjort etter følgeevalueringen i 2016-2018.
Problemstilling:	Oppdragsgiver ønsker en utdyping rundt utdanningsmodellen, prosjektets måloppnåelse og effekter av prosjektet på ulike områder.
Design og metoder:	For å finne ut mer om hvordan dette henger sammen har vi gjort intervjuer med 21 personer i 3 fylker.
Resultater:	Dataene har gitt oss grunnlag for å si noe om utdanningsmodellen med hensyn til suksessfaktorer og eventuelle barrierer, og hva som skal til for at den skal være bærekraftig, samt hvilke faktorer som er avgjørende for helserekruttenes gjennomføring. Videre i hvilken grad organiseringen av prosjektet er avgjørende for suksess og bærekraft med hensyn til prosjektledelse, fylkeskoordinatorer, markedsføring og finansiering. Måloppnåelse i prosjektet drøftes opp mot hva som fremmer og hemmer måloppnåelsen, og uventede effekter diskuteres relatert til i hvilken grad Menn i helse bidrar til å reversere utenforskap, samt betydningen prosjektet har for arbeidsmiljø og brukertilfredshet.
Konklusjoner:	Siden det fremdeles ikke finnes en nasjonal godkjenning av opplæringen i prosjektet, bør arbeidet med å forankre Menn i helse inn mot Utdanningsdirektoratet fortsatt være en prioritert oppgave. I hvilken form det nasjonale nivået og fylkeskoordinatorrollen skal ivaretas i den videre prosjektperioden bør også drøftes videre. Menn i helse bør fortsette å arbeide med hvordan prosjektet kan spres til flere, både lokale NAV-kontorer og potensielle helserekutter, på en effektiv måte. Når det gjelder helserekruttperioden, fremstår denne som en svært velegnet utprøvings- og seleksjonsarena, og bør derfor beholdes. Det samme gjelder vekslingsmodellen som framstår som et av prosjektets viktigste suksesskriterier. Angående kvalitet i alle ledd, har Menn i helse kommet et godt stykke med å utvikle arenaer for samhandling og erfaringsutveksling, men også på dette området er det rom for videre utvikling.
Emneord:	Menn i helse, utdanning, helsefagarbeider, NAV, evaluering

# 1 INNLEDNING

Østlandsforskning gjennomførte i perioden 2016-2018 en følgeevaluering av det nasjonale prosjektet Menn i helse hvor det avslutningsvis ble lagt frem sju anbefalinger for det videre arbeidet (Lauritzen og Olsvik, 2018). KS ønsker nå en statusrapport som vurderer hvordan prosjektet Menn i helse har jobbet med å videreutvikle prosjektet i tråd med disse anbefalingene:

1. 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.
2. 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.
3. Beholde funksjonen med fylkeskoordinator for å sikre samhandling og samarbeid om prosjektet regionalt. Hvor denne funksjonen skal legges i framtiden, må diskuteres.
4. Sikre bredt rekrutteringsgrunnlag blant flere innsatsgrupper i NAV for å kunne bidra til økt gjennomføring og verdiskaping i samfunnet.
5. Beholde helserekruittperioden som seleksjonsarena både for den enkelte og for arbeidsgiver med tanke på videre kvalifisering mot fagbrev som helsefagarbeider.
6. Beholde vekslingsmodellen fordi vekslingen mellom teori og praksis er avgjørende for gjennomføringen av utdanningsløpet.
7. Øke kvaliteten på alle ledd i Menn i helse-modellen gjennom felles opplæring og jevnlig erfaringsoverføring blant alle involverte.

## 1.1 Problemstillinger

I denne statusrapporten ønsker KS en utdyping rundt utdanningsmodellen, prosjektets måloppnåelse og effekter av prosjektet på ulike områder. Når det gjelder utdanningsmodellen, skal denne beskrives med hensyn til suksessfaktorer og eventuelle barrierer, og hva som skal til for at den skal være bærekraftig, samt hvilke faktorer som er avgjørende for helserekruittenes gjennomføring. Videre skal det i statusrapporten sees på i hvilken grad organiseringen av prosjektet er avgjørende for suksess og bærekraft med hensyn til prosjektledelse, fylkeskoordinatorene, markedsføring og finansiering. Måloppnåelse i prosjektet skal drøftes opp mot hva som fremmer og hemmer

måloppnåelsen i prosjektet, og uventede effekter skal diskuteres relatert til i hvilken grad Menn i helse bidrar til å reversere utenforskap, samt betydningen som prosjektet har for arbeidsmiljø og brukertilfredshet.

## 1.2 Begrepsavklaringer

Vi har tatt utgangspunkt i det skisserte oppdraget angående statusrapporteringen, men har også hatt behov for en avklaring rundt noen av begrepene for å sikre en omforent forståelse av hva som er gjennomførbart i rapporteringen.

Dette gjaldt for det første begrepet «bærekraftig», hvor man her mener organisering og finansiering om hva som må til for å sikre en videreføring av prosjektet etter at det er avsluttet.

Det andre begrepet som måtte avklares, var «måloppnåelse». Hovedmålsettingen for prosjektet er å bidra til at flere menn utdannes som helsefagarbeidere ved å tilby et komprimert og forutsigbart utdanningsløp mot fagbrev som helsefagarbeidere. Her forholder vi oss til definerte måltall relatert til blant annet antall helserekutter, lærlinger og fullførte fagbrev som KS Menn i helse fremskaffer. I diskusjonen er fokuset på hva som fremmer og hemmer måloppnåelsen i prosjektet.

Det tredje og siste begrepet som måtte forhåndsavklares var «effekter», noe som er problematisk å bruke i denne sammenhengen, da det ikke finnes grunnlag for en effektstudie i ordets egentlige forstand. I denne sammenhengen menes aktørenes erfaringer og synspunkter angående de aktuelle temaene utenforskap, arbeidsmiljø og brukertilfredshet.

Med bakgrunn i ovennevnte problemstillinger og begrepsavklaringer vil vi i metodekapitlet gjøre rede for hvordan vi vil svare på problemstillingene, og hvilke utfordringer vi ser i så henseende.



## 2 METODE

Oppdragsgiver ønsker at statusrapporten skal ta utgangspunkt i anbefalingene i Østlandsforsknings evalueringsrapport fra 2018 og vurdere hvordan prosjektet Menn i helse har jobbet med å videreutvikle prosjektet i tråd med disse anbefalingene. Disse problemstillingene skal først og fremst besvares på bakgrunn av telefonintervjuer med aktuelle informanter, men også på tidligere innsamlet datamaterialet og funn fra vår følgeevaluering.

### 2.1 Østlandsforsknings statusrapport for Menn i helse

Østlandsforsknings statusrapportering ble gjennomført i perioden februar til juni 2020. I tillegg til å bygge på funn fra følgeevalueringen, er det gjennomført 21 intervjuer med informanter hentet fra tre fylker.

Det er gjort intervjuer med følgende representanter:

- En representant fra Helsedirektoratet
- En representant fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Tre fylkeskoordinatorer
- Tre representanter fra fylkeskommunen med ansvar for opplæring i Menn i helse
- Tre representanter fra NAV fylke med ansvar for rekruttering til Menn i helse
- Seks representanter fra kommunene med ansvar for opplæring og praksis

I tillegg er det foretatt et gruppeintervju med den nasjonale prosjektledelsen i Menn i helse, samt utført intervjuer med tre menn, en fra hvert fylke, som har fullført utdanningen og fått fagbrev.

Intervjuene med de aktuelle informantene har bestått av spørsmål om deres erfaringer og synspunkter knyttet til organisering, utdanningsmodellen, måloppnåelse og «effekter». Som nevnt, vil det være tidligere innsamlet datamateriale sammen med nytt innsamlet datamateriale fra de nye informantene, som benyttes for å drøfte de aktuelle temaene.

Når det gjelder status for videreutvikling av prosjektet i tråd med anbefalingene, ser vi i intervjuene på følgende generelle spørsmål: 1) Hvordan har det vært jobbet med anbefalingene? 2) Hvem har vært involvert i arbeidet? 3) Har det blitt gjennomført endringer, og hva slags følger har disse fått? Dette er spørsmål som spesielt er rettet mot den nasjonale prosjektledelsen og fylkeskoordinatorene. Alle representantene fra de tre fylkene har fått mer spesifikke spørsmål knyttet til utdanningsmodellen for å kartlegge suksessfaktorer og eventuelle barrierer, hva som skal til for å gjøre utdanningsmodellen bærekraftig, hvilke faktorer som er avgjørende for helserekruddenes gjennomføring, samt i

hvilken grad prosjektorganiseringen er avgjørende for suksess og bærekraft. I tillegg har vi stilt spørsmål om i hvilken grad Menn i helse har hatt måloppnåelse og/eller gitt uventede effekter, undersøkt hvordan eksisterende arenaer for opplæring og erfaringsutveksling fungerer, og til slutt spurt om hva de tenker om veien videre for Menn i helse. Vi har i intervjuene med de tre tidligere helsekrukkene fra hvert fylke stilt spørsmål om deres erfaringer som deltakere av Menn i helse, samt om deres arbeidssituasjon nå.

Det er ikke alle informanter som har like stort eierskap til prosjektet, noe som gjenspeiles i intervjuene gjennom varierende kjennskap til organiseringen av Menn i helse.

## **2.2 Østlandsforsknings tidligere følgeevaluering**

Østlandsforskning gjennomførte en følgeevaluering av prosjektet Menn i helse fra januar 2016 til juni 2018. Denne baserte seg på en kvalitativ tilnærming med en kombinasjon av dokumentstudier, intervjuer og casestudier, samt utviklingsverksteder som ble organisert av KS Menn i helse med bidrag fra Østlandsforskning. Metodene var relatert både til å dokumentere og evaluere tidligere erfaringer mht. måloppnåelse og prosesser, og til å bidra til å utvikle prosjektet, samt gi anbefalinger for en eventuell videreføring og spredning av tiltaket.

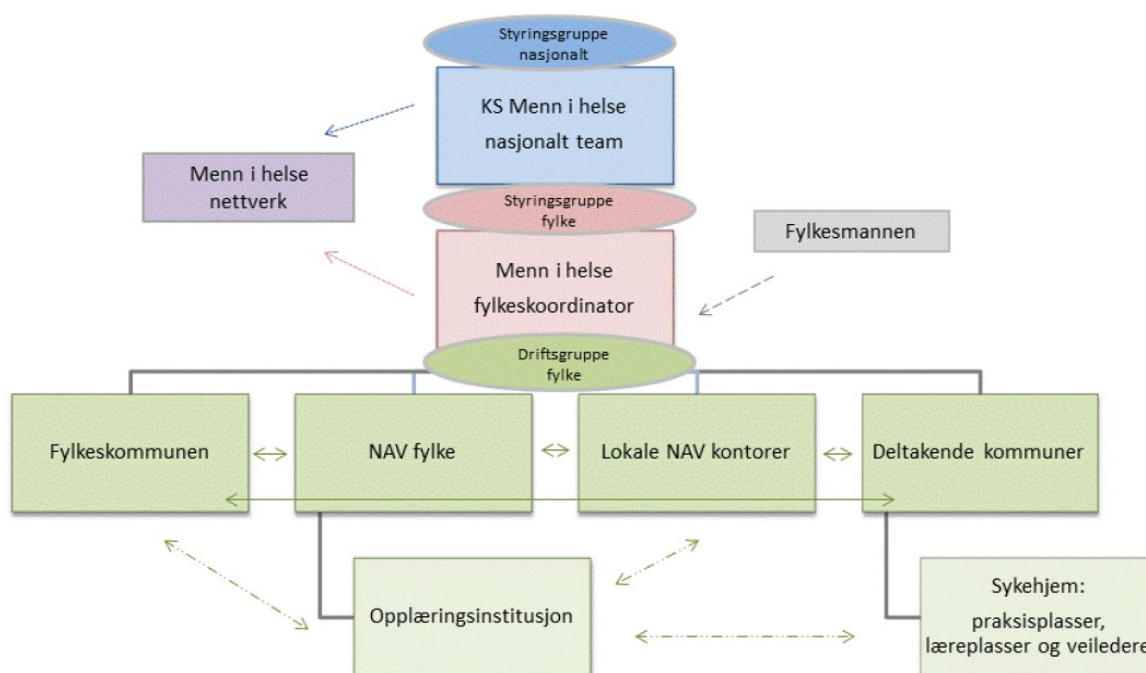
Evalueringen ble gjennomført i tre faser, hvor den første fasen hadde fokus på organisering og samarbeid, samt gjennomføring av tiltaket. Sentrale innsamlingsmetoder var dokumentstudier, telefonintervjuer og samhandlingskart. Det ble foretatt en gjennomgang av relevante dokumenter fra starten i 2010 frem til juni 2016 i alle de involverte fylkene. Telefonintervjuer ble gjort med 48 informanter fra nasjonalt team, fylkeskoordinatorer, NAV fylke og NAV kommune, fylkeskommunenes utdanningsavdelinger, samt kommunalsjefer og opplæringsinstitusjoner. I den andre fasen ble det gjort «dypdykk» i to av fylkene, hvor det ble gjort personlige intervjuer med 20 informanter fordelt på lærlinger eller ferdige utdannede menn fra prosjektet, samt med avdelingsledere, veiledere og en bruker. I den tredje fasen var fokuset på betydningen av Menn i helse-prosjektet for den enkelte, arbeidsplassen, helse- og omsorgssektoren og samfunnet for øvrig. Datamaterialet ble hentet fra intervjuene i fase en og to, samt fra rapporter og tall fra det nasjonale teamet.

### 3 ANBEFALINGER FRA FØLGEEVALUERINGEN

Siden oppdragsgiver ønsker at statusrapporten skal ta utgangspunkt i de sju anbefalingene i Østlandsforsknings rapport fra 2018, samt vurdere hvordan Menn i helse har jobbet med å videreutvikle prosjektet i tråd med disse anbefalingene, vil vi redegjøre for bakgrunnen for anbefalingene. Først vil vi presentere organisasjonsmodellen dernest utdanningsmodellen.

#### 3.1 Organisasjonsmodellen i prosjektet Menn i helse

Det er tre anbefalinger fra vår tidligere følgeevaluering som hadde fokus på organiseringen av prosjektet Menn i helse. Den første gjaldt en sterkere forankring inn mot Utdanningsdirektoratet og viktigheten av å definere fylkenes og kommunenes handlingsrom når det gjaldt tolking av regler og retningslinjer, samt videre spredning av prosjektet. Den andre anbefalingen var å beholde nasjonalt team som skulle holde tak i prosjektet opp mot relevante styringsmyndigheter og overfor fylkeskoordinatorene, samt drøfte i hvilken form det nasjonale leddet skulle ivaretas i den videre prosjektperioden. Den tredje anbefalingen var å beholde funksjonen som fylkeskoordinator for å sikre samhandling og samarbeid regionalt, samt drøfte hvor denne funksjonen skulle legges i framtiden. Vi skal se på bakgrunnen for hver av de tre anbefalingene og på dataene som ligger bak hver anbefaling, men først presenterer vi organisasjons- og samhandlingskartet for prosjektet. Det gir en oversikt over organiseringen og samhandling mellom de mange aktørene i Menn i helse-prosjektet.



Figur 1 Organisasjons- og samhandlingskart for prosjektet Menn i helse (hentet fra Lauritzen & Olsvik, 2018)

Dersom vi tar utgangspunkt i nasjonalt team på toppen i samhandlingskartet, ser vi at dette teamet har en styringsgruppe knyttet til seg. Samtidig leder det nasjonale teamet det nasjonale nettverket, hvor de møter fylkeskoordinatorene som er knyttet til nettverket. Denne møteplassen er organisert som en samling hvor medlemmene møtes fire til seks ganger i året. Hvis vi flytter fokus over til fylkeskoordinatoren, ser vi at vedkommende har en styringsgruppe og i noen fylker er også en driftsgruppe. Fra fylkeskoordinator til fylkesmannen går det en grå linje som viser at fylkesmannen finansierer stillingen som fylkeskoordinator i sitt fylke. De grønne boksene og pilene viser hvor det er dialog mellom samarbeidsaktørene, slik som mellom fylkeskoordinatorene, fylkeskommunene, NAV fylke, lokale NAV kontorer og deltakende kommuner. De tette linjene viser til dialog om overordnede problemstillinger, f.eks. om tolking av retningslinjer og lover og innsatsområder, mens de stiplede linjene peker på den direkte oppfølgingen av helserekruттene i sykehjemmene og i opplæringsinstitusjonen.

I samarbeidsavtalen som er utarbeidet av nasjonalt team, er det redegjort for hver enkelt aktørs arbeidsoppgave. Vertskommunen i fylket søker fylkesmannen om kompetanse- og innovasjonstilskudd for å finansiere fylkeskoordinator. Fylkeskommunen skal godkjenne utdanningsmodellen og gi bistand i realkomptansevurderingen av helserekruттene. NAV fylke har som oppgave å kjøpe inn kvalifiserende kurs Vg1 og Vg2 (AMO kurs), mens NAVs lokalkontorer står for rekruttering av aktuelle menn og skal avklare ytelser for dem i opplæringsperioden. Kommunene forplikter seg til å stille med praksisplasser og sommerjobber, samt lærlingplasser og veiledere. Fylkeskoordinator gjennomfører intervjuer og samlinger med helserekruттene, leder styringsgruppen og en eventuell driftsgruppe i fylket og har den daglige oppfølgingen og koordineringen av prosjektet på det regionale og lokale nivået.

Samhandlingskartet viser at Menn i helse-prosjektet har en kompleks organisering med et samspill mellom mange aktører som alle er like delaktige i hvorvidt prosjektet kan gjennomføres eller ikke. Det er med andre ord en sårbar organisering som betår av en kjede med en betydelig risiko knyttet til alle leddene. Dersom en lenke brister, eller dersom en aktør ikke utfører sine arbeidsoppgaver, vil det bety utfordringer for alle.

### **3.1.1 Anbefalinger knyttet til organisering**

Den første av de tre anbefalingene rundt organiseringen, pekte både på en sterkere forankring inn mot Utdanningsdirektoratet og på viktigheten av å definere fylkenes og kommunenes handlingsrom angående tolkning av regler og retningslinjer, samt videre spredning av prosjektet.

Forankringen av prosjektet er først og fremst knyttet til helse- og omsorgssektoren via politiske styringsdokumenter, økonomiske tilskudd fra Helsedirektoratet og en representant i styringsgruppa. Det ble tidlig påpekt at det var en mangelfull forankring både i Arbeids- og velferdsdirektoratet og særlig i Utdanningsdirektoratet. For NAV fylke var det viktig at Arbeids- og velferdsdirektoratet ble mer involvert i prosjektet, og i løpet av evalueringsperioden gikk de fra å ha en observatørstatus til å bli et fullt medlem i styringsgruppa. Utdanningsdirektoratet hadde på dette tidspunktet ikke anerkjent utdanningsmodellen i Menn i helse-prosjektet, noe som var særlig utfordrende for utdanningsavdelingene i fylkeskommunene. Det ble imidlertid sett på som et positivt politisk signal for Menn i helse-prosjektet at både Kunnskapsdepartementet og Justis- og

beredskapsdepartementet sammen med Arbeids- og sosialdepartementet stod 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, var sammenfallende med de retningslinjer som Menn i helse-prosjektet arbeidet etter. På dette tidspunktet bestod styringsgruppa av styreleder og medlemmer fra KS, samt representanter fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet, men altså ikke fra Utdanningsdirektoratet. Den manglende forankringen særlig innenfor utdanningssektoren ble derfor et område som ledelsen i det nasjonale prosjektet Menn i helse ble anbefalt å jobbe videre med.

Den andre delen av denne første anbefalingen gjaldt viktigheten av å definere fylkenes og kommunenes handlingsrom, og tolkning av regler og retningslinjer og videre spredning av prosjektet. Utfordringene knyttet til det opplevde handlingsrommet for aktørene er en følge av hvor prosjektet er eller ikke er forankret. Forankring hos de mest sentrale aktørene er derfor viktig, slik særlig utdanningsavdelingene i fylkeskommunen opplevde det. Flere av aktørene erfarte at forventningen til hva de skulle bidra med ikke fantes innenfor det handlingsrommet som de hadde. Samtidig så vi at det opplevde handlingsrommet varierte mellom fylkene blant annet ved at fylkeskommunene tolket opplæringsloven noe forskjellig, og at NAVs fylkesledd forstod forskriftene sine noe ulikt. Det var også ulikheter med hensyn til hvordan kommunene organiserte og finansierte sine tiltenkte lære-plasser. Forståelsen av handlingsrommet som aktørene hadde, var derfor knyttet både til nasjonale, regionale og lokale forhold.

I et av utviklingsverkstedene kom det opp flere utfordringer knyttet til handlingsrommet. De som jobbet med opplæringen av Menn i helse-deltakerne, opplevde at utfordringene var knyttet til at de måtte forholde seg til flere regelverk, slik som opplæringsloven for skolen og NAV sitt regelverk. Den største bøygen var imidlertid at det ikke fantes en nasjonal godkjenning av opplæringen i prosjektet. Deltakerne som tilhørte kommunene var opptatte av at det var ulik praksis og ulik tolkning av lover og regler i kommunene. De ønsket å se på de overordnede føringene for å finne ut hvor frihetsgraden til kommunene lå. Samtidig etterlyste de en forpliktende avtale mellom kommunene, fylkeskommunen, NAV og de øvrige aktørene.

Den andre anbefalingen handlet om å beholde nasjonalt team for å holde tak i prosjektet opp mot relevante styringsmyndigheter og overfor fylkeskoordinatorer, samt drøfte i hvilken form det nasjonale leddet skulle inneha i den videre prosjektperioden. Nasjonalt team består av en prosjektleder, en fagressurs og 2-3 medarbeidere som dels deltar i nasjonalt team, og dels jobber som fylkeskoordinatorer, dvs. totalt 2,5 -3 årsverk. Arbeidsoppgavene til nasjonalt team er å etablere Menn i helse-prosjekter i nye fylker, rekruttere og lære opp fylkeskoordinatorer, kvalitetssikre prosjektarbeidet, samt videreutvikle prosjektet. Nasjonalt team koordinerer også møter med styringsgruppa og gjennomfører fire til seks samlinger i året for det nasjonale nettverket for fylkeskoordinatorer. Nasjonalt team ivaretar med andre ord sentrale arbeidsoppgaver i prosjektet som er nødvendige for å opprettholde og videreutvikle prosjektet. Vår anbefaling var at nasjonalt team burde beholdes, men at formen vedrørende antall og bakgrunn til medlemmene, fordelingen og en eventuell endring av arbeidsoppgavene, samt plasseringen burde diskuteres og sees opp mot hvor prosjektet står på et gitt tidspunkt.

Den tredje anbefalingen gikk på å beholde funksjonen som fylkeskoordinator for å sikre samhandling og samarbeid regionalt, samt å drøfte hvor denne funksjonen skulle ligge i framtida. I hvert fylke er det en fylkeskoordinator som er bindeleddet mellom det nasjonale, det regionale og det lokale nivået (se samhandlingskartet). Det er med andre ord flere aktører som inngår i Menn i helse-prosjektet, og flere utfordringer som er knyttet til disse, slik at behovet for en koordinerende instans i form av en fylkeskoordinator er klart tilstede. I utviklingsverkstedene kom dette enda tydeligere frem, idet aktørene fra sykehjemmene mente at suksessfaktoren i Menn i helse-prosjektet nettopp var knyttet til fylkeskoordinatoren som de kunne kontakte, når det dukket opp utfordringer. Det samme gjaldt for samhandlingen mellom tjenesteområdene, hvor suksesskriteriet var at fylkeskoordinator fungerte optimalt, og hvor løsningen var å ha et samarbeidsforum med møter mellom NAV representanten, fylkeskoordinator og en representant fra hver av kommunene. Modellen med en driftsgruppe ledet av fylkeskoordinator som noen fylker hadde, kom opp som en mulig løsning for andre fylker. Poenget med en driftsgruppe var å avklare roller og forventninger til hverandre, bli kjent med hverandre og få et eierskap til prosjektet. Fylkeskoordinatorene selv påpekte at de utfordringene som kom frem fra de ulike gruppene, var de samme som de selv stod overfor hver dag, og at de til tider opplevde å befinne seg «midt i orkanens øye» som en av dem sa. Ved evalueringstidspunktet var fylkeskoordinatorene tilknyttet de deltakende kommunene, samtidig som de hadde nær kontakt med det nasjonale temaet og de andre fylkeskoordinatorene gjennom det nasjonale nettverket. Det kom imidlertid fram et ønske om en drøfting om hvor denne funksjonen skulle ligge i framtiden.

### **3.2 Utdanningsmodellen i prosjektet Menn i helse**

De fire siste anbefalingene fra evalueringsrapporten var rettet mot ulike sider ved utdanningsmodellen. Den fjerde anbefalingen gikk på å sikre et bredt rekrutteringsgrunnlag blant flere innsatsgrupper i NAV for å kunne bidra til økt gjennomføring og verdiskaping i samfunnet. Den femte anbefalingen omhandlet helserekruittperioden som seleksjonsarena til fordel både for den enkelte og for arbeidsgiver med tanke på videre kvalifisering mot fagbrev som helsefagarbeider. Den sjettede anbefalingen gikk på å beholde vekslingsmodellen, fordi nettopp vekslingen mellom teori og praksis er avgjørende for gjennomføringen av utdanningsløpet. Den syvende og siste anbefalingen gjaldt å øke kvaliteten i alle ledd i Menn i helse-modellen gjennom felles opplæring og erfaringsoverføring blant alle involverte aktører.

Før vi ser nærmere på bakgrunnen for de siste fire anbefalingene, vil vi i figur 2 gi en oversikt over utdanningsløpet i Menn i helse-prosjektet på veien mot fagbrev som helsefagarbeidere.

År	Tidsperiode	Aktivitet	Ansvarlig/koordinator
År 1	Kontinuerlig - mars	<b>Informasjon Intervju og utvelgelse</b>	NAV-kontor/Menn i helse
	April - juni	<b>Praksis som helserekruitt telles som praksis</b>	Kommunen/ Menn i helse
	Juli	<b>Sommerjobb telles som praksis</b>	Kommunen/Menn i helse
	August - desember	<b>Vg1 Helse- og oppvekstfag veksling mellom teori-praksis</b>	Fylkeskommunen/Menn i helse
År 2	Januar - juni	<b>Vg2 Helsefagarbeider veksling mellom teori-praksis</b>	Fylkeskommunen/Menn i helse
	Juli	<b>Sommerjobb telles som praksis</b>	Kommunen/Menn i helse
	August - Desember	<b>Lærekontrakt</b>	Lærebedrift/Menn i helse
År 3	Januar - <i>avhenger av fellesfag, formell kompetanse og tidligere arbeidserfaring</i>	<b>Lærekontrakt</b>	Lærebedrift/Menn i helse
	I løpet av høsten	<b>Fagprøve Fagbrev og autorisasjon</b>	Lærebedriften

Figur 2 Utdanningsmodellen Menn i helse

I figuren ovenfor har vi delt inn utdanningsmodellen til Menn i helse-prosjektet i tre år. Det første året omfatter veien inn i prosjektet og består av muntlig og skriftlig informasjon som mennene får innledningsvis. Ved oppstarten av Menn i helse-prosjektet i Trondheim ble det utarbeidet mye rekrutteringsmaterieill i form av brosjyrer, presentasjoner og film, samt klær og utstyr med Menn i helse-logoen, samtidig som prosjektet fikk innpass i media i form av avis- og tv reportasjoner. Noe av dette er benyttet videre, men i det senere informasjonsmateriellet er det reelle helserekruitter fra Menn i helse som er i hovedrollene, og som fremstår som rollemodeller for helsefagarbeiderutdanningen. Dette er viktig for å bryte ned myter og barrierer som er knyttet til menn som velger helsefagarbeideryrket. Det er med andre ord viktig å finne de rette rekrutteringsstrategiene for å finne de rette kandidatene.

Når mennene har fått den innledende informasjon dels fra skriftlig materiale, dels muntlig fra NAV lokalt og andre aktører, holdes informasjonsmøter arrangert av fylkeskoordinator. I etterkant av møtet gjennomfører fylkeskoordinatorne gruppe- og enkeltintervjuer, og representanter fra arbeidsgiver deltar i utvelgelsen av ca 30 menn. Disse får tilbud om tre måneders utprøving, den såkalte helserekruittperioden, hvor det til sist velges ut 20-25 helserekruitter som tilbys sommerjobb i juli og skoleplass i august.

Skolegangen på Vg1 og Vg2 er basert på en veksling mellom teori og praksis på to forskjellige læringsarenaer. Denne vekslingen ble omtalt av informantene i evalueringstudien som en «gullmåte å lære stoffet på» og som «genial». Praksisen gjorde det enklere å forstå teorien og vice versa. Vekslingen mellom teori og praksis bidro også til å holde motivasjonen og fremdriften oppe, og den gjorde skolegangen overkommelig for mennene som fra før hadde en varierende skolegang bak seg. Undervisningen foregår i en felles klasse, og deltakernes

opplevelse av et godt og trygt klassemiljø med samarbeid dem imellom ble sett på både av lærere og deltakere som viktig for et godt læringsutbytte.

Både gjennom praksisperioden og læretida får mennene prøve seg på ulike arbeidsplasser, og de får innsikt i de jobbmulighetene som finnes i helse- og omsorgssektoren. I den første perioden frem til de er lærlinger er dette ansvaret lagt til Menn i helse-prosjektet, deretter er det kommunenes og deres lærlingeansvarlige eller opplæringskontor som både har arbeidsgiveransvaret og det faglige ansvaret i læretiden. Lærekontrakten undertegnes av lærebedrift og lærling og godkjennes deretter av seksjon for fag- og yrkesopplæring i fylkeskommunen, da det er fylkeskommunen som bestemmer lengden på læretiden. Lengden på læretiden avhenger av om mennene har alle fellesfagene fra før, og eventuelt relevant arbeidserfaring. Det skrives også en arbeidsavtale som regulerer arbeidstid og lønn. Arbeidsavtalen skal gjelde for den samme tidsperioden som lærekontrakten.

### **3.2.1 Anbefalinger knyttet til utdanningsmodellen**

Med utgangspunkt i figuren over utdanningsløpet i Menn i helse-prosjektet skal vi se på bakgrunnen for de fire gjenstående anbefalingene fra evalueringsrapporten.

Den fjerde anbefalingen gikk på å sikre et bredt rekrutteringsgrunnlag blant flere innsatsgrupper i NAV for å kunne bidra til økt verdiskaping i samfunnet. Fra å være et rekrutteringstiltak i helse- og omsorgssektoren, har Menn i helse utviklet seg til å i tillegg bli et kvalifiseringstiltak for å få arbeidsledige ut i arbeid, hvor rekrutteringen av flere menn til helsesektoren ses på som en bonus. Dette skyldes en sterkere forankring i NAV. NAV er den sentrale arenaen for informasjon om prosjektet, og det er også de som har ansvaret for rekrutteringen av kandidater til prosjektet. Våre data viste imidlertid at NAV-veilederne i enda større grad kunne informert om og oppfordret flere arbeidsledige menn til å vurdere deltakelse i Menn i helse-prosjektet. I ettertid er informasjonsarbeidet mot NAVs veiledere styrket.

En sentral målsetting for det nasjonale prosjektet er å spre utdanningsmodellen til andre målgrupper og også andre fagområder og sektorer. Menn i helse-prosjektet tilbys som et AMO-kurs og ble først rettet mot dem som hadde stått lenge utenfor arbeidslivet. Da det viste seg å være vanskelig å rekruttere mange og gode nok kandidater fra denne gruppen, åpnet NAV for at det også kunne rekrutteres fra andre innsatsgrupper. I utgangspunktet er Menn i helse-prosjektet forbeholdt arbeidsledige menn i alderen 25-55 år som undervises i egne klasser, men man kan også tenke seg et tilsvarende tilbud gitt i egne klasser til kvinner i samme aldersgruppe og med NAV-ytelser. Et slikt prosjektet er alt startet i Trondheim og kalles «Kvinner i helse». Flyktninger er en annen målgruppe, men her vil det være behov for en forberedende fase i form av f.eks. introduksjonprogrammet, før de kan gå over på Menn i helse-modellen. Flere av aktørene var åpne for dette, men kravet om god muntlig og skriftlig norsk var en forutsetning for deltakelse i prosjektet.

Menn i helse-modellen kan også tenkes spredt til andre sektorer og fagområder enn helse- og omsorgssektoren. Dette er blitt forsøkt i barnehagesektoren, men uten de samme gode resultatene. Prosjekter som Menn i helse kan være vanskelig å kopiere direkte til nye sektorer, men heller i en mer modifisert form ved at man bruker enkelte elementer fra modellen. Dette er alt gjort i noen kommuner som har brukt samme form for ansettelsesprosedyrer som Menn i helse-prosjektet med egne lærlinger og sommervikarer. Inkludering av arbeidsgiver i utvelgelsen av kandidater i andre bransjer er også forsøkt i noen



NAV-kontorer. Forøvrig kan Menn i helse-modellen først og fremst tjene til inspirasjon ved tiltak som kvalifiserer arbeidskraft til andre sektorer.

Den femte anbefalingen gjaldt å beholde helserekрутtperioden som seleksjonsarena, hvor ca. 30 helserekruutter får prøve seg tre måneder i helsesektoren, før 20 -25 av dem velges ut til å fortsette utdanningsløpet. Denne perioden ble sett på som en fordel både for den enkelte og for arbeidsgiver med tanke på kvalifisering mot fagbrev som helsefagarbeider. Dette er en gjensidig prøveperiode hvor både helserekrutten og arbeidsgiveren skal finne ut om vedkommende er egnet for helsearbeideryrket. Alle helserekruttene får en veileder og en såkalt veiledet praksis som innebærer at de jobber opp mot kompetansemålene i læreplanen. Helserekruttene omtalte denne perioden som «et godt grep», hvor de fikk innblikk i yrket og mulighet til å vurdere om dette yrket passet for dem. Arbeidsgiver så også på denne perioden som verdifull og som en «gavepakke», siden de etter endt helserekрутtperiode kunne benytte helserekruttene som sommervikarer som allerede hadde fått god opplæring.

Den sjettede anbefalingen gikk på å beholde vekslingsmodellen, fordi nettopp vekslingen mellom teori og praksis er avgjørende for gjennomføringen av utdanningsløpet. Denne modellen innebærer at elevene gjennom hele utdanningsløpet veksler mellom to læringsarenaer, skole og sykehjem. Vi har tidligere hørt at deltakerne likte denne vekslingen som sammen med en godt klassemiljø utgjorde et godt læringsmiljø. Vekslingen mellom teori og praksis bidro også til å holde motivasjonen deres oppe, og den gjorde skolegangen lettere for dem som hadde en skolegang som lå langt tilbake i tid.

Den syvende og siste anbefalingen gjaldt å øke kvaliteten i alle ledd i Menn i helse-modellen gjennom felles opplæring og erfaringsoverføring blant alle involverte aktører. Som nevnt tidligere, har Menn i helse-prosjektet en kompleks organisering med mange aktører på ulike nivå, og kvalitetssikring er derfor særs viktig. Nasjonalt team har en sentral rolle i å kvalitetssikre prosjektet. De gjennomfører fire til seks samlinger i året for det nasjonale nettverket for fylkeskoordinatorer. Dette er en viktig arena for erfaringsutveksling, men er også en kvalitetsikring. I oppfølgingen av fylkeskoordinatorer ligger det også muligheter for kvalitetssikring. De arrangerer også møter mellom fylkeskoordinator og opplæringstilbyder for å utvikle og kvalitetssikre det pågående arbeidet. I tillegg arrangeres veiledersamlinger tre ganger for hvert kull, som Menn i helse har ansvar for, og som er et samarbeid mellom fylkeskoordinator og opplæringstilbyder. På et av utviklingsverkstedene som hadde fokus på god kvalitet i veiledningen i Menn i helse-prosjektet, var det enighet om at gode læringsarenaer skapes ved å styrke veilederne ved hjelp av et støtteapparat som innbyr til opplæring og refleksjon rundt veiledning. Det nasjonale teamet har med andre ord flere arenaer, hvor de kan utøve kvalitetssikring

I tillegg til disse møteplassene er samarbeidsavtalen som er utarbeidet av nasjonalt team, og som beskriver hvilke oppgaver og forpliktelser de enkelte aktørene har, et viktig dokument til kvalitetssikring. Vi ser at det både på det nasjonale og regionale nivået er etablert arenaer og utarbeidet samarbeidsavtaler som kan bidra til en kvalitetssikring av Menn i helse-prosjektet. I et av utviklingsverkstedene, hvor oppgaven var å diskutere samhandlingen mellom tjenesteområdene, ble det etterlyst et samarbeidsforum, hvor også de lokale aktørene kunne møtes og bli kjent med hverandres mandat, samt få et felles eierskap til prosjektet. Noen fylker hadde alt opprettet egne driftsgrupper, og her ligger muligheten til en kvalitetssikring også på det lokale nivået.

### 3.3 Måloppnåelse

Menn i helse-prosjektet har som målsetting å få flere menn som helsefagarbeidere inn i helse- og omsorgssektoren, og målgruppen er menn mellom 25 og 55 år som mottar ytelse fra NAV. De årlige måltallene for det nasjonale prosjektet viser at man til informasjonsmøtene har som mål å inviterere ca 80 interesserte, og deretter gjøre intervjuer med 70 av dem. Målet for antall helserekrutter til den tre måneder lange utprøvningspraksisen ligger på ca 30 menn, mens målet for inntak på skolen er 20-25 menn. Erfaringene har, ifølge prosjektleder, vist at prosjektet fortrinnsvis bør ta inn 25 menn, fordi noen alltid faller fra, og fordi hovedmålet for antall fagbrev for hvert kull er på 20 avlagte fagbrev.

Det nasjonale prosjektet bygger på en prosjektide som ble utviklet i Trondheim kommune i 2010, og som fungerte som et forprosjekt frem til 2012. I 2014 fikk KS tildelt prosjektledelsen for det nasjonale prosjektet Menn i helse. Siden den gang har spredningen av Menn i helse-prosjektet gått rimelig raskt. Med utgangspunkt i erfaringene fra Trondheim kommune spredte det seg i oppstarten fra Sør-Trøndelag til Buskerud og Nord-Trøndelag. I 2020 er Menn i helse-prosjektet inne i følgende fylker: Trøndelag nord og sør, Vestland, Rogaland, Agder vest og aust, Vestfold og Telemark, samt Viken øst og vest. Det er til sammen 65 kommuner som deltar i prosjektet. Når det gjelder avlagte fagprøver, er det så langt blitt avlagt 342 fagbrev. 52 prosent av disse har oppnådd meget godt som er beste karakter på fagprøven.

Vår tidligere følgeevaluering tok utgangspunkt i en oversettelsesteoretisk tilnærming som fokuserer på hvordan ideer og modeller spres, og i tråd med denne tilnærmingen omtalte vi Menn i helse-prosjektet som en samarbeidsdrevet innovasjonsprosess som etter hvert gikk fra en ideutviklings- og ideutvelgelsesfase over i en implementerings- og spredningsfase. Det er særlig i overgangen fra et lokalt til et nasjonalt prosjekt, og igjen når det nasjonale prosjektet skal spres videre til nye fylker og kommuner, at barrierene trer frem, slik som byråkratisk organisering med hierarkisk kontroll, lov- og regelstyring, samt med vekt på stabilitet og forutsigbarhet.

Utgangspunktet for det nasjonale prosjektet var de gode resultatene som Menn i helse-prosjektet hadde oppnådd i Trondheim. Der var den lokale prosjektlederen og initiativtakeren en viktig drivkraft for å få i gang prosjektet og for å overbevise lokale aktører om ideen og en videre satsing. Han fikk med seg relevante aktører som sammen utviklet Menn i helse-prosjektet som en samarbeidsdrevet innovasjonsprosess. Da konseptet senere skulle spres til flere fylker og kommuner mistet man, ikke uventet, noe av kraften som lå ideutviklingsfasen. Dette skyldes at de nye fylkene og kommunene ikke hadde det samme eierskapet til prosjektet, og at de stod overfor konkurrerende krav og prioriteringer.

I den nye implementerings- og spredningsfasen var det KS med nasjonalt team som hadde oversetterrollen. I begynnelsen la de opp til en spredningsprosess som i følge et oversettelsesteoretisk perspektiv var basert på kopiering (Røvik, 2007). Kopiering fra en kontekst til en annen forutsetter at disse er forholdsvis like, noe vi vet fylkene og kommunene ikke er. På grunn av forskjeller både i kommunenes rammer og fylkenes virkemåter innså KS etter hvert at dette var en lite egnet måte til å spre Menn i helse-prosjektet på. De møtte ulike grader av motstand hos mottakerne, og de la etter hvert om til det som Røvik (ibid) kaller en modifierende modus, hvor man har muligheter for både å legge til og trekke fra elementer i modellen. KS gikk ned på detaljeringsgraden og Menn i

helse-modellen ble derfor mer generell, hvor man vektla at hovedtrekkene måtte bestå, mens det ble åpnet for lokale tilpassinger. Dette resulterte i en dekontekstualisering som innebærer at konseptet tas ut av sin opprinnelige sammenheng og omformes for å kunne overføres til andre kontekster. Mer konkret gjaldt det å definere opplæringsmodellen tydeligere med hensyn til samarbeidsaktører, innhold i opplæringen og tidsløpet, men også å åpne for lokale tilpassinger.

### 3.4 Uventede effekter

I arbeidet med statusrapporten er vi bedt om å se på «uventede effekter relatert til å reversere utenforskap, og betydning for arbeidsmiljø og brukertilfredshet», som i denne sammenheng viser til aktørenes erfaringer og synspunkter angående temaene utenforskap, arbeidsmiljø og brukertilfredshet. De samme temaene var også oppe i forbindelse med den tidligere følgeevalueringsrapporten, og vi skal her se nærmere på hva som kom frem i den forbindelse.

Når det gjaldt utenforskap var målet for mennene som deltok i Menn i helse-prosjektet, først og fremst å få en ny jobb. De hadde enten mistet sin tidligere jobb eller hadde måtte slutte på grunn av helseproblemer. Flere av dem hadde jobbet i typiske mannsdominerte yrker, og ingen hadde tidligere jobbet i helse- og omsorgssektoren. De fleste hadde i lengre tid vært avhengige av ytelse fra NAV og hadde opplevd utenforskap i betydningen av at de står utenfor samfunnet ved at de ikke deltar i arbeidslivet eller tar utdanning.

Mennene fortalte i intervjuer med oss at muligheten som de hadde fått ved å delta i Menn i helse-prosjektet hadde hatt stor faglig betydning for dem. Ikke bare fikk de utdanning til et nytt yrke, men de oppdaget også hvor interessant og mangfoldig yrket var, og flere oppdaget hvor trivelig det var «å jobbe med folk i motsetning med maskiner». Det utenforskapet som de fleste hadde levd med i lengre tid var nå over, og de fant seg godt til rette i et nytt arbeidsfellesskap og sammen med nye brukerne. De fikk gode tilbakemeldinger på arbeidet som de utførte både fra ansatte og brukerne, og de følte at de gjorde en viktig jobb som betydde mye for mange.

For flere av mennene hadde deltakelsen i Menn i helse-prosjektet i tillegg til den faglige betydningen også hatt stor personlig betydning. De hadde fått nye erfaringer og nye bekjentskaper. For noen endret dette deres egen oppfatning av dem selv, og en av dem sa: «*Hele prosjektet har gjort at jeg har funnet meg sjøl... Ja, jeg er blitt en annen person... Ja, det har betydd enormt.*» Også avdelingslederne bemerket den personlige utviklingen hos den enkelte. De opplevde at mennene vokste i løpet av utdanningen og ble «*rettere i ryggen*», som en av dem sa. Som et resultat av sine positive erfaringer i et nytt yrke, var det flere av mennene som ytret ønske om å ta mer utdanning innenfor helse- og omsorgssektoren. De snakket om videreutdanne eller spesialisere seg. De hadde for alvor oppdaget hvilke muligheter som lå i helse- og omsorgssektoren, både når det gjaldt å arbeide for ulike brukergrupper og på ulike fagområder. En av dem konkluderte med følgende utsagn: «*Hadde jeg visst hvor interessant dette yrket er, så hadde jeg gjort dette for mange år siden.*»

Når det gjaldt betydningen for arbeidsmiljøet, viste deltakerne i Menn i helse-prosjektet seg generelt sett å være høyt verdsatt på arbeidsplassene. Avdelingslederne fremhevet særlig deres alder, motivasjon og tidligere arbeidserfaring som viktig. Det at de var godt voksne menn som kjente reglene i arbeidslivet, og som tidligere hadde jobbet i team, samt at de

hadde gjort nye bevisste yrkesvalg og derfor var svært motiverte, var fordelene som avdelingslederne trakk fram.

Samtidig ble det påpekt at arbeidsmiljøet ble merkbart endret ved at menn gjorde sin inntreden på arbeidsplassene. Dette gjaldt både innholdet og formen på praten på vaktrommene og ute på avdelingene. Det ble imidlertid bemerket at det ikke var nok med bare en mann på avdelingene, men at det måtte et par menn til for å skape disse endringene. I tillegg trakk avdelingslederne frem at det at de hadde med menn fra prosjektet kunne resultere i at enda flere menn ville søke seg til helse- og omsorgssektoren, og som en av dem sa: «*Menn avler menn.*»

Et annet aspekt som kom frem i intervjuer med avdelingslederne var at mennenes inntreden i helse- og omsorgssektoren kunne føre til en forbedring av tjenestene. Mennene selv var også inne på at de bidro til å utvikle tjenestene, slik som en av dem sa: «*Vi kan bidra til å utvikle miljøet, utvide horisonten og til å reflektere over ting.*» Også veilederne bekreftet at mennene kunne ha en rolle som en utviklingsaktører. Selv begrunnet mennene dette med at de hadde en «*en litt annen måte å jobbe på*», og at «*det kom litt friskt blod inn i yrkesrollen*». Også avdelingsledere og veiledere mente at de kunne tilføre yrket noe nytt, samtidig som flere menn kunne bidra ikke bare til å endre yrket, men også til å heve statusen på yrket. Disse erfaringene samsvarer bl.a. med funn gjort av Svare (2009), som viser at økt andel av menn påvirker arbeidsmiljø og trivsel blant de ansatte og kan tiltrekke seg flere menn.

Angående brukertilfredshet fortalte både avdelingslederne og mennene selv at de ble godt mottatt av brukerne. Dette gjaldt særlig de mannlige brukerne som både ble svært forbauset over å møte en mann på jobb og svært tilfreds med å snakke med han om temaer som de begge var interesserte i. Dette opplevde for eksempel en deltaker fra Menn i helseprosjektet, da han begynte å snakke med en mannlig beboer om gravemaskiner som han hadde jobbet med tidligere. Samtidig fortalte mennene at også kvinnene var positive til dem, men at noen var skeptiske i begynnelsen. Imidlertid opplevde mennene også en endring hos disse kvinnene, når de ble mer trygge på dem. Dette ble bekreftet av avdelingslederne, og også av en av brukerne som konkluderte med at «*guttene er like så flinke som jentene*».

## 4 VIDEREFØRING AV MENN I HELSE

I dette kapitlet bruker vi anbefalinger fra følgeevalueringen som referansepunkt til å presentere resultatene fra gjennomførte intervjuer i statusrapporteringen. Kapitlet er strukturert som følgende: Vi starter med å gjøre rede for ulike endringer som er gjort i forhold til organiseringen av Menn i helse, før vi går nærmere inn på funn og problemstillinger som informantene løfter frem når det gjelder forankring og handlingsrom, samt det å beholde nasjonalt team og funksjonen med en fylkeskoordinator (anbefaling 1-3). Deretter vil vi ta for oss ulike synspunkter og erfaringer knyttet til utdanningsmodellen, og hvordan Menn i helse har jobbet med å videreutvikle prosjektet i tråd med anbefalingene om å sikre bredt rekrutteringsgrunnlag blant flere innsatsgrupper, beholde helserekruittperioden, beholde vekslingsmodellen, samt å øke kvaliteten på alle ledd (anbefaling 4-7). Under dette vil vi også beskrive ulike suksessfaktorer og barrierer, og hva informantene mener skal til for å gjøre utdanningsmodellen bærekraftig. Til slutt vil vi presentere de ulike aktørenes syn på i hvilken grad Menn i helse har hatt måloppnåelse, samt hvorvidt prosjektet har gitt uventede effekter knyttet til utenforskap, arbeidsmiljø og brukertilfredshet.

### 4.1 Gjennomførte endringer

Når det gjelder gjennomførte endringer, så er det flere som forteller at det ikke er gjort så store endringer, men at «*vi gjør mer av det samme*». Det er blitt en større bevissthet rundt hvorfor man i det hele tatt driver prosjektet og om viktigheten av å involvere ulike samarbeidspartnere for å nå målene. På spørsmål om hvordan det har vært jobbet med anbefalingene, forteller fylkeskoordinatorne at de i møter med det nasjonale teamet ofte tar frem resultatene fra følgeevalueringen og bruker disse som utsjekkingspunkter for å jobbe i tråd med dem: «*Det ligger som et bakteppe for det vi jobber imot.*» Ikke på en sånn måte at man tar for seg anbefalingene og tenker at OK nå må vi jobbe med punktet her – men «*det er en kontinuerlig prosess som pågår hele tiden*». Det har ikke vært involvert andre aktører direkte i videreutviklingen av prosjektet i tråd med anbefalingene. Dette arbeidet er det hovedsakelig det nasjonale teamet og fylkeskoordinatorne som har jobbet med.

Av endringer som nevnes, så har det blitt innført en annen fordeling av ansvar. Fylkeskoordinatorne er organisert i team som møtes for å dele erfaringer og problemstillinger. Hvert team består ofte av tre fylkeskoordinatorer og en eller flere dedikerte mentorer, litt avhengig av blant annet geografi. Team med mentor er innført for å unngå å samle alt for mange deltakere i diskusjoner om detaljer, fordi det ofte gjør at noen vegrer seg for å ta opp forhold. Det er store lokale forskjeller i prosjektet, som har betydning for hvem man bør snakke med, så det å ha mindre forum er, ifølge fylkeskoordinatorne, veldig viktig fordi det gjør det lettere å ta opp ting. Det skaper en uformell møteplass, der aktørene kan møtes etter behov, samtidig som det er et sted det er lett å ta opp ting og dele

erfaringer. Dette er spesiell betydning for nyansatte fylkeskoordinatorer, for å kunne hjelpe dem til dialog og samarbeid med ulike aktører:

*«Det er greit nok at det er en fra nasjonalt team som har det store overblikket kanskje, men vi som jobber med dette til daglig, fylkeskoordinatorene og de oppgavene der, det er ikke alltid at den fra det nasjonale teamet har detaljkunnskap om det.»*

En annen endring som fremheves er at det har vært gjort en innsats for å digitalisere en del av de tingene man har jobbet med, f.eks. materialet som sendes ut. Det å ha en sentral styring på dette oppleves som nyttig for å kunne klare å holde seg oppdatert i fylkene. I tillegg har det også vært jobbet med å sikre gode overganger for helserekruttene – fra å være elev til å bli lærling og ansatt i kommunen – og lage systemer for dette, noe fylkeskoordinatorene forteller de nå begynner å få en god modell på.

#### **4.1.1 Endringer i vekslingsmodellen**

Når det gjelder endringer i selve vekslingsmodellen, så er det forskjellig hvordan fylkene har organisert dette. I to av fylkene som deltok i undersøkelsen hadde de tidligere lengre bolker med skole og praksis på rundt fire uker om gangen. Det siste året, etter at de fikk to klasser, har de gått over til en annen modell der helserekruttene har to dager praksis og tre dager skole hver uke. En av skoledagene er felles på tvers av de to klassene.

Det understrekes at for skolen sin del, så er det betydelig lettere å planlegge lærerressursen når helserekruttene er på skolen hver uke. Fylkeskoordinatorene blant våre informanter, i de to fylkene som har valgt dette opplegget, har mye positivt å si om denne måten å rigge vekslingen på. En av dem forteller:

*«Her hvor vi kjører tre dagers skole og to dagers praksis, så får vi tilbakemeldinger både fra praksisfeltet og fra skolen og ikke minst gutta sjøl, at de syns det er en veldig god modell fordi at de liksom kontinuerlig kan sjekke ut teoriene ifra skolen direkte i praksis sånn ukentlig. Så her i fylket så har vi vært veldig fornøyde med den vekslingsmodellen som vi har rigget da.»*

I undersøkelsens tredje fylke er det organisert på den gamle måten, slik at helserekruttene som regel er tre uker på skole og to uker i praksis. I perioder er skoleperioden imidlertid lengre enn praksisperioden med opptil fem uker på skolen, og så skal de ha fire uker praksis etterpå. Grunnen til dette er at tilpassinger iblant er nødvendig for å få skoleruta til å opp med modellen. Fylkeskoordinatoren her understreker også at det å ha dem litt lengre perioder ute i praksis er fint både for å bli kjent med rutiner og komme inn på pasientene og kollegiet, så det *«ikke blir så oppstykket»*. De blir også kjent med det å jobbe turnus. Modellen oppleves som god og velfungerende, der både skole, elev og praksisplass er fornøyde med å drive undervisning for voksne på denne måten. Vi går nærmere inn på de ulike synspunktene på vekslingsmodellen i kapittel 4.7.

#### **4.1.2 Tildeling av midler**

Det nasjonale teamet jobber med å få på plass en ny ordning med en samlet tildeling av midler for å drifte stillingen til fylkeskoordinatorene. Dette har frem til i dag vært gjort fylkesvis med tildelinger fra fylkesmannen gjennom kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd, noe som gjør at alt blir komplisert og uforutsigbart.

Spørsmålet angående tildeling av midler er noe som i stor grad opptar fylkeskoordinatorene i de tre utvalgte fylkene, i og med at disse midlene er «for å få livets rett». Ordningen oppleves tungvint og som en stor utfordring. En beskriver det slik at «det tærer litt på sikt», og det er et generelt ønske om mer forutsigbarhet knyttet til ansettelsesforholdet i prosjektet. KS som prosjekteier ønsker derfor å få midlene tildelt som en engangsbevilgning samlet til KS for alle fylker. Det nasjonale teamet fremhever:

*«2020 er forhåpentligvis siste året vi jobber på denne måten for nå jobber vi byråkratisk med både departement og direktorat for å få en samla tildeling. Da vil det bli en helt annen ro og struktur over hele systemet. Dette har vi et stort håp om at går i orden.»*

Fylkeskoordinatorene ser det som en fordel om de var ansatt over en lengre periode, utover ett år av gangen. Samtidig er det utfordrende med kombinerte stillinger, som en sier det : «Hvis du ikke skal ha 100 prosent stilling i prosjektet, er det vanskelig å kombinere. Da må du ha en veldig fleksibel arbeidsgiver og en veldig fleksibel jobb i den andre enden. Må bruke goodwill for å få det til.»

Noen av informantene nevner at det er en målsetting at Menn i helse etter hvert skal bli en del av den kommunale driften. Per i dag er det kun Trondheim kommune som har fått til dette, og en av fylkeskoordinatorene påpeker at det sannsynligvis «er litt tidlig nå, at kommunene liksom tar et ansvar». Men vedkommende håper og tror at staten fortsetter med prosjektperioden, også ut 2020, slik at prosjektet skal bli enda mer forankret ute i fylkene og kommunene.

Representanten fra Helsedirektoratet påpeker at dette med at fylkeskoordinatorene blir finansiert gjennom tilskudd fra fylkesmannen spiser av et ganske lite budsjett som fylkesmannen har til å støtte opp under all kompetanseheving i kommunal sektor.

## 4.2 Forankring og handlingsrom

Manglende forankring, særlig i Utdanningssektoren, var en av de utfordringene det ble pekt på i følgeevalueringen, og som den nasjonale prosjektledelsen ble oppfordret til å jobbe videre med (anbefaling 1). Det nasjonale teamet understreker at de har brukt mye tid på denne anbefalingen som handler om å skape en sterkere forankring inn mot Utdanningsdirektoratet. De har et ønske om at utdanningsmodellen i prosjektet skal være tydeligere forankret som en offentlig godkjent modell, og de har brukt mye tid på møter med Utdanningsdirektoratet for å diskutere dette. En fra nasjonalt team understreker at dette er en utfordring:

*«Vi har også hatt et ønske om at Utdanningsdirektoratet skulle være med i styringsgruppen, men det har vi ikke fått til. Prosjektleder, blant annet, var på et møte spesifikt om det – og vi mente at vi hadde gode argumenter – men de har svart nei fordi de ikke kan gå spesifikt inn i et prosjekt. Så de har henvist oss til å benytte Opplæringsloven og handlingsrommet som ligger der. Så det har vi akseptert og jobber så godt vi kan ut fra lokalt handlingsrom og lokaldemokratiet. Men, dette er fortsatt utfordrende for oss.»*

Utfordringene knyttet til det opplevde handlingsrommet for aktørene er en følge av hvor prosjektet er eller ikke er forankret, og her tyder det på at prosjektorganiseringen i seg selv kan være en hindring for forankringen hos Utdanningsdirektoratet.

En ansatt ved et opplæringskontor påpeker også at dersom Menn i helse skal bli en permanent ordning, så må man se nærmere på hvordan det skal koordineres – og at det skal det være likt i alle kommunene med hensyn til handlingsrommet, eller i det minste standardiseres i større grad:

*«Siden kommunene er så forskjellige og har forskjellige behov og muligheter bør det være noe handlingsrom, men det bør også være noen nasjonale føringer. Særlig er det behov for klarere retningslinjer når det gjelder skolebiten i forhold til kompetansemålene. En fordel om skolene kan informere veilederne i praksis om at elevene har vært igjennom den og den teoribolken – og at det og det kan du forvente. Her hadde det vært greit å hatt noen nasjonale føringer.»*

Balansen mellom lokalt handlingsrom og nasjonale standarder er utfordrende, men det er en utbredt oppfatning at man i fellesskap bør komme fram til noen felles retningslinjer som sikrer det faglige nivået. Systemet rundt helserekruktene må sikre at de lærer det de faktisk skal. Mye tyder på at dette er tilfellet – noe som blant annet går fram av resultatene i fagprøvene – men det er per i dag ikke tilstrekkelig dokumentert eller standardisert. Dette med fylkeskommunens fortolkning og prioritering beskrives som «sårbar», og selv om det er blitt gjort klare forbedringer på dette området de siste par årene er det, ifølge representanten fra Helsedirektoratet, fremdeles temmelig stort tolkningsrom for fylkene. Menn i helse er skjørt fordi det ikke er en del av utdanningssystemet. Det etterspørres visse nasjonale føringer, blant annet klarere retningslinjer når det gjelder opplæringsdelen og kompetansemålene. Det må for øvrig understrekes at Menn i helse følger læreplanene og ikke har noen innflytelse på disse.

Representanten fra Arbeids- og velferdsdirektoratet fremhever at Menn i helse som modell og konsept er helt i tråd med det NAV har fokus på, og også fra politisk hold. I juli 2019 ble forskriftene for opplæringstiltak endret:

*«Nå skal det være en satsning mot fag- og yrkesopplæring. Og også at man skal fokusere på muligheten for å bidra til at enda flere får fullført skole på videregående skoles nivå. Så sann sett, så er Menn i helse og de anbefalingene helt i tråd med våre føringer og våre mål akkurat når det gjelder strategi for opplæring. Og så er det sann at Direktoratet kan ikke pålegge fylkene at de skal ha et Menn i helse konsept. Det er frivillig, og fylkene gjør sine egne vurderinger i forhold til hva konsept de har behov for og hva de skal bruke penger på. De har sine egne tiltaksbudsjetter.»*

En utfordring i NAV er at Menn i helse som opplæringstiltak er et knapphetsgode. Så til tross for at NAV ønsker å jobbe med å fremme rekruttering, så kan manglende ressurser og lokale prioriteringer sette visse begrensninger.

## 4.3 Nasjonalt team

I 2014 fikk KS forespørsel fra Helsedirektoratet om de kunne tenke seg å ha det nasjonale prosjektansvaret for Menn i helse. Ettersom prosjektet vokste seg større ble det vurdert som hensiktsmessig å organisere Menn i helse med et nasjonalt team som skulle ha et overordnet ansvar mot myndigheter og Helsedirektoratet. I dag består teamet av fire



personer med litt ulike stillingsstørrelser, to i 100 prosent stilling og to i 40 prosent stilling. I følgeevalueringen anbefales det å beholde et nasjonalt team som holder tak i prosjektet opp mot relevante styringsmyndigheter og overfor fylkeskoordinatorene (anbefaling 2). Viktigheten av dette fremkommer også i intervjuene med fylkeskoordinatorene.

Nasjonalt team er blant annet ansvarlig for å planlegge og gjennomføre samlinger eller workshops med alle fylkeskoordinatorene ca. hver annen måned. På disse samlingene fokuserer man på det som skal skje de neste to-tre månedene, der målet er å kunne «*pushe, evaluere og korrigere for å gjøre ting bedre*». I tillegg fremhever en av fylkeskoordinatorene spesielt den nye mentorordningen, med små grupper på to til tre fylkeskoordinatorer i tillegg til en fra nasjonalt team, som avgjørende, spesielt for de nyansatte: «*Viktigheten av det kan nesten ikke beskrives. Men gleden og støtten vi fylkeskoordinatorer opplever av å ha dem der, det er avgjørende tror jeg. I hvert fall for de aller ferskeste av fylkeskoordinatorene.*»

Som nyansatt fylkeskoordinator er det mye man kan være usikker på, blant annet knyttet til samarbeidsrelasjoner og rutiner. En fylkeskoordinator forteller at han «*skalv i knærne*» når han skulle starte opp med sitt første kull. Tryggheten kommer med tiden:

*«Nå starter jeg det fjerde kullet nesten på en sånn autopilot. Selv om jeg selvfølgelig må være konsentrert. Men nå vet jeg alle ting som skal skje, og har god kontaktflate med de andre fylkeskoordinatorene. Det at vi har jevnlig treff og kontakt og kan hele veien liksom pushe hverandre gjør at vi liksom har et såpass, koll på hva som driver prosjektet da.»*

Det er enighet om at dagens organisering fungerer bra. Det nasjonale teamet har det overordnede ansvaret, mens fylkeskoordinatorene har ansvaret for den daglige driften. Det er en del oppgaver som fordrer at det er noen som kan være i dialog med nye kommuner og nye samarbeidsaktører på et mer overordnet nivå. En annen fylkeskoordinator understreker også at dialogen med politikere er en sentral oppgave for det nasjonale teamet: «*Jeg tenker at det er viktig å ha noen som ser det store bildet, og som snakker med samarbeidsaktørene på nasjonalt nivå. For det er nå en gang sånn at det er politikerne som styrer og vedtar om dette prosjektet skal være noe. Vi trenger noen som er i dialog med dem.*»

Det poengteres også av representanten fra Helsedirektoratet at «*KS er jo kjempedyktige – de kan hele det politiske spillet og går bare rett på*». Representanten fra Arbeids- og velferdsdirektoratet fremhever i tillegg at det nasjonale teamet har en sentral rolle for å skape mer lik praksis rundt omkring. For at man stadig skal kunne innfri konseptet og dele gode erfaringer er det viktig å bevare et fagmiljø på nasjonalt plan.

## **4.4 Funksjonen som fylkeskoordinator**

Det er en generell enighet om at funksjonen som fylkeskoordinator er et av de største suksesskriteriene ved prosjektet, fordi det sikrer at det er en dedikert person som «*holder fatt i rattet*» og «*følger opp fra A til Å*». Det å beholde denne funksjonen for å sikre samhandling og samarbeid regionalt er dermed av avgjørende betydning (anbefaling 3). Det er imidlertid litt ulikt hvor funksjonen som fylkeskoordinator er lagt. I et av de tre fylkene vi intervjuet representanter fra, er fylkeskoordinatoren ansatt i kommunen, der han er 50 prosent frikjøpt til å jobbe med Menn i helse. I fylke nummer to er Menn i helse inne i drift i 50 prosent stilling for ett kull. Koordinatoren jobber 100 prosent i Menn i helse da det er to kull, og siste 50 prosent er finansiert fra fylkesmannen. I det tredje fylket har

fylkeskoordinatoren permisjon fra sin ordinære stilling i kommunen og er 100 prosent frikjøpt til Menn i helse, siden det også er to kull i dette fylket.

Gjennom intervjuene kom det tydelig fram at fylkeskoordinatorene er avgjørende for prosjektets suksess. I Menn i helse har det vært fylkeskoordinatorene med mange forskjellige bakgrunner opp igjennom. Erfaringen til det nasjonale teamet er at det å ha en kommunal tilknytning kan vær en fordel. Det dreier seg ikke minst om fylkeskoordinatorens forståelse for hvordan kommunen er som organisasjon, når det gjelder tjenestevei og alt som hører med. Det nasjonale teamet uttrykker et ønske om å få et større arbeidsgiveransvar enn de har i dag, f.eks. ved å få et samlet tilskudd til prosjektet for alle koordinatorene og opprette 100 prosent stillinger for å skape kontinuitet (jfr. arbeidet som gjøres med å få på plass samlet tildeling av midler). Prosjektleder forteller:

*«KS ønsker jo nå å oppnå større forutsigbarhet i statlige prosjekter. Men den ideelle løsningen er litt vanskelig fordi det er viktig for oss at de som jobber som fylkeskoordinator også har en lokal forankring. Så det er mange ting som er viktig – og ikke alltid helt lett å kombinere.»*

Hvis ønskede endringer om en samlet tildeling av midler blir realisert, og det er KS som får alle pengene, så kan de få mer «råderett over arbeidsstokken sin», i og med at de dermed også får ansvaret for å skrive frikjøpsavtaler med fylkeskoordinatorene – i stedet for at det er kommunene som gjør dette. Det må imidlertid sikres at fylkeskoordinatorene har en jobb å gå tilbake til, for ellers kan man risikere at folk ikke tør å si opp en fast jobb for et engasjement i noen år. En annen utfordring er at det er vanskelig å få tak i disse til en 50 prosent stilling. Det nasjonale teamet beskriver det som «en krise» når en fylkeskoordinator slutter i jobben, fordi det er vanskelig å rekruttere den personen de er på jakt etter. Og det å følge fylkeskoordinatorene tett, særlig når de er i en opplæringsperiode, kan også være ressurskrevende når det er mange nye.

En av fylkeskoordinatorene fremhever hvor viktig funksjonen som fylkeskoordinator er, og at «alle er samstemte om at sånn må det være. For de ser verdien av det». Vedkommende jobber selv på opplæringskontoret, og kollegaene hans er lærere, noe som utgjør en fordel for ham. Han sitter i et fagmiljø som snakker om fagopplæring hele tiden. De følger opp kommunen sine lærlinger, blant annet i helsearbeiderfaget, mens fylkeskoordinatoren følger opp helserekruuttene. I det øyeblikket helserekruitten søker om lære plass i kommunen, så sitter fylkeskoordinatoren på mye førstehåndskunnskap om vedkommende, som kan overføres direkte til konsulenten som skal følge opp i lære plassen. På denne måten sikres gode overganger.

I et annet fylke sitter fylkeskoordinatoren også på opplæringskontoret, og i likhet med ovennevnte fremheves at denne plasseringen gjør at man har et fellesskap med andre som «jobber med noenlunde det samme». Også her pekes det på flere fordeler, blant annet at man på denne måten tenker mer helhetlig rundt opplæring, praksis og overføring. En utfordring er imidlertid at lederen på opplæringskontoret på et vis har et arbeidsgiveransvar, samtidig som de ikke har det. Fylkeskoordinatoren beskriver det slik at han «hører til, men ikke hører til». I begynnelsen skulle han være med på de faste møtene på opplæringskontoret, men etter hvert ble det mer naturlig med en tilhørighet til dem som driver prosjektet (jfr. gjennom mentorordningen).

Lederen på et av opplæringskontorene bekrefter at ting fungerer bra, men at det hadde vært enda bedre dersom fylkeskoordinatoren hadde vært lønnet av det nasjonale teamet, og at

dette ville gitt en større fleksibilitet og frihet. For hvis lønnen skulle gått fra budsjettet til opplæringskontoret, så ville ikke lederen ha akseptert at fylkeskoordinatoren f.eks. hjelper de andre fylkene.

Fylkeskoordinatorene blir av representantene fra fylkeskommunene beskrevet som «et bindeledd mellom fylkeskommunen og bedriftene i fylket». En påpeker at dette i starten førte med seg visse utfordringer:

*«Når det gjelder fylkeskoordinatoren så virker det også som han har jevn og god kontakt med mennene som inngår i dette prosjektet. Vi hadde litt oppstartsproblemer som gjaldt å skjønne hverandres felt og rolle – men det var bare helt i oppstarten, og nå synes jeg det fungerer veldig bra. Det er helt åpen linje – jeg tar kontakt med ham når jeg måtte trenge det og han tar kontakt med meg. Det kan dreie seg om enkeltpersoner eller organiseringen. Og vi tar begge kontakt med fagopplæringa hvis det er behov for det. Så mitt inntrykk er at dette er en god organisering.»*

Samarbeidet mellom fylkeskoordinatorene og fylkeskommunen beskrives som veldig bra, og «midt imellom-posisjonen» kan være en årsak til dette. Det å ha en som på den ene siden kjenner ordningen godt, dvs. utdanningsmodellen og opplæringsløpet, samtidig som vedkommende også er tett på praksisfeltet og kjenner helserekruttens bakgrunn. Sistnevnte kan være nyttig kunnskap å ha kjennskap til før fylkeskommunen godkjenner lærekontrakter for den enkelte, f.eks. i forhold til hvor lang læretiden skal være. En foreslår at det kanskje er «mest normalt å ha funksjonen som fylkeskoordinator på fylkesnivå».

Oppfølgingen som helserekruttene får fra fylkeskoordinatoren, kan også gjøre at behovet for kontakt eller oppfølging fra NAV blir mindre. Dette er noe en av kontaktpersonene i NAV fylke understreker, når vedkommende blir spurt om hva som er viktige suksessfaktorer ved Menn i helse:

*«Punkt en er utdanningsmodellen og det at man ender opp med folk som er plukka ut på likt grunnlag og som har en del felles erfaringer. (...) En annen ting som er svært viktig er den oppfølginga de får fra fylkeskoordinatoren. Jeg vet at de føler seg veldig godt ivaretatt. Det å være NAV-bruker er ikke så kult bestandig – og å si at man går på NAV-kurs er ikke noen sexy greie akkurat – men når det gjelder Menn i helse så vet vi faktisk at de er stolte av det, de føler seg spesielle. Det er så godt organisert, veilederne er så drilla, det har blitt en merkevare det er litt kult å være med på. Evnen fylkeskoordinatoren har til å følge dem opp gjør også at de har litt mindre kontakt med NAV – så de føler seg mindre som en NAV-bruker. Du er ikke NAVer – du er med i prosjektet. Det er et fellesskap av NAV-brukere som skapes utenfor NAV, det er et veldig viktig poeng.»*

Viktigheten av fylkeskoordinatorfunksjonen blir også bekreftet av en annen informant fra NAV fylke:

*«Mye blir løst i forhold til fylkeskoordinatoren, så det er en veldig viktig rolle. Vi forholder oss jo til to stykker, en i øst og en i vest. Min oppfatning er at det er en stor fordel hvis koordinatoren har erfaring fra NAV. Koordinatoren i den ene kommunen jobber 50 prosent i NAV, mens i den andre kommunen er det ikke sånn. Det er en veldig fordel for deltakerne og organiseringen at en kjenner faget på begge sider. (...) Deltakerne i Menn i helse lurer jo på veldig mange NAV-ting – og da er det en stor fordel om det ikke går for lang tid før de får svar – også blir det feilinformasjon også*

*... Det er noe med å vite hvordan man skal legge til rette i form av kontaktpersoner, ytelser, meldekort osv. Det er mye lettere for deltakerne om de kan forholde seg til en istedenfor til flere når det gjelder disse tingene.»*

En understreker at helserekruktene veldig gjerne vil forholde seg til fylkeskoordinatoren, fordi de får et nært og godt forhold til ham – men at det er enkelte ting som NAV bør svare på for at det skal bli korrekt. Det er imidlertid også kun kontaktpersonene i NAV fylke som er av den oppfatningen at det er en fordel hvis fylkeskoordinatorene tilhører NAV. Andre er mer skeptiske fordi dette vil kunne gjøre det vanskelig å gjennomføre prosjektet slik det er tenkt – at det vil miste noe av sin særegenhet. En fra det nasjonale teamet påpeker også: «*Nå som vi har fått såpass god kontakt med NAV, er ikke den NAV-kompetansen hos koordinatoren så viktig som det var før. Men her er vi jo også farget av den organisasjonen vi er i.*»

Representanten fra Arbeids- og velferdsdirektoratet ser også utfordringen med at funksjonen som fylkeskoordinator er deltidsstillinger, og at det ikke kan være fullt fokus på Menn i helse. Samtidig understreker hun at Menn i helse bør være et av flere opplæringskonsepter:

*«Gitt at kommunen og fylkeskommunen og NAV skal samarbeide om en del opplæringskonsepter, så må man få sette av faste ressurser til det samarbeidet. Og så vil jeg tenke det er naturlig å fordele prosjektene imellom seg. Jeg er litt usikker på, hvis dette her skal være en permanent modell, om det er mulig å legge en full fylkeskoordinator til enten fylkeskommunen eller til NAV. Jeg vil tro at det i så fall er naturlig at den ligger til fylkeskommunen.»*

Hvis det skal være en bærekraftig modell, som også kan være permanent etter prosjektiden er over, må et nasjonalt ledd sannsynligvis ta over et større ansvar for både gjennomføringen og kvaliteten i Menn i helse.

## **4.5 Rekrutteringsgrunnlag blant flere innsatsgrupper**

Da Østlandsforskning leverte sin første rapport om Menn i helse, representerte forhold knyttet til rekruttering en utfordring for prosjektet. Bakgrunnen for denne utfordringen var, ifølge en representant fra nasjonalt team, blant annet at NAV og Menn i helse hadde noe ulik oppfatning angående hva som skulle danne et hensiktsmessig rekrutteringsgrunnlag for prosjektet: «*For at NAV skulle få mest mulig valuta for dette i forhold til deres portefølje, ønsket de å rekruttere inn dem som stod lengst bort fra arbeidslivet.*» Imidlertid erfarte man gjennom Menn i helse at mange av disse hadde mindre gode forutsetninger for å gjennomføre et slikt kompakt og krevende opplæringsløp: «*De vanskeligste deltakerne i Menn i helse er klart de som står lengst unna arbeidslivet.*», som en av informant fra nasjonalt team uttrykte det.

Som beskrevet i kapittel 4.2 ble forskriftene for opplæringstiltak endret juli 2019, noe som i korte trekk innebærer en økt satsning mot fag- og yrkesopplæring og et fokus på at enda flere skal får fullført skolegang på videregående skoles nivå. Ifølge en av representantene fra nasjonalt team har den nye tiltaksforskriften gjort at det har blitt mulig å plukke fra flere tiltaksgrupper: «*De ansatte i NAV som skal rekruttere har nå støtte i den nye forskriften, at de kan rekruttere fra flere grupper.*» Videre forteller denne representanten fra nasjonalt team at de opplever at kontakten og samhandlingen med NAV har blitt klart forbedret det

siste året: *«Jeg opplever at både Arbeids- og velferdsdirektoratet og departementet har veldig tillit til og respekt for det arbeidet vi gjør. Vi har brukt utrolig mye tid, blod, svette og tårer for å kunne få til det arbeidet vi har.»*

Blant de konkrete initiativene denne informanten peker på, som har bidratt til forbedringen av samhandlingen med NAV, er en workshop i september 2019, med aktuelle NAV-kontakter i de fylkene Menn i helse er etablert. Målet med workshopen var nettopp å få til en bedre samhandling slik at Menn i helse kunne rekruttere enda flere menn som har forutsetninger til å kunne klare løpet. Deltakelse fra NAV-direktør Sigrun Elisabeth Vågeng og en daværende statssekretær bidro, ifølge en representant fra nasjonalt team, til at prosjektet oppnådde økt anerkjennelse blant NAV-kontaktene: *«Resultatet av den workshopen er at samarbeidet har blitt enda bedre i den forstand at NAV forstår viktigheten av å rekruttere riktig deltakere til riktig tid.»* Initiativ som dette har, ifølge nasjonalt team, ført til en opplevelse av at *«vi får større forståelse fra NAV nå for at dette løpet er såpass krevende at vi må tenke på at deltakerne faktisk har forutsetninger for å gjennomføre slik at de ikke går på nye nederlag.»* I tillegg til en likere forståelse når det gjelder hvilke menn som kan passe som deltakere i prosjektet, har altså den nye forskriften gjort det lettere for NAV å endre sin rekrutteringspraksis i overensstemmelse med en slik forståelse. Informanten fra Arbeids- og velferdsdirektoratet pekte også på endringer når det gjelder rekruttering som en klar forbedring av prosjektet, uten at dette har vært direkte pålagt: *«Vi har fått til bedre rekruttering, så det er noe vi har jobbet med. Men det er jo ikke bare NAV som har gjort. Det er jo, holdt på å si, hele prosjektet.»*

Informantene fra nasjonalt team understreker videre at erfaringene fra årene med Menn i helse har lært dem å gjøre bedre vurderinger når det skal selekteres både under intervju og 12 ukers rekruttperiode: *«I starten var vi veldig opptatt av kvantitet, vi skulle ha flest mulig, mens nå har vi fått mer erfaring og er blitt mer bevisste (...). Vi er nå veldig opptatt av kvalitet – at disse skal bli fremtidens robuste helsefagarbeidere.»* Fokuset når det gjelder rekruttering til Menn i helse har, ifølge denne representanten fra nasjonalt team, altså endret seg fra kvantitet til kvalitet.

Også de tre intervjuede fylkeskoordinatorene fremhever en mer treffsikker rekruttering av menn som en forbedring av prosjektet: *«Vi ser store forskjeller fra 2016-kullet og til det kullet vi setter i gang nå. På hvor mye bedre NAV har vært til å så velge ut potensielle kandidater. Første kullet i 2016 så var det for å si det rett ut veldig mye hummer og kanari.»* Denne fylkeskoordinatoren fortalte videre at tidligere kunne det være sånn at folk kom på intervju, *«og skjønnte ikke hvorfor de var der»*, mens NAV nå har blitt veldig flinke til å sile og ende opp med gode kandidater.

Fylkeskoordinatoren fra et annet fylke fortalte at de der har en litt annerledes innsøkningsprosess enn vedkommende opplever er vanlig. I dette fylket kan alle stille på informasjonsmøtet. Man trenger ikke å ha fått en invitasjon på forhånd. På den måten mener denne fylkeskoordinatoren at de oppnår å nå bredere ut: *«Fin tilnærming for å nå flere – de må ikke ha vært innom NAV først.»* I tillegg jobber også NAV i dette fylket med å oppfordre aktuelle kandidater til å møte på informasjonsmøtet, og her er det den enkelte NAV-veileder som, i større grad enn tidligere, vurderer behov og egnethet. Informanten framholder at dette har vært en suksessfaktor for å få mange til informasjonsmøte. I tråd med synspunktene fra nasjonalt team, understreker denne fylkeskoordinatoren at det er viktig å ha med noen ressurssterke i klassen *«for å dra med de andre»*. Det er således ikke noen god strategi å kun ta med dem som har vært langt fra arbeidslivet over lengre tid.

Informanten forteller at denne strategien når det gjelder rekruttering, har ført til gode resultater: *«Gjennomføringen hos oss er høy. De som starter opp, fullfører stort sett og kommer seg i jobb etterpå. Mennene gjør ikke dette her mens de venter på noe annet. Det er veldig få som har valgt å droppe ut, og det gir jobbmuligheter.»*

Også i det tredje fylket vi har sett nærmere på i denne runden, er det gjort avveininger mellom *«det å stå langt fra arbeidslivet»* på den ene siden, og kandidatenes forutsetninger for å gjennomføre på en god måte, på den andre. En representant fra fylkeskommunen formulerer det slik: *«Vi har klart å finne den gylne middelveien. Utvalget vi sitter igjen med til slutt er et resultat av utvelgesprosessen mer enn et spørsmål om innsatsgruppe.»* Denne informanten opplevde at NAV de første årene f.eks. ikke tok hensyn til språkkunnskaper, mens den enkelte NAV-veilederen nå bruker noe tid på å sjekke ut den enkelte på forhånd: *«Og det tror jeg er veldig viktig. Antallet som kommer på informasjonsmøter er ganske stabilt, rundt 100. Men de er nok mer spisset i dag enn de var tidligere.»* Mens man i det forrige beskrevne fylket er åpen for at også menn som ikke er invitert kan komme på informasjonsmøtet, foretar man altså her en viss grad av «spissing» på forhånd, bl.a. med hensyn til språkkunnskaper. Ifølge denne fylkeskoordinatoren benytter dette fylket også et kartleggingsskjema som mennene fyller ut før de blir plukket ut til å delta på intervju. Denne informanten understreket videre at hvis måltallet er 20 i hver klasse, må de starte opp 25 i klassen: *«Vil vi ha ut 40 i jobb, så må vi gi 50 muligheten til å begynne.»*

#### **4.5.1 Intervjuprosessen**

Til hjelp i å plukke ut de rette kandidatene er det, ifølge en representant fra nasjonalt team, også utviklet en egen intervjuguide som mange kommuner benytter når de skal intervju kandidatene. Det er også gjort endringer i når det gjelder selve intervjuformen, blant annet når det gjelder rekkefølge og innhold i oppgaver. Dette for at deltakerne skal føle seg mer trygge i intervjusituasjonen. Når det gjelder intervjuprosessen er de fleste informantene fra de tre fylkene vi har undersøkt i denne runden, enige om at man har blitt stadig flinkere og mer treffsikker. Denne representanten fra NAV fylke sine betraktninger er et godt eksempel på dette:

*«Inntaksprosessen og det vi gjør i forkant er jo veldig profesjonell i forhold til andre ting vi gjør i NAV. Det er en intervjuprosess, og praktiske øvelser i den intervjuprosessen, som gjør at vi greier å finne sterke og svake sider hos alle deltakerne. Deltakerne får oppgaver de skal løse sammen og hver for seg. (...) De som skal ha dem er og observerer, NAV er og observerer og Menn i helse er der og styrer hele opplegget. Og de er ganske tydelige i tilbakemeldingene. Så her har Menn i helse gjort en veldig god jobb altså.»*

Denne representanten fra NAV fylke understreker således at godt tilpassede intervjuer, med hensiktsmessige oppgaver og deltakelse fra de ulike partene i prosjektet, bidrar til at utvelgesprosessen er blitt profesjonalisert. Samtidig underslår ikke denne informanten at en slik relativt omfattende prosess er temmelig ressurskrevende:

*«Hvis vi får til en offentlig-offentlig avtale med fylkeskommunen, og dette blir mer en fast del av vår tiltaksportefølje, så må vi nok også se om vi kan få til en mindre ressurskrevende rekrutteringsprosess – at man finner deltakere litt etter litt underveis.»*

Istedenfor relativt ressurskrevende informasjons- og intervjuprosesser ser denne informanten altså for seg at man kan gå over til at rekrutteringen til Menn i helse i større grad kan bli en del av de NAV-ansattes daglige arbeid.

Så å si samtlige informanter fra de tre fylkene peker nettopp på utvelgelsen av rekrutter, gjennom intervjuprosessen og rekruttperioden, som en svært sentral suksessfaktor for Menn i helse. En avdelingsleder ved et sykehjem uttrykker dette på denne måten: «*Utvelgelsen er det viktigste – få de rette kandidatene inn. Dette i tillegg til gode veiledere er oppskriften på suksess.*» Denne informanten fortalte videre at hun har inntrykk av at kandidatene som blir valgt ut er litt bedre fra år til år: «*Inntrykket er at utvelgelsen har blitt mye mer spissa mot hvem som kan være egnet til å fullføre.*» Her er det særlig intervjuprosessen informanten sikter til, siden vedkommende også erfarer at kvaliteten på kandidatene som går inn i 12 ukers rekruttperiode har blitt merkbart bedre. Når det gjelder de tre mennene som er blitt intervjuet i denne runden, fortalte disse, på ulike måter, at de hadde opplevd intervjuprosessen som krevende – nesten litt sjokkerende – men også som ryddig og hensiktsmessig.

En av representantene fra NAV fylke ga for øvrig uttrykk for at slik det fungerer i dette fylket i dag, må NAV-brukeren enten ha plukket opp informasjon om Menn i helse et eller annet sted, eller ha blitt informert av en NAV-veileder. Dette opplever denne representanten fra NAV fylke som utilstrekkelig: «*Jeg tenker at det derfor kan være for mye opp til tilfeldigheter hvem som får kunnskap om Menn i helse.*» Dette poenget leder oss naturlig over til forhold relatert til hvordan Menn i helse markedsføres.

#### **4.5.2 Markedsføring**

En av de intervjuede fylkeskoordinatorene understreket at i hans fylke har de rykte på seg å være veldig profesjonelle når det gjelder informasjonsmateriell og hvordan de fremstår, inkludert i media. Imidlertid har Menn i helse i dette fylket hatt noen utfordringer med å slippe til hos NAV:

*«I de fleste andre fylkene blir de invitert til å delta på kontormøter i de ulike NAV-kontorene, der de har en sesjon på en halv time til en time, der man får presentert prosjektet i god tid på forhånd. I mange fylker har man også hatt en kontaktperson i NAV som har vært tett på i rekrutteringsfasen. Mens i vårt fylke har NAV ønsket å bruke eksisterende kanaler. Dvs. de skal se på video i kanalene NAV har på sitt intranett.»*

Dette dreier seg altså om det man kan betrakte som en mangelfull informasjon og markedsføring innad i prosjektet, og her spesifikt mot lokale NAV-kontorer. Denne fylkeskoordinatoren fortalte at denne mangelen på tilgang har gjort det utfordrende å forplikte de enkelte NAV-veilederne til å peke på de riktige kandidatene: «*Jeg tror det personlige møtet med veilederne er veldig viktig – både for informasjon, men også for å utfordre veilederne til å finne de mennene som ikke vet at de egentlig vil bli helsearbeidere. For det er dem vi er på jakt etter.*» Også i et av de andre fylkene vi undersøkte fremkommer det gjennom intervju med en ansatt i NAV fylke, at kunnskapen om Menn i helse på de ulike lokale NAV-kontorene kan være variabel og at man gjerne skulle hatt en mer effektiv måte å få ut kunnskap og informasjon til disse.

Representanten fra NAV fra et av de andre undersøkte fylkene, ga uttrykk for at det også kan representere en utfordring å få nok arbeidsgivere med på laget: «*Det er fordi at dette skal gå*

*på toppen av de ordinære lærlingene. De skal ikke fortrenge ungdomslærlingene som de ellers tar inn.»* Utfordringen gjør at det, ifølge denne representanten fra NAV fylke, er enkelte kommuner der det ikke er mulig å starte opp Menn i helse-kull. Denne informantene så også denne utfordringen som delvis et resultat av mangel på adekvat informasjon og effektiv markedsføring overfor aktuelle arbeidsgivere.

Forhold knyttet til informasjon opp mot lokale NAV-kontorer og arbeidsgivere dreier seg altså om det man kan omtale som prosjektets *interne* markedsføring. Her kan det synes som det er rom for videre utvikling. Imidlertid later det til at disse forholdene varierer noe fra fylke til fylke – i noen fylker og kommuner fungerer det bra, i andre ikke fullt så bra.

Når det gjelder det man kan omtale som prosjektets *eksterne* markedsføring, særlig rettet mot aktuelle menn, er hovedinntrykket at informantene fra de tre undersøkte fylkene oppfatter at dette er godt ivaretatt, ikke minst gjennom innsatsen som gjøres i det nasjonale teamet. En av representantene fra nasjonalt team fortalte at markedsføringen av Menn i helse må anses som en kontinuerlig prosess: *«Det er viktig at vi ikke sovner. Menn rekrutterer menn, framfor noe annet, så det å markedsføre oss gjennom våre deltakere har vi stor tro på.»* Informanten utdyper at det blant annet satses på tidligere helserekutter som er ferdig utdannet og som kanskje møter som veileder for en kommende generasjon av Menn i helse. På informasjonsmøter for prosjektet fungerer disse som rollemodeller som oppfordres til å fortelle de gode og viktige historiene: *«Vi har et eget preppesystem for det.»* Representantene fra nasjonalt team fortalte at de på denne måten prøver å ha med rollemodeller mennene kan identifisere seg med, ikke bare på informasjonsmøter, men også andre arenaer som er egnet. Her har man også aktivt tatt i bruk ulike medier: *«Og vi har veldig mange gode caser. Vi har hatt hundretalls avisoppslag og til og med et innslag på dagsrevyen også. Og det er viktig at vi gjør sånne ting kontinuerlig – fordi dette er ferskvare – og det gjør vi.»*

Nasjonalt team understreker videre at de nå har gått bort fra en vinkling mot «macho-mannen», det kunne være tendenser til i starten: *«Det har vi jo dempa ganske mye vil jeg si. Det er litt viktig at vi tenker at alle typer menn kan jobbe innenfor denne sektoren.»* Denne endringen i fokus kan man også registrere i svarene fra fylkeskoordinatorene i de tre fylkene: *«Ja, det var brukt macho-omsorg i begynnelsen. Nå er det snarere tvert imot. Det er bevisst at vi har fjernet oss fra det med sterk nok og mann nok. (...) Det er jo det vi leter etter, det som kalles for omsorgsogenet. En som er ambisiøs og har lyst. Og stå-på-vilje. Det er bevisste valg i markedsføringen.»* Denne fylkeskoordinatoren understreker videre at dette «omsorgsogenet» kan finnes hos de forskjellige typer menn, med et mangfold av bakgrunner.

Når det gjelder den generelle markedsføringen av Menn i helse, ga informantene i de tre fylkene jevnt over uttrykk for at de er godt fornøyde. Uttalelsen fra en av fylkeskoordinatorene er representativ for denne oppfatningen: *«De er jo flinke, og er på de fleste kanaler. Både på nett og i aviser. De er synlige.»* Samtidig understrekes det at slik markedsføring alltid må betraktes som «ferskvare», og at man når det gjelder dette området *«aldri kan hvile på lauvbæra»*. Det å bruke mennene som kontinuerlig får sin utdanning gjennom prosjektet til dette arbeidet, blir jevnt over fremholdt som svært positivt. Mange av informantene fremhever også omdømmebygginga og stoltheten man har fått til gjennom Menn i helse, og det pekes på at fylkeskoordinatorene, sammen med nasjonalt team, har spilt en sentral rolle for å oppnå dette. I tillegg peker en del på at dette at det faglige nivået er godt ivaretatt gjennom Menn i helse, i seg selv har bidratt til å gi prosjektet et godt



rennommé – og at dette også «*smitter over på helsefaget generelt*», noe som har en positiv innvirkning på rekrutteringen.

En representant fra NAV i et av fylkene modifierer imidlertid bildet av effektiv markedsføring mot aktuelle menn noe. Selv om også denne informanten understreker at man stadig har blitt mer treffsikker når det gjelder å plukke ut menn som er egnet, lykkes man fremdeles ikke med å nå ut til alle aktuelle kandidater: «*Istedenfor å bruke tradisjonelle metoder som brosjyrer og presentasjoner som ligger i NAV-mottakene, bør man heller ta i bruk f.eks. gjennom NAV.no.*» Denne representanten fra NAV fylke mener altså at brukerne også bør kunne melde sin interesse gjennom NAV.no. Dette på grunn av at det gradvis er færre som kommer til NAV-mottak fordi stadig mer av kontakten foregår digitalt.

## 4.6 Helserekruittperioden

Det er en utbredt oppfatning blant informantene at helserekruittperioden er svært nyttig for prosjektet, både for den enkelte mann og for arbeidsgiver med tanke på videre kvalifisering mot fagbrev som helsefagarbeider. Representanten fra Arbeids- og velferdsdirektoratet fremholder således nettopp helserekruittperioden som en vesentlig suksessfaktor for Menn i helse. Informanten vektlegger at deltakerne på denne måten får testet ut yrket i en arbeidstreningsperiode, og de får bedre kjennskap til det skoleløpet de skal igjennom. I tillegg fungerer perioden som en viktig seleksjonsarena. Samtidig innrømmer denne informanten at det i NAV-sammenheng er en «*litt utradisjonell tanke*» at man skal inn i arbeidstrening som ikke nødvendigvis fører til jobb: «*For den der første perioden på tre måneder, at den hører til et utdanningsløp. Det er en litt kontroversiell tankegang i NAV. For vanligvis ville vi sagt at det er ikke nødvendig. Da skal man bare direkte på et skoleløp.*» Informanten utdypet at det representerer en annen måte å tenke på for Arbeids- og velferdsdirektoratet dette at arbeidstreningen ikke isolert sett fører til jobb, og at dette er noe NAV har måttet jobbe en del med. NAV har vært villig til å tenke annerledes om dette når det gjelder Menn i helse, nettopp fordi de ser nytten alle parter har av en helserekruittperiode.

En av representantene fra kommunalt opplæringskontor beskrev fordelene ved helserekruittperioden på denne måten: «*Viktig at de får den praksisen med en gang slik at de får kjent på hva yrket egentlig er (...) Du føler at det er kvalitetssikra før kandidatene skriver lærekontrakt. De aller fleste fullfører når de har fått lærekontrakt – og de fleste går ut med veldig godt resultat.*» Erfaringen er altså at selekteringen som skjer gjennom helserekruittperioden er et viktig bidrag til at det er få lærekontrakter som heves. De mennene som ikke passer til dette faller som regel fra, eller blir veiledet ut, før de tegner en lærekontrakt.

Selv om informantene i de tre fylkene i stor grad oppfatter helserekruittperioden som både viktig og nyttig, fremkom det også noen motforestillinger med hensyn til hvordan perioden har fungert. En av de intervjuede fylkeskoordinatorene formulerte dette særlig tydelig:

*«I utgangspunktet er helserekruittperioden inntil 12 ukers utprøving og en gjensidig avklaring både for mannen og for virksomheten. Hvor mannen skal finne ut om passer jeg til det her? Får jeg det til? Er det kjekt? Og for at virksomheten finner ut, er denne mannen egnet og motivert? Om han kan fungerer som det forventes? Jeg mener det er viktig at man toner ut konkurranseaspektet, og får frem at dette er en avklaring for begge parter. En del av veiledningssamtalene oppleves som en opptaksprøve – det at*

*de blir vurdert hele veien, og det er ikke positivt for kommunikasjonen. De føler at de er på jobbintervju, i stedet for reell veiledning og utsjekking på hvordan det går.»*

Denne fylkeskoordinatoren utdyper at «noen skal ut-opplegget», dette «å ta inn 30 som skal bli til 20 og holde mennene på pinebenken til den 23. juni», er blitt opplevd som problematisk. Måten de i fylket har løst dette på er at både Fylkesmannen og NAV har vært fleksible mht. antall skoleplasser – sånn at om kandidatene har vært gode nok, så har de fått plass. I dette fylket har man altså gått inn for at det skal være nok læreplasser til at alle kandidater som tilfredsstillere kravene skal kunne få et tilbud om å fortsette.

En av de intervjuede mennene fra det samme fylket bekrefter at man der ikke har praktisert et veldig strengt opplegg med hensyn til reduksjon i antallet kandidater i løpet av helserekruitteringsperioden:

*«Det var litt over 100 søkere som var med på individuelle og gruppeintervjuer med representanter fra sykehjem og andre – og med bl.a. gruppearbeid. Også var det 30 som gikk videre og fikk jobbe på sykehjem i tre mnd. Med opplæring og egen veileder der. Også var det tilbakemeldingene derfra som ble avgjørende for om man fikk gå videre. Det skulle egentlig være 20, men det ble 24 som gikk videre – fordi de synes det var såpass bra. Tror at så å si alle av disse 24 har endt opp med fagbrev.»*

Denne mannen forklarte videre at fordi det oppstod et dilemma når det viste seg at det var flere velegnede menn enn det egentlig var plasser til, søkte fylkeskoordinatoren Fylkesmannen og NAV om å få ta disse med videre, slik fylkeskoordinatoren selv har gjort rede for over. Dersom en slik fleksibilitet, når det gjelder antall menn som skal tas med videre etter helserekruitteringsperioden, er utbredt også i de andre fylkene som har Menn i helse, er det ikke sikkert at denne «konkurransesmodellen» representerer noen stor utfordring for prosjektet i praksis. Da må man imidlertid kanskje også forvente at dersom det etter en helserekruitteringsperiode skulle vise seg å være færre velegnede kandidater enn f.eks. 20, så velger man å ta inn kun de mennene som har vist seg å innfri kravene, selv om dette er færre enn måltallet.

## **4.7 Vekslingsmodellen**

Som det framkom av kapittel 4.1 er det forskjellig hvordan fylkene har organisert vekslingen mellom teori og praksis i utdanningsmodellen. I to av fylkene som deltok i undersøkelsen hadde de tidligere lengre bolker med skole og praksis på flere uker av gangen. Det siste året, etter at de fikk to klasser, har de imidlertid gått over til en annen modell der helserekruitterene har to dager praksis og tre dager skole, stort sett hver uke.

En av de tre fylkeskoordinatorene vi intervjuet, understreket at ved å ha ulike modeller for vekslingen mellom teori og praksis gjør man seg litt ulike erfaringer: «Vi som har den ene modellen har mange argumenter for den og er veldig fornøyd, mens de som kjører den andre modellen har masse gode argumenter og synes det er den beste modellen. Så her er det litt ulike referansepunkter.»

Dette at det er ulike referansepunkter for hva som er en god modell for veksling mellom teori og praksis i opplæringen fikk vi også bekreftet gjennom intervjuene med de øvrige informantene fra de tre fylkene. Argumentene for en ukentlig veksling mellom tre dager skole og to dager praksis, dreier seg i stor grad om anledningen man da får til å kontinuerlig

prøve ut teorikunnskap på f.eks. et sykehjem. En av mennene, som har gjennomført Menn i helse, uttrykte dette på denne måten:

*«Det var veldig godt å kunne være tre dager på skolen og to dager ute i jobb. Særlig det siste halvåret på skolen – når en dreiv med sykdomslære og den typen ting – så var jeg så heldig at jeg var på en avdeling der det var mye sykdommer, så jeg kunne gå fra sykdom til sykdom på arbeidsstedet. Og jeg fikk sett det både teoretisk og praktisk – det var veldig lærerikt.»*

Denne mannen verdsatte således muligheten den hyppige vekslingen mellom teori og praksis ga ham til å få gjort relativt abstrakt kunnskap, om f.eks. ulike sykdommer, mer konkret gjennom å faktisk møte dem på arbeidsstedet. På den måten fikk helserekruттene «kontinuerlig sjekket ut teorien», som en annen av mennene uttrykte det.

En annen fylkeskoordinator, fra et fylke hvor de har valgt å holde på en hovedmodell med tre uker på skole og to uker i praksis, fortalte at lengden på skole- vs. praksisbolker også kan variere avhengig av hvilken fase av opplæringen man er inne i. Nå var de inne i en periode der de er fem uker på skolen, og skal ha fire ukers praksis etterpå. Argumentene for denne måten å organisere veksling mellom teori og praksis dreide seg for det første, ifølge denne fylkeskoordinatoren, om å få skoleruta til å gå opp med modellen. Men et vel så viktig argument for lengre praksisperioder, denne fylkeskoordinatoren pekte på, er at helserekruттene på den måten både blir godt kjent med rutiner og kommer i god kontakt med pasientene og kolleger. Det ville være vanskelig å oppnå like god kjennskap og kontakt om periodene med praksis skulle være mer oppstykket. En viktig tilleggsgevinst av dette er ifølge fylkeskoordinatoren, at helserekruттene også får kjent på hvordan det er å jobbe i turnus. Samtidig som denne koordinatoren ser at det kanskje er mer forutsigbart, både for mennene og for praksisstedene, de steder der de f.eks. er tre dager på skole og to dager i praksis, argumenterer han for at dette mer enn oppveies av den mer «virkelighetsnære» modellen man oppnår gjennom lengre praksisperioder: «Men samtidig så tenker jeg at det er den hverdagen de skal inn i, og som de skal trenes på, det er den de skal fikse, mennene. Nemlig turnuslivet og alt det det innebærer, med utfordringer i familielogistikk og andre ting. Så jeg tror det er bra.»

Også en representant fra kommunalt opplæringskontor fra et annet fylke understreket betydningen av at helserekruттenes praksis er så virkelighetsnær som mulig: «Viktig at praksisen helserekruттene får er så realistisk som mulig. Kan bli så mye tilrettelegging for den enkelte helserekruтт at dette ikke blir forenlig når de skal ut i en vanlig turnus.» Poenget til denne informanten er altså at gjennom en virkelighetsnær praksis, der mannen følger en veileders turnus, vil helserekruттten få et mer realistisk bilde av hvordan det er å jobbe som helsefagarbeider f.eks. på et sykehjem.

En av mennene fra et av fylkene som nå har gått over til hyppigere veksling, men som selv hadde hatt lengre praksisperioder i løpet av Vg1 og Vg2, uttrykte fordelene med lengre sammenhengende praksis- og skolebolker på denne måten:

*«For min del så var det perfekt. Når det begynte å bli litt kjedelig å sitte på skolebenken, så var det godt å komme tilbake ut i praksis og motsatt. Etter praksis var det godt å komme tilbake på skolen og møte gutta. Man fikk satt sammen teori og praksis på en god måte. Jeg har ikke satt meg inn i hvorfor de har endret det nå, men umiddelbart så tror jeg det hadde vært mer stressende for min del. Når du er lengre tid sammenhengende ute i praksis så får du mer kontinuitet i det du holder på*

*med. Så for meg så høres endringen ut som en dårlig løsning. For du får også mer konsentrert skolearbeid med lengre perioder på skolen. Den måten vi gjorde det på var ideell for min del og fungerte bra.»*

Denne mannen fremhever altså at lengre perioder på både opplæringsinstitusjon og i praksis gav større anledning til kontinuitet, ro og konsentrasjon, noe som var viktig for vedkommende. Også en representant fra kommunalt opplæringskontor, fra det samme fylket, er inne på at den hyppigere vekslingen de nå har gått over til, kan representere en utfordring med hensyn til kontinuitet: «*Det er jo litt mer utfordrende når de er i praksis kun i to dager. Vi har jo veiledere som ikke jobber 100 prosent, og det kan jo hende de har noen fridager. Så sånn sett, så er det jo bedre at de er i praksis hele uken.*» På den annen side er representanten fra fylkeskommunen i det samme fylket, inne på at det for skolen sin del kan være en klar fordel med hyppige vekslinger i forhold til disponering av lærerressurser.

En fylkeskoordinator, i et fylke der de praktiserer modellen med tre dager på skole og to dager i praksis, ga følgende oppsummering av fordeler og ulemper ved hyppig versus mindre hyppig veksling mellom teori og praksis:

*«Spør vi rekruttene i klassen, så er det noen som synes at dette er veldig fint, fordi at vi får så tett knyttet sammen teori og praksis. Det vi lærer på skolen får vi ut og prøvd etter relativt kort tid. Vi trenger ikke å vente i fire uker før vi skal ut og prøve det ut. Og så får vi også tilbakemeldinger på at noen sier at det kan være litt vanskelig å omstille seg så ofte igjen. Så det vil jo være personavhengig, ikke sant. Flesteparten av tilbakemeldingene er positive slik modellen fungerer nå, og derav har vi også valgt å videreføre den da.»*

Selv om det er ulike oppfatninger rundt de to ulike hovedmodellene for veksling, mener altså denne fylkeskoordinatoren å registrere at flertallet av mennene foretrekker hyppige vekslinger. En av de intervjuede mennene, som har gjennomført Menn i helse, hadde imidlertid klare meninger når det gjelder hvordan en eventuell hyppig veksling mellom teori og praksis bør og ikke bør organiseres:

*«Jeg tenker spesielt på dette med veksling mellom teori og praksis i skoletida. Der tror jeg Menn i helse bør etterstrebe at det er to dager etter hverandre i praksis og tre dager på skolen. Vi hadde det slik, men jeg ser at i ettertid har det blitt delt opp – de har praksis på en mandag og en torsdag f.eks. Når du kommer på jobb på et sykehjem etter en uke så har det ofte skjedd en del ting. Du bruker en del av den første dagen til å finne ut av hva som har skjedd, hvilke endringer som har blitt gjort osv. Hvis det går noen dager imellom praksis så er du oppi samme utfordring.»*

Denne mannen har altså en klar oppfordring til at, om man har tre og to dager veksling mellom teori og praksis per uke, bør de to dagene i praksis komme på etterfølgende ukedager og ikke være splitta opp. Hvis ikke vil en uforholdsmessig stor del av tida i praksis gå med til å holde seg oppdatert og således være mindre effektiv med hensyn til læring.

#### **4.7.1 Oppfølging under opplæringen**

Betydningen av tett oppfølging av helserekruuttene, både på skole og i praksis, var noe som ble understreket som svært viktig av så å si samtlige informanter, og særlig av fylkeskoordinatorene:

*«Klart at jobben som fylkeskoordinator sammen med lærerne er å holde oppe denne motivasjonen, mens de holder på, så de ser at det er en gullbillett de har fått. Den tette dialogen med den enkelte gjennom hele løpet, og tett dialog med praksisfeltet, er viktig for å skape et læringsmiljø som er bra. Det er viktig for meg som koordinator. Både det, og jevnlig være innom klassen, og ha tett kontakt med lærerne underveis. Små brikker for å komme godt ut i andre enden.»*

I likhet med svært mange av de andre informantene, pekte således denne fylkeskoordinatoren betydningen av en tett dialog med den enkelte helserekrutt underveis i løpet som avgjørende for å lykkes. En av representantene fra kommunalt opplæringskontor understreket betydningen av tett oppfølging på denne måten:

*«Viktig å ha en god dialog og være synlig. Gi en trygghet om at vi står bak dem og gir dem en tydelig arbeidsplan som de skal levere i forhold til. Og det er veldig viktig å gi dem kontinuerlig feedback på hva som fungerer og ikke fungerer. (...) Også veldig viktig at de kan henvende seg til fylkeskoordinatoren hvis det er noe som ikke fungerer på skolen, eller i læretida hvor de henvender seg til meg. Viktig at de vet at det er flere rundt de kan si ifra til og som kan hjelpe.»*

I tillegg til tett oppfølging fra et helt team av støttespillere, understreket denne informanten altså betydningen av tydelige arbeidsplaner samt klare og kontinuerlige tilbakemeldinger til denne planen. Betydningen av tett og god oppfølging ble også understreket av NAV fylke, noe denne uttalelsen er et eksempel på:

*«Ellers er det det å være tett på, slik at man greier å ta unna utfordringer som måtte oppstå underveis. Og at alle parter er fleksible – at vi prøver å se løsningene istedenfor begrensningene. Det er mye individuell skreddersøm inne i dette.»*

Denne representanten fra NAV fylke poengterer altså viktigheten av å være fleksibel og villig til å gjøre individuelle tilpasninger for å oppnå et vellykket resultat. Flere av informantene er også inne på at siden en del av mennene har utfordringer og behov, både skolefaglig og personlig, kreves det ekstra tett oppfølging for at de skal komme i mål.

Samtlige av de intervjuede mennene gav uttrykk for at de i hovedsak hadde opplevd oppfølgingen, mens de var en del av Menn i helse, som god:

*«Opplevde oppfølginga som veldig god. Fikk god undervisning på skolen og fylkeskoordinatoren responderte veldig raskt på ting om det skulle være noe. Han svarte på spørsmål han visst svaret på, og hvis ikke så undersøkte han det og kom tilbake med svar etterpå.»*

Denne mannen opplevde altså at de raskt fikk den informasjonen han trengte, men på dette området var det også noen avvikende erfaringer:

*«For vår del var det en del menn som stilte fylkeskoordinatoren spørsmål som de mente han skulle kunne svare på – men som kanskje er litt på utsida av hans område. Så det tenker jeg at fylkeskoordinatorene kan være helt klare på, at det er en del av disse spørsmålene som f.eks. dreier seg om økonomi, at dette må dere henvend dere til NAV om. Dette istedenfor å prøve å svare på noe de ikke kan svare på, noe som kan skape en del frustrasjon og misforståelser. Hvis det blir for mye bekymringer rundt penger og NAV, kan det lett bli et feil fokus når du sitter på skolen og prøver å lære noe.»*

Denne mannen hadde erfart noen problemer knyttet til korrekt informasjon i starten av tiden i Menn i helse, men understreket også at disse forholdene hadde rettet seg etter hvert. Mange av de andre som ble intervjuet i denne runden gav uttrykk for at de var bevisste på denne problemstillingen, noe denne representanten fra kommunalt opplæringskontor er et eksempel på: *«Det er stort behov for informasflyt og tett kontakt, fordi informasjon som gis bare en gang lett kan misoppfattes, dette gjelder både til helserekruttene og mellom de andre partene som inngår i Menn i helse.»* God informasjonsflyt og tett kontakt mellom de ulike partene som er involvert i Menn i helse, er således også viktig for å unngå unødige misforståelser og feilinformasjon. Dette er også viktig for at mennene ikke skal bruke unødig energi på diverse rammefaktorer som kan stjele oppmerksomhet fra det som bør være mennenes hovedfokus – nemlig å bli så dyktige helefagarbeidere som mulig.

#### 4.7.2 Veiledning

Når det gjelder praksisdelen av opplæringen understreket en av representantene fra nasjonalt team at de legger stor vekt på å ha godt samarbeid med arbeidsgiverne som har dem ute i praksisfeltet – og som forhåpentligvis skal være mennenes fremtidige arbeidsgivere: *«Det er viktig for oss å være både ydmyke og lydhør når det gjelder hvordan de opplever det – og at vi tar innspillene derfra på største alvor. Dette henger sammen med noe annet som er viktig for oss, nemlig å jobbe for å øke statusen på selve faget.»* En annen representant fra nasjonalt team fortalte videre at det er etablert et veilederkorps der det er formalisert tre dagssamlinger for veiledere per år, en i forkant av helserekruttperioden, en i forkant av praksis på Vg1 og forkant av praksis på Vg2. Dette både for at veilederne skal vite hva som skal til for å være en god veileder i Menn i helse, og for generelt å løfte veilederfaget.

Når det gjelder veiledning av helserekruttene i praksis gav flere av informantene uttrykk for at dette nok kunne variere litt. En av fylkeskoordinatorene uttrykte det slik: *«De aller fleste veiledere er kjempedyktige, og de har gjerne tatt veilederutdanning og litt sånn. Men kommune-Norge er nå en gang skrudd sammen sånn at det er ikke alle som på en måte har like gode veiledere.»* Ifølge denne fylkeskoordinatoren kan helserekruttene altså oppleve at kvaliteten på veiledning varierer noe, og dette kan blant annet henge sammen med hvorvidt veilederne har tatt veilederutdanning eller ikke. Denne informanten gav også uttrykk for at noen kan oppleve at man betrakter veilederoppgaven som en plikt eller byrde det er godt å bli ferdig med: *«(...) liksom at, nå har jeg vært veileder i to år. Nå er det din tur.»* En annen fylkeskoordinator gav til kjenne bekymring knyttet til sårbarheten når det gjelder veilederkompetanse på denne måten:

*«Men det er klart at det som kan være litt sårbart er jo nettopp det med, hvis vi ikke får knyttet til god veilederkompetanse. Altså, det er viktig at en får på plass sånn at praksisfeltet liksom er godt informert om hva selve Menn i helse skal være og hvordan det skal følges opp.»*

Det kan altså være fare for at enkelte veiledere ikke er godt nok informert om Menn i helse-konseptet til at de kan fungere som gode veiledere for helserekruttene. Til tross for slike utsagn gav informantene generelt, inkludert denne fylkeskoordinatoren, uttrykk for at veiledningen i prosjektet overveiende er god. Det vises blant annet til at det arrangeres tre veiledersamlinger i året: *«(...) for å presisere og gi dem kompetanse og gjøre dem i stand til å bli gode veiledere.»* Flere informanter fortalte for øvrig at veilederne som inngår i Menn i

helse er spesielt utvalgt. En av representantene fra et kommunalt sykehjem fortalte f.eks. at veiledere i Menn i helse er plukket ut med stor omhu på med tanke på at disse skal være spesielt erfarne og dyktige til å veilede:

*«Siden det er et komprimert løp, og de skal ha mye inn på kort tid, er det viktig at helserekruттene får lært å gjøre ting riktig helt fra start. Derfor er veilederne spesielt tett på disse. Helserekruттene følger turnus til veilederen og med jevnlig formelle, systematiske oppsummeringer.»*

Denne informanten uttrykker på denne måten bevissthet om at det er spesielt viktig at helserekruттene får god veiledning i praksis på grunn av det komprimerte løpet.

En av representantene fra nasjonalt team understreket også betydningen av en slik bevissthet:

*«Ellers så er vi i Menn i helse nå tydeligere på at veilederne har en avgjørende betydning i et utdanningsløp. Noen ganger opplever jeg at vi setter høyere krav til praksisveilederne enn det praksisfeltet og avdelingslederne gjør selv. Og vi er mer opptatt enn praksisfeltet av at det skal være en høyere standard på de mennene som kommer ut enn det praksisfeltet selv tar inn av assistenter.»*

Denne representanten fra nasjonalt team påpekte videre at det at de har fått satt veiledning så godt i system, er en viktig grunn til at dette nå stort sett fungerer godt:

*«Det er de kommunene som greier seg å tilpasse seg ideen bak Menn i helse, det er de som får det til. Også har vi noen kommuner som ikke klarer å tilpasse seg ideen som vi har gjentatte utfordringer med. Vi er lydhøre overfor kommuner, men samtidig er vi ganske tydelige på hva vi forventer og hva vi vil ha av samarbeid.»*

Representantene fra nasjonalt team fremhevet dette som den viktigste grunnen til at det blir laget samarbeidsavtaler med alle deltakerne i Menn i helse – «for å være tydelige på hva som er forpliktelsene».

Alle de tre mennene, som ble intervjuet i denne runden, gav også uttrykk for at de er godt fornøyde med oppfølgingen de fikk i praksis gjennom Menn i helse:

*«Oppfølginga i praksis har også vært veldig god. Veilederne har vært flinke til å diskutere og reflektere. Veilederne har hatt stort fokus på refleksjon for at vi skal forstå hva vi gjør og hvorfor vi gjør det. Så jeg har vært veldig fornøyde med opplæringa.»*

Ifølge informantene fra opplæringskontorene er denne mannens erfaringer representativ for de fleste mennene. De understreker at fylkeskoordinatoren har en tett dialog med helserekruттene når de er ute i praksis, at helserekruттene har en fast kontaktperson på praksisstedet, og at helserekruттene jevnt over gir tilbakemelding om at de blir tett fulgt opp i praksis og at det er avsatt tid til veiledning.

Når det gjelder kontakten mellom skole og praksissted kan imidlertid enkelte informanters uttalelser tyde på at det er rom for videre utvikling:

*«Opplæringskontoret skulle altså gjerne hatt skriftlige arbeider, som refleksjonsnotater osv., som forteller hva helserekruттene har vært igjennom, særlig når det gjelder grunnleggende kunnskaper og ferdigheter. Dette dreier seg også om*

*behov for et tettere samarbeid mellom skole og praksissted med hensyn til hvilke kompetansemål elevene er forberedt til å møte i praksisen.»*

Denne informanten fra et kommunalt opplæringskontor etterlyser altså flere skriftlige arbeid som et bindeledd for å sikre tett samarbeid mellom skole og arbeidssted. Slike skriftlige arbeider kan fungere som ledd i helserekruttenes refleksjoner i og over praksis, på begge læringsarenaer, og således fremme integrasjon av teori og praksis. Spørsmål angående kontakt mellom skole og praksissted var for øvrig blant de punktene hvor informantene hadde minst klare svar, og mye kan tyde på at denne kontakten primært var overlatt til fylkeskoordinatorne. En noe løs kontakt mellom skole og praksissted, og dermed en mulig mangelfull integrasjon av teori og praksis, er for øvrig noe man kan kjenne igjen fra utdanning innen helse- og sosialfag generelt (se f.eks. Caspersen & Kårstein, 2013 og Kårstein og Caspersen, 2014). En god integrasjon av teori og praksis betinger gjerne at teorikunnskapene fra skolen etterspørres av praksisveiledere, samt at erfaringer fra praksis blir gjort til gjenstand for refleksjon og bearbeiding i opplæringsinstitusjonen.

### **4.7.3 Kvaliteten på undervisningen**

Under intervjuet med nasjonalt team ga en av informantene uttrykk for at man har oppnådd et kvalitativt bedre tilbud etter at teoriundervisningen kun gis av fylkeskommunal tilbyder, og ikke private:

*«De fylkeskommunale tilbyderne er vant til å drive med voksenopplæring og har mye mer kunnskap om voksenpedagogikk og hvordan du skal møte den enkelte – og forhåpentlig også greie å bygge litt på den enkeltes realkompetanse.»*

Her vektlegges altså den voksenpedagogiske kompetansen hos fylkeskommunale tilbydere som en viktig årsak til kvalitetshevningen. Også representanten fra Helsedirektoratet reflekterte rundt kvaliteten på den skolebaserte delen av opplæringen:

*«Menn i helse er skjørt fordi det jo ikke er en del av utdanningssystemet. (...) Det har vært noen tilbakemeldinger på at det har bl.a. vært litt ulikt kvalitetsnivå på leveransen av de teoretiske bitene av utdanningen – da mellom private aktører og fylkeskommunen. Så spørsmålet er om det burde være en mer permanent utdanningsmodell som sikrer dette.»*

Mens representanten fra det nasjonale teamet ser dette i forhold til voksenpedagogisk kompetanse, knytter representanten fra Helsedirektoratet dette også til at det kan være behov for en mer permanent utdanningsmodell for Menn i helse.

Flere av de andre informantene, og spesielt fylkeskoordinatorne, understøttet at overgangen til fylkeskommunale tilbydere av opplæringen har bidratt til et kvalitetsløft:

*«Skolen er veldig opptatt av det tverrfaglige ved undervisningen, og at man får en mer helhetlig opplæring enn tidligere, der man har hatt en privat tilbyder som har fokusert på de enkelte fagene og enkelteksamener. Nå tenker man opplæring under ett og kan fordype seg i ting.»*

Flere av informantene understreker, som denne informanten, at overgangen til fylkeskommunale tilbydere har bidratt til et skifte fra eksamens- til læringsfokus i opplæringen, slik det f.eks. uttrykkes av en av representantene fra nasjonalt team:



*«Det er også slik at helserekruttene får noen rettigheter når det er fylkeskommunale tilbydere som de ikke hadde da det var private tilbydere. Hos fylkeskommunale tilbydere får helserekruttene også standpunkt karakterer, slik at de ikke er privatister og skoleforløpet blir lagt opp annerledes. På den måten får helserekruttene mer fokus på å lære enn hvordan gå opp til eksamen – før så ble det et veldig eksamensfokus.»*

Representanten fra nasjonalt team utdyper videre at dette skifte av fokus fra eksamen til læring også har medført bedre resultater: *«Og vi ser at de stort sett ligger en karakter bedre i snitt med fylkeskommunale enn med private.»* Blant de viktige årsakene som påpekes av informantene til denne forbedringen, er at det på videregående skoler som regel er lærerteam, på tre-fire med en faglig leder, mens det hos de private tilbydere stort sett har vært en enkelt lærer som har hatt ansvar for 20 voksne menn. De fylkeskommunale kan dermed gi en helt annen oppfølging og har en helt andre ressurser til rådighet når det gjelder kartlegging av spesielle utfordringer, av realkompetanse osv. Det vises også til at på en videregående skole er man aldri langt unna personer som har relevant kompetanse for ulike situasjoner som måtte oppstå: *«Så innenfor et videregående skole-system så går alt mye smidigere.»*

En representant fra en av de tre fylkeskommunene understreket også at overgangen til fylkeskommunale tilbydere er viktig for helserekruttene opplevelse av stress: *«De er jo veldig fornøyde for at de slipper å gå opp som privatister i alle fag. Det er jo kjempeviktig. Ikke så stressende.»* Et mindre ensidig fokus på eksamen, som blant annet en standpunkt karakter bidrar til, fører således både til bedre læring og trivsel hos mennene. Representanten fra nasjonalt team understreker at det er den nye muligheten for offentlig-offentlig samarbeid som gjør at man kan få fylkeskommunale tilbydere alle steder.

#### **4.7.4 Voksnes læring**

Knyttet til betydningen av voksenopplæringskompetanse var det mange av informantene som var inne på at det er viktig å være seg bevisst at mange av dem som kommer inn i Menn i helse har mye kompetanse og erfaring fra tidligere utdanning og arbeid. En av fylkeskoordinatorene sa det på denne måten:

*«Jeg er lærer selv, så jeg har en del meninger. For eksempel det med å tenke helhet rundt undervisning, og ha fokus på at de er voksne menn som har en del erfaringer fra før. Og legge opp undervisningen etter det kan være en bra greie.»*

En av informantene som er avdelingsleder ved et sykehjem var også opptatt av å utnytte, og bygge videre på, mennenes bakgrunn når de kommer ut i praksis:

*«Jeg mener at mange av mennene som kommer har en fordel ved at de har mer livserfaring og dermed større modenhet i forhold til refleksjonsarbeid, som er viktig. Veldig mange helserekrutter vokser veldig med oppgaven.»*

Denne informanten setter således helserekruttene mulighet for å lære det de skal i løpet av et komprimert løp, i direkte sammenheng med den modenhet og erfaring mennene har med seg inn i opplærings situasjonen. Representanten fra Helsedirektoratet så dette i en bredere sammenheng ved at vedkommende argumenterer for et behov for at man generelt rekrutterer flere voksne mennesker inn helsefagarbeiderutdanningen. Dette nettopp fordi hun mener det kreves en viss grad av modenhet for å gå inn i dette yrket: *«Her har Menn i helse vist vei. Prosjektet viser at det er mulig å hente inn voksne folk som aldri før har jobba i*

*sektoren, men som likevel viser seg å være veldig gode.»* På denne bakgrunn argumenterte representanten fra Helsedirektoratet for at det er viktig at helsefagarbeiderutdanninga generelt i større grad tilpasses voksne – altså også opplæring utover Menn i helse-prosjektet.

På spørsmål om barrierer knyttet til det man kan omtale som den teoretiske delen av opplæringa, var representantene fra de tre fylkeskommunene opptatt av at fellesfagene kunne representere en utfordring for en del av helserekruktene. Informantene gav imidlertid uttrykk for at dette er noe de har begynt å ta tak i ved at man tidlig starter med å avdekke den enkeltes behov – og i god tid før de skal opp til fagprøven. Ut fra disse avdekkede behovene lages det så en plan for den enkelte. Likevel er det slik at noen helserekruktter strever med å få alle fellesfagene på plass, særlig om det er slik at de mangler mange av dem. En representant fra en av de tre fylkeskommunene ga således uttrykk for særlig en reservasjon når det gjelder Menn i helse-modellen: *«Jeg er litt skeptisk til dem som må ha realkompetansevurdering av alle de fem fellesfagene. Det er jo et hardt løp ikke sant – men jo tidligere vi kan komme i gang med vurderingene, jo bedre vil det gå.»* Dette er også en bekymring som kommer til uttrykk fra en representant fra NAV fylke:

*«Det er veldig viktig med en god avdekking på forhånd i forhold til realkompetanse og manglende fellesfag. Jo mer som kan avdekkes i forkant, jo lettere vil det være å gjennomføre. Her er kontakten med fylkeskommunen veldig viktig.»*

Her gjelder det altså å være tidlig ute med kartlegging og planlegging slik at det ikke oppstår unødige flaskehalsen i opplæringsløpet.

Samtidig som manglende fellesfag kan representere en reell utfordring for enkelte av mennene, ga en av representantene fra fylkeskommunen uttrykk for at det for mange av helserekruktene går bedre enn først fryktet. Dette fordi det viser seg at mange voksne faktisk viser seg å ha mye kompetanse som gjelder fellesfag, slik at realkompetansevurdering ikke blir noe problem.

## **4.8 Økt kvalitet i alle ledd**

Den siste anbefalingen fra følgeevalueringen omhandlet det å øke kvaliteten i alle ledd i Menn i helse-modellen gjennom felles opplæring og jevnlig erfaringsoverføring blant alle involverte (anbefaling 7). I statusrapporteringens undersøkelse fokuserte vi på å finne ut hvilke arenaer for opplæring og erfaringsutveksling som finnes, samt hvordan ulike aktører opplever at disse fungerer. Her er det litt ulike arenaer og erfaringer på ulike nivåer.

### **4.8.1 Samlinger og workshops**

I tillegg til at Menn i helse har en styringsgruppe som møtes fire ganger i året, så har det nasjonale teamet sentralt opprettet flere andre samarbeidsarenaer. De har blant annet ansvaret for å arrangere nasjonale samlinger eller workshops med fylkeskoordinatorene hver tredje måned. Denne møtearenaen består av *«et tett kollegium»* på 12-14 personer, noe som bidrar til å gi det nasjonale teamet og fylkeskoordinatorene *«stålkontroll på det som rører seg i prosjektet»*. Gleden og nytten av å møtes og ha et slikt felles fora beskrives som avgjørende, fordi fylkeskoordinatorjobben til tider kan være litt ensom da de er den eneste på arbeidsplassen som jobber med prosjektet, og det ikke er så mange *«å spille ball med»*. Koronasituasjonen som oppsto våren 2020 har i følge en av fylkeskoordinatorene

også gjort at de nå har fått øynene opp for muligheten til i enda større grad å ta i bruk digitale møteplattformer, og at de på denne måten kan møtes oftere.

Ellers har fylkeskoordinatorene også her en stor rolle i å etablere arenaer og gjennomføre samlinger eller workshops for å legge til rette for erfaringsutveksling i eget fylke. Det er blant annet etablert «driftsgrupper» med representanter fra de ulike samarbeidende aktører, som kan brukes som et eget fora. En av fylkeskoordinatorene peker imidlertid på at driftsgruppen består av veldig mange aktører, og at en gruppe med 24 deltakere (slik det er i fylket hans), ikke er en arena som egner seg til dialog. I stedet har flere av fylkeskoordinatorene prøvd å arrangere workshops der de inviterer inn de aktørene det er naturlig å sette sammen. F.eks. har de i et av fylkene hatt en workshop med opplæringskontor, skole og voksenopplæring/fagopplæring (fylkeskommunen), som både inneholdt orientering om skole og opplæring, men også gjensidig erfaringsutveksling om hvordan man kan tenke mer helhetlig rundt dette – ikke bare rundt opplæringsløpet i Menn i helse, men også om overgangen til ordinære lærlingekontrakter. Fylkeskoordinatoren forteller at denne workshoppen, med ovennevnte sammensetning og innhold, kommer til å bli årlig fremover. Møteplassen sikrer at aktørene har samme forventninger og tanker på tvers, i tillegg til at det skapes bedre kvalitet i hele løpet.

Ulike former for workshops har også vært prøvd ut i de andre to fylkene. En av fylkeskoordinatorene forteller at workshopene er etterspurte, fordi de nettopp gir en unik mulighet for å møtes – og «*det å sette seg rundt samme bord er uvurderlig*». En annen fylkeskoordinator fremhever også at det kommer fantastisk mye bra ut av sånne møter, fordi det «*er gull å få høre hvordan andre løser ting*». I dette fylket ble det avholdt to slike workshops i 2019, som et resultat av følgeevalueringen, fordi de også her ble oppmerksomme på at denne typen samlingspunkter i seg selv øker kvaliteten i flere ledd.

Det blir også gjennomført nasjonale veiledersamlinger tre ganger i året. Fylkeskoordinatorene forteller at de alltid får gode tilbakemeldinger på veiledersamlingene. Noen ganger er halve dagen for veiledere og halve dagen med både veiledere og helserekutter. En representant fra kommunen forteller at de på samlingene går gjennom kravene til helserekuttene, og snakker om hvordan de skal være som veiledere, f.eks. rundt at det dreier seg om voksne menn som kan ha litt andre behov sammenlignet med vanlige lærlinger. En annen gir uttrykk for at veilederne føler seg informert og skolert til rollen. Menn i helse har også arrangert diverse fagdager/-seminarer, når de har fått ekstra midler fra fylkesmannen. Da gis veilederne muligheten til å foreslå temaer på forhånd som de ønsker faglig påfyll om. F.eks. har de hatt om demens, næring og velferdsteknologi. På denne måten «*får praksisplassen litt igjen for å stille opp*». En fra kommunen forteller at de i forbindelse med slike fagdager har latt helserekuttene være på jobb for å erstatte veilederen sin, mens veilederne får faglig input.

#### **4.8.2 Ulike behov**

Utover de formelle, planlagte samlingene deltar fylkeskoordinatorene også på diverse konferanser med skoletilbydere, de har jevnlig kontakt med fylkesleddet, NAV-kontaktene, lærerne og opplæringskontorene. De har et årshjul som ruller og går, og som angir når de skal ha kontakt – med ulike milepæler for når forskjellige aktører skal involveres. Dette beskrives som «*en stor paraply man må passe på å holde varm*». Ellers fremkommer det som svært ulikt, hvilke behov for møtepunkter de ulike aktørene har.

En representant fra NAV fylke skryter av måten samlingene knyttet til Menn i helse fungerer på, noe vedkommende blant annet mener skyldes KS sin kompetanse til å initiere denne type arrangementer:

*«Svaret er definitivt ja, men det må legges til at alle disse arenaene er initiert av KS. KS er gode på det. NAV er en dinosaur – og det kommer vi nok til å være i noen år til, så NAV er ikke noe spesielt gode på dette. Vi inviteres når KS holder sine arrangementer – og det er ikke slik at alle da møter opp fra NAV. (...) Når man blir innkalt på sånne ting i NAV så er det ikke alltid man får lov til å delta heller – for de ser ikke verdien i det. (...) Skulle gjerne hatt på plass en bedre kultur for erfaringsutveksling og samarbeid med andre i NAV – og det gjelder ikke bare Menn i helse.»*

Det vil si at selv om NAV-kontaktpersonene kanskje både ønsker og har behov for mer opplæring og erfaringsutveksling, så er det visse rammevilkår og kulturelle betingelser som gjør det vanskelig for dem å delta på slike arenaer generelt.

Lederne på opplæringskontorene fremhever at det aller viktigste, når det gjelder samarbeid, er den direkte kontakten de har med fylkeskoordinatorene. I de fylkene der fylkeskoordinatoren sitter på opplæringskontoret, fremheves denne plasseringen som svært hensiktsmessig for å kunne sikre gode overganger; fra helserekrutt til lærling til ansatt. Men bortsett fra dette ser en av lederne ikke så veldig stort behov for ytterligere erfaringsutveksling. I et annet fylke har de lagt opp til et mer formelt samarbeid mellom deltakende kommuner og utdanningsaktøren, for å kunne utveksle erfaringer i forhold til hvordan det de lærer i teorien faktisk henger sammen med praksis. Dette bidrar til å skape en bedre sammenheng i hele opplæringen: *«At det blir kjent for oss som skal ha dem som lærlinger, hvordan det var på skolen. Og for dem som har dem i opplæringsperioden, hva som forventes når de skal ut i lære.»*

Dette er også en oppfatning i det tredje fylket: At det gjerne kunne ha vært noen flere arenaer for erfaringsutvekslinger innad i kommunen og fylket, ikke minst mellom opplæringskontor, bedrift og videregående skole. F.eks. angående det som gjelder hvordan man kan dokumentere oppnåelse av kompetansemål i praksisopplæringen. Mens dette er noe opplæringskontoret ser et behov for, ser praksisplassen ikke i like stor grad behov for det samme. En av avdelingslederne på et sykehjem understreker at utover kontakten med fylkeskoordinatoren, der man kan ta opp forhold relatert til Menn i helse, så: *«(...) Er jeg bare glad til for alt jeg ikke trenger å forholde meg til – så lenge jeg ikke har behov for det. Bare gi oss bestillingen, så skal vi gjennomføre.»*

Representantene fra fylkeskommunene, derimot, etterspør mer dialog og flere arenaer for erfaringsutveksling på tvers av fylkene, for å kunne drøfte hvordan de har løst forskjellige utfordringer. Det har vært gjort litt for å få til dette, men uten at det har vært satt i system. Grunnen til at de opplever at det kunne ha vært nyttig med mer samarbeid på tvers er ikke minst ulikheten i måter å tolke regelverket på – og de ser behov for en bedre samkjøring av hvordan man praktiserer dette.

## 4.9 Måloppnåelse

Menn i helse har som hovedmål at det avlegges 20 fagbrev for hvert kull. Ifølge det nasjonale teamet har Menn i helse ikke helt greid å få til dette, noe det finnes flere ulike grunner til:

*«Det er alt fra utvelgelsesprosedyren, det å vedlikeholde motivasjonen underveis, oppfølgingen fra fylkeskoordinator, hvordan skolen fungerer, klassemiljøet, hvordan de blir mottatt i praksis, hvordan de opplever å få utvikle seg. Men nøtta om hvordan vi skal få enda flere til å fullføre per kull har vi ikke helt greid å knekke enda.»*

Likevel så greier prosjektet å nå det samfunnsøkonomiske målet: I snitt er det cirka 17 fagbrev per kull. Det vil si at det er 17 menn som kommer ut av NAV's portefølje og kommer i ordinært arbeid. Dette til tross for at mange av de mennene som deltar i Menn i helse «*har en tung ryggsekk med seg*». Representanten fra Helsedirektoratet påpeker at Menn i helse har en måloppnåelse som andre kan drømme om. Det å kunne vise til at 92 prosent av mennene gjennomfører, og således ikke lenger er avhengige av sosiale ytelser, er «*en ekstrem måloppnåelse*», i tillegg til at det har bedret kjønnsbalansen. Gjennomgående, så er alle involverte aktører enige om dette.

Det overordnede målet er å få mennene i jobb, men det er også flere delmål eller milepæler på veien, f.eks. gjennomføringen av helserekruittperioden, skoleløpet og lærlingløpet. En av fylkeskoordinatorerne fremhever at det alltid er frafall. Størsteparten detter av i helserekruittperioden, noen på skolen og en eller to i lærlingløpet. Det varierer imidlertid fra år til år hvor mange som faller fra. Til tross for frafall, argumenterer en av fylkeskoordinatorerne for at man likevel kan si at prosjektet har 100 prosent måloppnåelse:

*«Eller så kan vi si at vi hadde 100 prosent måloppnåelse nettopp fordi modellen vår fungerer så godt. Dem som ble veiledet ut, ble det av en grunn. Eller så valgte de å slutte selv av en grunn. Og da fungerte modellen sånn som den er tiltenkt.»*

Fylkeskoordinatoren påpeker at «*det er et sted å lære, ikke et sted å være*». Det bekreftes også av en annen fylkeskoordinator at de lokalt har hatt god måloppnåelse hvis man ser på gjennomføringen og antall menn som kommer ut i jobb. Det er imidlertid vanskelig å vite hva disse menn hadde gjort hvis de ikke var med i prosjektet. Det man vet er likevel at enkelte kandidater sto veldig langt fra arbeidslivet, men ble ordinære arbeidstakere til tross for dette. Fylkeskoordinatoren understreker at «*det skal ikke mange slike til for at du tenker at dette er en suksess både samfunnsøkonomisk og for den enkelte*». En utfordring i dette fylket er imidlertid at det lyses ut ganske få helsefagarbeiderstillinger, noe som skaper større usikkerhet i forhold til om de kan få jobb etterpå. Det er generelt et større behov for sykepleiere og vernepleiere. Inntrykket er likevel at disse mennene som regel klarer seg bra, fordi de er voksne og opererer i arbeidslivet på en helt annen måte: «*De bruker kontaktene sine, og regnes som gode fremtidige arbeidstakere. De viser seg frem og vil gjøre en god jobb.*»

I det tredje fylket forteller fylkeskoordinatoren også at de har nådd målene, i og med at målsetningen er å omskolere menn til et yrke som er etterspurt – og at de ser at nettopp disse mennene er etterspurte på praksisplassene. Alle som gikk ut av første kull er i jobb. Fylkeskoordinatoren fremhever at de helserekruittene som «*gjør det lille ekstra og er punktlige*», de er svært attraktive og får jobb med en gang. En avdelingsleder på et sykehjem underbygger dette:

*«De har faktisk egentlig lett for å få seg jobb, for de blir litt ettertraktet. Det er faktisk kanskje lettere for dem å få seg jobb enn det er for en helt nyutdannet helsefagarbeider som er mye yngre. De er mer flinke til å selge seg inn.»*

Flere velger etter ferdig utdanningsløp å jobbe i rus- og psykiatritjenesten, frem for ordinær eldreomsorg, noe fylkeskoordinatoren tror skyldes at dette er «*mer manneaktig*». Men mange får også åpnet øynene for at det er en interessant arbeidshverdag å jobbe i hjemmetjenesten eller omsorgstjenesten, og det er jo der den største etterspørselen etter arbeidskraft er.

En av kontaktpersonene i NAV beskriver måloppnåelsen i Menn i helse på følgende måte:

*«Målsettinga som fra starten var å rekruttere flere menn inn i helsesektoren er jo nådd for lenge siden. Men jeg hører de setter seg nye mål hele tida, og strekker seg stadig lenger. Det synes jeg er veldig positivt. Men alle de måla de har satt seg underveis har de jo nådd, slik jeg oppfatter det.»*

Vedkommende understreker videre at man nå også er i ferd med å få med kvinner i komprimerte løp i et av fylkene, og at dette også er svært viktig med hensyn til «*inkluderingsdugnaden*». Alle representantene fra fylkeskommunene er også enige i at Menn i helse har god måloppnåelse. En beskriver det slik:

*«Ja, jeg synes de oppnår rekruttering til faget og gode resultater på de kandidatene som har deltatt så langt. Man har greid å rekruttere ulike menn, med ulik bakgrunn og i ulike aldere inn i yrket – som man har ønsket. Og dette er derfor en ordning som er godt kjent og som blir lagt merke til på en positiv måte.»*

Det kan alltid være visse personlige grunner til at noen av helserekruertene ikke klarer å fullføre – eller at de ikke evner det. De fleste har ikke problemer i praksis, så det er ofte teoridelen som er en utfordring. Det eneste som kan være litt problematisk, sett fra fylkeskommunen sitt ståsted, er hvis mange av kandidatene ikke blir værende i yrket:

*«Fra mitt ståsted, som ikke ser alt, virker det som Menn i helse har nådd sine mål. Så vidt jeg kan se er det ikke noen som stryker. Men hvis de ikke blir i yrket tenker jeg at det er mye penger for å ikke beholde folk. (...) Det kan jo tenkes at disse ville gått videre uansett, så det er ikke sikkert at noe kunne vært gjort annerledes. Hvis jeg har forstått det riktig så får jo disse også større stillinger enn mange andre. Men det kan jeg ikke belegge med tall, det er bare et inntrykk jeg har.»*

En avdelingsleder på et sykehjem forteller at dersom en Menn i helse-kandidat søker på en ledig stilling hos dem, så vil hun sannsynligvis velge denne kandidaten foran andre, fordi hun vet hvilket utdanningsløp vedkommende har vært igjennom. Dette påpekes også av en annen fra praksisfeltet, at Menn i helse har nådd et viktig mål gjennom at man i stor grad greier «*å få ut menn på andre sida som folk har lyst til å ansette*». Det er derfor noen av informantene som påpeker at i og med at disse mennene er attraktive, så kan det også være slik at de til en viss grad stjeler både læreplasser og ledige jobber fra unge helsefagarbeidere. En leder fra et opplæringskontor poengterer at selv om disse mennene går ut av NAV, så er man jo like langt hvis resultatet er at de unge jentene som tar helsearbeiderfaget havner i NAV. En av representantene fra NAV kommenterer også denne problemstillingen:

*«Du dette er forankra hos et stort kostebinderi av aktører som alle er interessert i få flere fagarbeidere i jobb, som er et av våre hovedmål i NAV, så jeg vil si at dette er et veldig bra konsept. (...) Utfordringen er at fylkeskommunen noen ganger tror at dette*

*går på bekostning av vanlige læreplasser. Men man må bare stole på kommunene når de sier at dette ikke er noe problem. (...) Menn i helse når sine mål i den forstand at de rekrutterer flere menn fra arbeidsledighet og inn som helsefagarbeidere. Hvis man får til en samarbeidsavtale med fylkeskommunen og kan innlemme Menn i helse som en fast del av tiltaksporteføljen til NAV, så vil dette fungere enda bedre.»*

Når det gjelder faktorer som fremmer måloppnåelsen, så dreier det seg hovedsakelig om å finne de rette kandidatene, i tillegg til gode veiledere – mens det motsatte er det som i størst grad hemmer. Jobben som fylkeskoordinator, sammen med lærerne, er å holde oppe motivasjonen til helserekruuttene, «*så de ser at det er en gullbillett de har fått*». Den tette dialogen med den enkelte gjennom hele løpet, og tett dialog med praksisfeltet, er viktig for å skape et læringsmiljø som er bra. I tillegg er det avgjørende å sikre høy kvalitet i læringen ved å sette på gode ressurser for å kunne gi dem et godt tilbud. Når det gjelder faktorer som hemmer måloppnåelsen, så kan helserekruuttens økonomi være en utfordring. Det er viktig at de får en viss trygghet i forhold til hva de har av uteløst og inntekter i perioden de er deltakere i Menn i helse.

## 4.10 Uventede effekter

En av fylkeskoordinatorerne er ikke sikker på at Menn i helse har hatt uventede effekter. Det dreier seg heller om «*mer enn ønsket effekt*».

I likhet med resultatene fra følgeevalueringen, så pekes det på at mange arbeidsgivere opplever prosjektet som et veldig positivt bidrag til arbeidsmiljøet – og at menn og kvinner bidrar til litt forskjellige ting inn i tjenestene som gir positive effekter. Det er klart at noen av de kvinnelige pasientene kan være litt skeptiske i begynnelsen, men som regel går alt veldig bra når de blir kjent med Menn i helse-kandidatene og trygge på dem. Tilbakemeldingene fra avdelingene, der helserekruuttene er i praksis, handler blant annet om at smaltalken på personalmøter og i lunsjen har endret seg: «*Det bærer preg av at det er litt flere synspunkter, og ikke bare barn og fødsel.*» Det er blitt mer mangfold i samtaleemner og dynamikken har endret seg, noe som regnes som positivt i tidligere tradisjonelle kvinnemiljøer. En avdelingsleder på et sykehjem poengterer dette:

*«De er en ressurs i forhold til arbeidsmiljøet. Det er et kvinnedominert yrke, og det er veldig artig å få mannfolk inn. For de har jo ulike bakgrunner, og det kan jo være at de har mye til felles for eksempel med mannlige brukere i forhold til ting og yrkesliv. De er kanskje mer interessert i idrett eller fotball, og de kan få til litt gode samtaler. Og så er det jo sånn at de kvinnelige pasientene vi har, vet du, de stråler jo når det kommer mannfolk.»*

En leder fra et opplæringskontor peker også på forskjeller mellom menn og kvinner på en arbeidsplass:

*«Som gammel sykepleier så kan jeg si at for mange kjerringer på samme arbeidsplass kan være utfordrende. Erfaringen er at mange av mennene har en annen tilnærming til å løse problemer som helsefagarbeider – de har en veldig grei og konkret tilnærming til ting – de stiller ikke så mye spørsmål. Damene kan være litt mer omstendelig av og til.»*

Det å få gode forbilder der ute – gode, voksne og trygge menn – kan ifølge en av fylkeskoordinatorerne også gi en god signaleffekt med hensyn til å vise at dette er en vei å gå.

Et gøy eksempel, som også har vært fremme i mediene, handler om en mann fra Palestina som satte seg på skolebenken i 2016-kullet, etter å ha vært i Norge i kun to år. Han kom inn, snakket flytende norsk, fullførte med glans og har fått jobb. Underveis ble han et forbilde for sine kompiser, fordi han turte å «gå foran og brøyte vei». Kanskje flere unge gutter tenker de vil jobbe med helse på grunn av prosjektet. Fylkeskoordinatoren viser til at det er økt søking til helsefag blant gutter på videregående skole nå, noe som kanskje kan være påvirket av Menn i helse. En annen fylkeskoordinator påpeker:

*«Her har f.eks. vært noen deltakere fra andre kulturer som vanskelig ville kommet inn i jobb uten dette. Ofte har disse høyere utdanning fra sitt hjemland, og da har veien vært låst i forhold til fagbrev. Så det at de kan få den muligheten gjennom Menn i helse ser jeg absolutt som en positiv side.»*

Menn i helse har vært gode til å skape blest og oppmerksomhet, og det er bra for virksomhetene og kommunene at det å jobbe i helse- og omsorgssektoren får positive omtaler.

I intervjuene med representanter fra praksisstedene, fremgår det også at virksomheter som har Menn i helse-kandidater får mer tid til å utføre litt andre typer aktiviteter med pasientene. Eksempelvis hadde de en helserekrutt som kjørte motorsykkel, og som tok med seg en mannlig pasient ut når han skulle starte opp sykkelen. Helserekruttene virker generelt å ha mer ressurser eller overskudd til slike ting, og de mannlige pasientene merker at de kan få mer manneprat. Det handler mye om hvordan menn tar tingene annerledes enn kvinnelige ansatte – at ting blir litt enklere, hvis noe skal snus og gjennomføres. En avdelingsleder beskriver at helserekrutten «bare gjør det»: De er mer løsningsorienterte og «ikke så mye; ja, men ...». Hun sier at hun ikke har konkrete holdepunkter for å si noe om denne forskjellen, men det er noe som merkes. At mennene tar utfordringer på strak arm på en annen måte, og kan løse ting slik de tror det skal være uten å ha alle detaljene på plass. Det er dermed ikke lengre slik at praktiske ting alltid må skrives i boka til vaktmesteren til neste uke. Oppi dette er også det faktum at «de er jo ikke 18 år og usikre heller». De er voksne og tilføyer noe annet. Det handler om det personlige, men også om erfaringer fra andre bransjer som kan være bra å ha med inn på kvinnedominerte arbeidsplasser. En av kontaktpersonene i NAV understreker også suksessen på flere områder:

*«Det er klart at hver eneste mann inn i helsesektoren blir applaudert i alle leire – og de blir båret på gullstol. De gjør jo en god jobb og glir godt inn i miljøet, når NAV og Menn i helse har gjort en god vurdering av deltakerne.»*

NAV-kontaktpersonene opplever at det er et tiltak som deltakerne er veldig fornøyd med, samtidig som det er «litt sånn uvanlig at NAV er på siden av dem så lenge, når det gjelder utdanning». Som nevnt i kapittel 4.6, fremheves det også av representanten fra Arbeids- og velferdsdirektoratet at selve utdanningsmodellen er uvanlig, eller kontroversiell, blant annet på grunn praksisperioden som er i forkant av opplæringen. Dette har skapt spennende diskusjoner i NAV.

For deltakerne oppleves det imidlertid som en god start, at de får testet ut yrket litt. Ifølge en annen kontaktperson fra NAV fylke, så har det også oppstått en større grad av åpenhet og tillit mellom kommunene og NAV, som en følge av at Menn i helse har vært så vellykket. Kommunikasjonen har blitt raskere og tydeligere når det gjelder både hva som fungerer og hva som ikke fungerer: «Vi får litt den der at 'jeg visste ikke at det var så mye bra folk i NAV'. Så Menn i helse har bidratt til å fjerne det NAVer-stempelet.»



Så det er ikke kun på gruppe- eller samfunnsnivå man finner mer eller mindre uventede effekter. En av lederne på et opplæringskontor beskriver effekten på individnivå som følgende:

*«Mange har oppdaget gjennom Menn i helse at de har mye mer å gi av seg selv enn de kanskje trodde. Mange opplever det som veldig meningsfylt det de gjør – og det er noe som gir dem veldig mye. Jeg opplever at en stor andel sier det.»*

Det som startet opp som et prosjekt om likestilling i Trondheim i 2010 utviklede seg til å bli et prosjekt om rekruttering i 2014. Et overraskende moment er at *«det er så utrolig mange forskjellige typer menn som finner seg til rette i Menn i helse»*. Prosjektet bidrar til å øke deltakernes menneskelige verdi ved å skape inkludering. Dette kommer til uttrykk i følgende sitat med en fra det nasjonale teamet: *«Det er flere av mennene jeg har snakket med som sier at da de var på NAV så ville ikke folk snakke med dem. De så ikke på meg. Mens nå så vil folk snakke med dem. Plutselig så har de fått en helt annen verdi.»*

## 4.11 Veien videre

Det nasjonale teamet understreker at de erfarer noe nytt hvert år, og gjør noen justeringer sammen. I dag rekrutteres det fra seks av Norges elleve fylker – så det står igjen fem. I den kommende femårs-perioden er det derfor et mål å få med alle landets fylker. Det å rulle ut prosjekter i nye områder innebærer imidlertid et kjempestort arbeid med å forankre i alle samarbeidsrelasjonene – for de er helt avhengige av at alle ledd er med. Prosjektleder illustrerer dette med følgende:

*«Vi har f.eks. opplevd at fylkeskommunen i i et fylke mente de ikke hadde kapasitet, mens andre aktører i fylket var veldig engasjerte. Så det er et stort arbeid å få alle til å gå i samme takt. Vi bruker ca. ett år på forankring. Og så kan det være en utfordring at elevene på ungdomsutdanningene har førsteprioritet til læreplasser. Men det er forskjellig fra kommune til kommune.»*

En annen tilføyer at kommuneøkonomi også har mye å si, særlig i forhold til antall læreplasser. En av fylkeskoordinatorene er begeistret for at de får lov til å være med å videreutvikle det de har hatt så stor suksess med i mange år: *«Det å jobbe mot at flere kommuner deltar, det er alltid spennende. Mottoet vårt er ja er ja. Nei er jo bare et utgangspunkt for videre forhandling.»* For Menn i helse nasjonalt dreier veien videre seg i stor grad om å få økonomien på plass på sentralt hold – og ikke minst å få fylkeskommunene til å gå i takt ved å skape lik forståelse for regelverket. Det er alltid noe spennende å ta tak i, enten man skal ekspandere eller jobbe med det eksisterende.

En annen fylkeskoordinator forteller at helserekruttperioden fungerer som den skal, som en gjensidig utprøving, men at det har vært en endring knyttet til gjennomføringen av denne. I starten i Menn i helse-historien var det stort fokus på at *«noen skal ut»*. Men i utgangspunktet er helserekruttperioden inntil 12 ukers utprøving og en gjensidig avklaring både for mannen og for virksomheten. Hvor mannen skal finne ut om han passer til yrket. Og for at virksomheten finner ut om mannen er egnet og motivert. Derfor er fylkeskoordinatoren, som nevnt i kapittel 4.6, av den oppfatningen at det er viktig å tone ned konkurranseaspektet, og få det tydeligere frem at dette er en avklaring for begge parter. Fylkeskoordinatoren beskriver likevel Menn i helse som et kjempespennende prosjekt, det er gøy å være en aktør i. Det er en jobb som gir mening. Det er motiverte, fine voksne menn

som stort sett bare trenger veiledning og hjelp for å få det til, enten når det gjelder NAV og det økonomiske, eller når det gjelder selve undervisningen. De har ulike behov og erfaringer, og som regel er det lenge siden sist de gikk på skole: *«De ringer jo mamma selv om de er 40 og 50 år gammel.»*

Fylkeskoordinatoren i undersøkelsens tredje fylke understreker også at vedkommende håper og tror dette blir noe fylkene bør og skal fortsette med så lenge det er kandidater via NAV. Igjen understrekes viktigheten av å ha et kollegium med de andre i fylkene, med faste treffpunkter, for å kunne drive fagutvikling. På spørsmål om han ser et mulig forbedringspotensial, svarer han: *«For å være helt ærlig, så vet jeg ikke om vi trenger å gjøre så veldig mye annerledes, men vi må gjøre mer av det samme. Rett og slett.»*

Representanten fra Arbeids- og velferdsdirektoratet er også veldig begeistret for Menn i helse, og poengterer at dette er et av de prosjektene direktoratet og NAV syns er spennende å jobbe med, og som de kommer til å satse videre på. Så er spørsmålet i hvilken form og hvordan skal man drive videre med det, og om det kan overføres: *«Menn i helse er absolutt en av de modellene som det er veldig spennende å se mer på, både det rendyrkede konseptet, men også kanskje se på muligheter for å overføre den modellen til andre fagområder eller til andre målgrupper.»*

Det tette samarbeidet mellom NAV og fylkeskommunen og kommunene er helt essensielt, men dette må man kanskje overveie å sikre i et eller annet slags grensesnitts-dokument eller veiledere eller annet. Representanten fra Helsedirektoratet er enig i prosjektets suksess:

*«Håper vi kan kjøre videre i det sporet som KS har lagt nå, helt til det eventuelt skulle komme noe annet som kan erstatte det. Samarbeidet med NAV må en ta vare på, også tenker jeg at dette med kvotering av menn er veldig lurt. Samtidig tror jeg vi må jobbe videre for å finne en mer permanent ordning for å utdanne voksne folk til helsefagarbeidere. Vi kan ikke holde på med Menn i helse som et prosjekt i evig tid. Men spørsmålet er hva som skal være alternativet. Jeg har tenkt at dette etter hvert får bli et permanent sysselsettingstiltak i NAV – det kan nok være et alternativ. Man kan også tenke seg at man på sikt får en utdanningsmodell som er mer generisk for voksne (...) Jeg tror at Menn i helse vil bli stående igjen som et kjempesterkt eksempel på noe som var med på å bane ny vei.»*

Overførbarhetsverdien er noe som opptar flere av informantene. Det gjelder ikke bare i forhold til fagområder og målgrupper, men også det å kunne åpne opp for å la kvinner få samme tilbud. En representant fra fylkeskommunen beskriver det slik:

*«Uformelt hører man mye positivt om at mennene kommer inn i avdelinger med nye perspektiver og holdninger som virkelig er positivt for arbeidsmiljøet. (...) Litt av hensikten med Menn i helse var jo å få flere menn inn i yrket siden det er så dominert den andre veien. Men, i forhold til likestilling er det viktig for oss at, når en mann kan få godkjent en lærekontrakt på disse premissene, så må en dame med like forutsetninger kunne få akkurat den samme avtalen.»*

Dette er noe det aktivt jobbes med i prosjektet. I Trøndelag fylke, der prosjektet har sitt utspring fra, ble Menn i helse til et kvalifiseringstiltak i NAV, og da åpnet man for at modellen kunne tas i bruk på andre områder. Siden 2018 har det i dette fylket blitt kjørt Kvinner i helse parallelt. Og de damene som velges ut går i klasse sammen med Menn i helse-kandidatene, slik at det blir innslag av begge kjønn i begge klassene.

En av representantene fra fylkeskommunen håper også at ordningen fortsetter i en eller annen form, men er usikker på hvor Menn i helse havner i forhold til regelverket fordi det i utkast til forslag om endring i opplæringsloven stilles spørsmål ved om man skal fortsette å ha så mange ordninger.

Lederne fra opplæringskontorene etterlyser bedre støtte fra Utdanningsdirektoratet til en mer lik tolkning av opplæringsloven for fagopplæring. For eksempel hvordan man organiserer den komprimerte læretiden, i og med at dette er en ganske kritisk suksessfaktor for Menn i helse og derfor ikke bør overlates til den enkelte fylkeskommune. Hvis det skal bli en permanent ordning, må det faglige nivået kvalitetssikres gjennom at elevene i større grad må vise at de forstår teorien, gjennom f.eks. å skrive en pleieplan, og ikke bare gjengi brokker av faktakunnskap.

Fordi det er et svært stort behov for helsefagarbeidere i årene framover, foreslår en av representantene fra NAV fylke at man kunne legge prosjektet som et fylkeskommunalt tilbud, som ikke fordrer at du er i NAV-systemet. Tilbudet burde rettes mot både menn og kvinner som av ulike grunner har problemer i arbeidslivet, men som likevel kan være i stand til og egnet for en jobb i helsesektoren. Disse kunne f.eks. motta borgerlønn i to år. En annen fremhever viktigheten av å få i stand en offentlig-offentlig avtale med fylkeskommunene som det klart viktigste grepet for å forbedre ordningen, og understreker at dette vil være en fordel for alle parter.

På praksisstedene er det stor begeistring for Menn i helse. Prosjektet har vært en verdiskaping for virksomheten og for arbeidsmiljøet og for brukerne. Det å få inn noen motiverte, voksne menn i kvinnedominerte miljøer er verdifullt, og man opplever at pasientene setter pris på det: *«Jeg tenker at det her er et kjempebra tiltak som man absolutt må fortsette med. Vi har jo veldig god bruk for mannfolk i helsevesenet, og vi trenger jo flere helsefagarbeidere.»* Og for helserekrutten selv kan det være bra for å kjenne på den mestringsfølelsen – at her er det faktisk en jobb han klarer å få til. Det er ikke noen av representantene fra praksisstedene som har konkrete forslag til modellen, fordi de opplever at den fungerer bra. En påpeker: *«Cluet ligger i utvelgelse av gode rekrutter og gode veiledere – og der er vi på veldig god vei.»*

## 5 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Som nevnt innledningsvis ønsker KS i denne statusrapporten en videre utdyping rundt utdanningsmodellen, prosjektets måloppnåelse og effekter av prosjektet på ulike områder. I tillegg ønsker de å få belyst i hvilken grad organiseringen av prosjektet er avgjørende for suksess og bærekraft. I dette kapitlet starter vi med å oppsummere funnene fra undersøkelsen, for deretter å drøfte anbefalingene fra følgeevalueringen opp mot status i dag, samt videre anbefalinger.

### 5.1 Arbeidet med videreutvikling av Menn i helse

Når det gjelder rekruttering fra flere innsatsgrupper i NAV, har nasjonalt team avholdt en workshop med aktuelle NAV-kontakter i de fylkene Menn i helse er etablert i. Dette for å få til en bedre samhandling, noe de også mener å ha lyktes med. På denne workshopen deltok NAV-direktør og en daværende statssekretær, og nasjonalt team opplever at prosjektet fikk økt anerkjennelse blant NAV-kontaktene på grunn av dette. Det har også ført til større forståelse fra NAV for at dette opplæringsløpet er så krevende at man må vektlegge at deltakerne faktisk har de nødvendige forutsetningene for å kunne gjennomføre det. Det har dermed blitt en mer omforent forståelse når det gjelder hvilke menn som kan passe inn som deltakere i Menn i helse. Prosjektet har generelt beveget seg fra å fokusere på kvantitet, i form av å skaffe nok deltakere, til i større grad å vektlegge kvalitet. De mennene som tas inn i prosjektet må ha bestemte egenskaper, de må både være egnede og motiverte. Prosjektet er for øvrig helt i tråd med NAV sin satsning mot fag- og yrkesopplæring, men fordi ressursene til de ulike tiltakene er et knapphetsgode, kan de lovmessige rammene være en barriere for hvem som gis muligheten til å få delta i dette tiltaket. Fra NAV sitt perspektiv er rekrutteringsprosessen forholdsvis tid- og ressurskrevende, og dersom Menn i helse skal bli en del av NAV sin tiltaksportefølje, kan dette være en utfordring. Det kan gå utover andre brukergrupper i NAV og kan dermed representere en uforholdsmessig stor belastning i forhold til allerede knappe ressurser. En representant fra NAV fylke mente at det kunne være rom for forbedring knyttet til rekrutteringen av menn ved en mer effektiv bruk av digitale kanaler, slik som NAV.no. Siden stadig færre brukere faktisk møter på NAV-kontoret, er det begrenset hvor mange man greier å nå gjennom tradisjonelt informasjonsmateriell som f.eks. brosjyrer.

Forøvrig har så å si samtlige informanter, som har blitt intervjuet i denne runden, gitt uttrykk for at prosessen knyttet til rekruttering av menn til prosjektet har blitt ytterligere profesjonalisert, og at man dermed i større grad greier å velge ut menn som har gode forutsetninger for å fullføre et slikt komprimert og intensivt opplæringsløp. Det at det nå er en større samforståelse mellom de ulike partene med hensyn til utvelgelseskriterier, har også bidratt til at man i større grad enn før greier å rekruttere velegnede helserekrutter.

Når det gjelder helserekruutterperioden ble denne, også i denne intervjurunden, fremholdt som et svært viktig suksesskriterium. Perioden er viktig både for arbeidsgiver med tanke på selektering, og for mennene med tanke på å finne ut om dette kan være et yrke som passer for dem. En av informantene var inne på at helserekruutterperioden kan innebære et konkurranseelement som potensielt kan virke negativt med hensyn til både kommunikasjon og læring. På den annen side kan man også tenke seg at et visst innslag av konkurranse bidrar til å motivere mennene til å yte sitt beste. Her er det trolig snakk om en balansegang, hvor det later til at praktiseringen av helserekruutterperioden i Menn i helse treffer rimelig godt.

Angående vekslingsmodellen, så finner man to hovedformer på denne. En der vekslingen er rigget med tre uker skole og to uker praksis, og en der det veksles mellom tre dager på skole og to dager praksis hver uke. De som ble intervjuet, hadde ulike synspunkter på fordeler og ulemper ved disse to modellene. På den ene siden kan førstnevnte modell, med lengre perioder på hvert sted, være viktig for å skape kontinuitet, ro og konsentrasjon. Mennene får kjent på turnuslivet, og denne modellen er mer virkelighetsnær. På den andre siden kan modellen med tre dager skole og to dager praksis bidra til å skape en tettere sammenheng mellom teori og praksis, ved at deltakerne kan «*sjekke ut teorien*» i praksis samme uke. Denne måten å rigge vekslingen på gjør også planleggingen av lærerressurser lettere.

Vekslingen mellom teori og praksis ble av så og si alle informantene fremholdt som et viktig suksesskriterium for Menn i helse. Når det gjelder den konkrete utformingen av vekslingsmodellen, later det til at det er flere som har gått over til en hyppigere veksling mellom teori og praksis, enn det som var vanlig under forrige runden med intervjuer. Informantene synes imidlertid å ha relevante argumenter for både hyppig og mindre hyppig veksling mellom teori og praksis. Begge modellene innebærer både fordeler og ulemper. I denne sammenhengen kan det virke som en del legger avgjørende vekt på hva som fungerer godt med hensyn til utnyttelse av lærerressurser ved opplæringsinstitusjonen. Selv om det synes å være gode argumenter for begge hovedmodeller angående veksling mellom teori og praksis, både hyppig og mindre hyppig, kan det være grunn til å feste seg ved det en av mennene sa om at det er lite hensiktsmessig med en unødig oppsplitting av praksisdager. Dersom man f.eks. velger en modell med tre dager på skole og to dager i praksis per uke, bør de to dagene i praksis legges til påfølgende ukedager. Dette for å unngå at uforholdsmessig mye tid må brukes på stadige oppdateringer, noe som vil ha betydning for hvor effektiv opplæringen blir.

Et punkt som framstår som noe utydelig i informantenes uttalelser er det som dreier seg om samarbeid mellom opplæringsinstitusjon og praksissted. For å få fullt utbytte av læring i og gjennom praksis, samt oppnå effektiv integrering av teoretisk kunnskap i denne læringen, vil det som regel være vesentlig at teori blir tematisert og aktualisert i praksissituasjonen, og at erfaringer fra praksis blir gjort til gjenstand for refleksjon i opplæringsinstitusjonen. Integrasjon av teori og praksis i opplæringen er for øvrig en utfordring de fleste profesjons- og yrkesutdanninger står overfor og er således ikke særegen for Menn i helse. En av informantene fra et opplæringskontor foreslo at en mer systematisk og fortløpende bruk av skriftlige arbeider i Menn i helse, som f.eks. refleksjonsnotater og pleieplaner, både kan fungere som et bindeledd mellom praksissted og opplæringsinstitusjon, og som en dokumentasjon på hva som faktisk er lært.

Når det gjelder den teoretiske opplæringen som inngår i Menn i helse er det stor grad av enighet blant informantene om at overgangen til fylkeskommunale tilbydere, som offentlig-offentlig samarbeid har muliggjort, utvetydig har vært positivt. Forbedringen dreier seg blant annet om økt faglig kvalitet, større voksenpedagogisk kompetanse, flere ressurser og et mindre ensidig fokus på eksamen. Ikke minst det siste fører, ifølge informantene, til bedre både læring og trivsel hos mennene.

Markedsføringen av prosjektet ser i hovedsak ut til å være godt ivaretatt. Menn i helse er generelt flinke til å nå ut til aktuelle kandidater, og de har endret markedsføringen til i mindre grad å handle om «macho-mannen» som er «sterk nok», til å rette seg mot alle typer menn. Markedsføringen som skjer gjennom NAV, synes imidlertid fremdeles å være litt tilfeldig. Det avhenger for eksempel mye av hvilken NAV-ansatt en potensiell helserekrutt møter om vedkommende overhodet får informasjon om Menn i helse. Fylkeskoordinatorene ønsker å delta på NAV-møter og informere om prosjektet til potensielle deltakere, men det er ikke alltid de får adgang til det. Dermed kan man heller ikke være sikker på om informasjonen, som formidles om prosjektet, virkelig når frem. I tillegg tyder mye på at det også er viktig med adekvat informasjon og effektiv markedsføring overfor arbeidsgiverne. Noen kommuner er skeptiske til prosjektet, fordi de er redde for at Menn i helse tar opp læreplassene til ungdomslærlingene. Informantene i denne intervjuunden uttalte seg overveiende svært positivt om evnen Menn i helse har hatt til å skape positiv omtale av prosjektet. Likevel kan det synes som det er rom for videreutvikling, når det gjelder å promotere prosjektet overfor lokale NAV-ansatte og potensielle arbeidsgivere.

### **5.1.1 Faktorer som er viktige for helserekruttenes gjennomføring**

Blant faktorene som er viktige for helserekruttenes gjennomføring, pekte mange informanter på at det er viktig med en god forhåndsavklaring, når det gjelder realkompetanse og manglende fellesfag. Jo mer som kan avdekkes i forkant, jo større sjanse vil det, ifølge disse informantene, være for at mennene gjennomfører. Her fremholdes kontakten med fylkeskommunen som særs viktig. Samtidig som manglende fellesfag kan representere en reell utfordring for enkelte av mennene, ga en av informantene fra fylkeskommunen uttrykk for at det for mange av helserekruttene går bedre enn først fryktet. Det viser seg nemlig at mange har mye kompetanse som gjelder innholdet i fellesfagene, slik at realkompetansevurdering ikke er noe problem.

Blant andre faktorer som er viktige for helserekruttenes gjennomføring, pekte flere informanter på mennenes motivasjon og mestringstro. Samtidig understreket de at dette også er noe som kan bygges opp gjennom god og tett oppfølging underveis i opplæringsløpet. Her ble oppfølging i både praksis og opplæringsinstitusjon fremholdt som vesentlig. I tillegg til tett oppfølging fra et team av støttespillere, er flere av informantene inne på betydningen av tydelige arbeidsplaner, samt klare og kontinuerlige tilbakemeldinger på disse planene. Siden en del av mennene har utfordringer og behov, både skolefaglig og personlig, fremhevet flere av informantene at en viss grad av fleksibilitet og villighet til å gjøre individuelle tilpasninger, er nødvendig for å oppnå et vellykket resultat. I tillegg til den tette oppfølgingen av hver enkelt helserekrutt, fremholdes det også som vesentlig at mennene stimuleres til å lage et godt sosialt miljø med sammenkomster og aktiviteter som bidrar til å skape gruppeidentitet og positivt selvbilde.

Når det gjelder oppfølging av den enkelte helserekrudd, er veiledning i praksis svært viktig for helserekruddenes gjennomføring av utdanningsløpet. Flere av informantene ga uttrykk for at veiledningen av helserekrudd stort sett fungerer godt, men at det også er eksempler på det motsatte. I den forbindelse er det viktig at det blir laget samarbeidsavtaler med alle impliserte parter, slik at det skal være tydelig hva som er den enkeltes forpliktelse. Likevel later det til at motivasjon og bevissthet knyttet til veilederrollen varierer noe mellom fylker og kommuner. Mens noen arbeidsgivere passer på å plassere veiledere som er særlig godt egnet sammen med helserekruddene, kan det synes som om dette andre steder foregår på en mer tilfeldig måte. Både det at mennene skal lære mye på relativt kort tid, og at det er snakk om voksne mennesker med tidligere erfaringer som bør utnyttes, taler for at helserekruddene bør få tildelt veiledere med god veilederkompetanse. Gjennomføringen av nasjonale veiledersamlinger tre ganger i året er et viktig bidrag i denne sammenheng, men det er en forutsetning at arbeidsgiverne gir veilederne anledning til å dra på slike samlinger, slik at man får hevet de ansattes veilederkompetanse.

Et siste punkt som mange av informantene fremholdt som avgjørende for helserekruddenes gjennomføring, er knyttet til mennenes personlige økonomi. Et svært viktig punkt i denne sammenhengen er at mennene får god oversikt, når det gjelder de økonomiske rammevilkårene så tidlig som mulig. Til dette blir det blant annet benyttet et økonomisk kartleggingsskjema som gir en oversikt over ytelsene som den enkelte vil motta fra NAV fram til de står med et fagbrev i hånda. I tillegg er det noen som også lager en oversikt over hva helserekruddene kan få utbetalt i periodene med sommerjobb, og hva de får i lønn som lærling. Et slikt kartleggingsskjema bidrar til å gi mennene større grad av forutsigbarhet, når det gjelder personlig økonomi. Samtidig er flere av informantene inne på at for noen av mennene, særlig for dem som er i en livssituasjon med forpliktelser, kan deltakelsen i Menn i helse innebære forholdsvis lav inntekt og dårlig råd. En god oversikt knyttet til personlig økonomi, og hvilke ytelser helserekruddene skal forholde seg til, er også et viktig tiltak for å forebygge misforståelser og feilinformasjon, og dermed også unødig frustrasjon blant helserekruddene.

## **5.2 Hva er avgjørende for suksess og bærekraft?**

Det nasjonale teamet jobber med å få på plass en ny ordning med en samlet tildeling av midler for å drifte stillingene til fylkeskoordinatorene. Dette har frem til i dag vært gjort fylkesvis med tildelinger fra fylkesmannen gjennom kommunale kompetanse- og innovasjonstilskudd, noe som oppleves som både komplisert og uforutsigbart. Spørsmålet angående tildeling av midler er noe som også opptar fylkeskoordinatorene i de tre utvalgte fylkene, særlig knyttet til en manglende forutsigbarhet, når det gjelder ansettelsesforholdet i prosjektet. Dersom midlene blir tildelt som en engangsbevilgning samlet til KS for alle fylker, ser fylkeskoordinatorene for seg at det vil bli en helt annen ro og struktur over hele ordningen. I tillegg fremgår det at et nasjonalt ledd sannsynligvis må ta et større ansvar for både gjennomføringen og kvaliteten i Menn i helse, hvis modellen skal bli mer bærekraftig. Dersom det nasjonale leddet også kunne være arbeidsgivere for fylkeskoordinatorene, gjennom en samlet tildeling av midler og frikjøpsavtaler, så ville de fått større «råderett» over arbeidsstokken og gjennom det sikre bærekraft ved at man kan tenke mere langsiktig. Den nye mentorordningen beskrives av fylkeskoordinatorene som svært viktig og nyttig, spesielt for de nyansatte. Det bidrar blant annet til å gjøre jobben mindre ensom. Nasjonalt team er viktig med tanke på å jobbe med forankring og å være i dialog med politikere og

samarbeidsaktører på nasjonalt nivå. Dette bidrar i seg selv til å skape mer lik praksis i fylkene.

Det er en utfordring å finne en god balanse mellom lokalt handlingsrom og nasjonale standarder. Fylkene og kommunene er forskjellige, men dersom Menn i helse skal bli en permanent ordning, er det samtidig et behov for en større grad av standardisering. Det etterspørres visse nasjonale føringer, blant annet klarere retningslinjer når det gjelder opplæringsdelen i forhold til kompetansemålene. Et viktig arbeid i så henseende har vært arbeidet for å styrke forankringen hos Utdanningsdirektoratet. Det har vært et mål at utdanningsmodellen skal bli en offentlig godkjent modell. Nasjonalt team har imidlertid ikke lyktes med å få en representant fra Utdanningsdirektoratet med i styringsgruppen, fordi direktoratet – ifølge dem selv – ikke kan gå spesifikt inn i *ett* prosjekt, men må jobbe mer generelt og overordnet. På denne måten kan det se ut til at selve prosjektorganiseringen representerer en hindring for forankring hos Utdanningsdirektoratet.

### 5.3 Konklusjon og videre anbefalinger

Avslutningsvis vil vi ta opp igjen de sju anbefalingene og kort gjøre rede for status.

Den første anbefalingen dreide seg om en sterkere forankring inn mot Utdanningsdirektoratet med mål om et mer formalisert samarbeid. Dette har det vært jobbet med, og det bør fortsatt jobbes med dette for å sikre forankring inn mot Utdanningsdirektoratet. Det nasjonale teamet har ikke lyktes med å få med en representant fra Utdanningsdirektoratet i styringsgruppa, noe som trolig ville vært en fordel med hensyn til en klarere forankringen av prosjektet. Intervjurunden viser at det fremdeles er viktig å definere tydelig hva som er fylkene og kommunenes handlingsrom, når det gjelder tolkning av regler og retningslinjer og videre spredning av prosjektet. Siden det fremdeles ikke finnes en nasjonal godkjenning av opplæringen i prosjektet, bør arbeidet med å forankre Menn i helse inn mot Utdanningsdirektoratet fortsatt være en prioritert oppgave.

Den andre anbefalingen handlet om å beholde nasjonalt team som den som holder tak i prosjektet opp mot relevante styringsmyndigheter og overfor fylkeskoordinatorerne. I intervjuene får vi på nytt bekreftet at nasjonalt team spiller en svært viktig rolle i Menn i helse med hensyn til koordinering, kvalitetssikring, rekruttering, videreutvikling, kompetanseheving for ulike nøkkelaktører, og i arbeidet med å spre prosjektet til nye fylker. I hvilken form det nasjonale nivået skal ivaretas i den videre prosjektperioden bør imidlertid drøftes videre, blant annet med tanke på hvordan Menn i helse eventuelt kan bevege seg fra en prosjektorganisering til å bli en mer permanent ordning.

Angående den tredje anbefalingen, om å beholde funksjonen med fylkeskoordinator, får også denne solid støtte gjennom den nye intervjurunden. Fylkeskoordinatorerne spiller en sentral rolle for å sikre samhandling og samarbeid om prosjektet regionalt. Det nasjonale teamet jobber med å få på plass en ny ordning med en samlet tildeling av midler for å drifte stillingen til fylkeskoordinatorerne. Dette vil trolig føre til at ordningen blir mer håndterlig og forutsigbar både for den enkelte fylkeskoordinator og for Menn i helse generelt. Hvor denne funksjonen skal legges i framtiden, for eksempel i NAV, fylkeskommunen eller et annet sted, bør være gjenstand for videre diskusjon og avklaring.

Når det gjelder den fjerde anbefalingen om å sikre et bredt rekrutteringsgrunnlag blant flere innsatsgrupper i NAV for å kunne bidra til økt gjennomføring og verdiskaping i samfunnet,



har det skjedd en god del siden sist. Som et resultat av at det blant annet har blitt arrangert samlinger med deltakelse fra sentrale aktører fra NAV, samt en endret forskrift for opplæringstiltak, har man oppnådd en mer omforent forståelse angående hvilke menn som kan passe inn som deltakere i Menn i helse. Mye tyder også på at rekrutteringen av helserekruuttene har blitt mer treffsikker. Likevel indikerer enkelte uttalelser at den endrede forskriften tolkes noe ulikt, i ulike NAV-kontorer, slik at det på dette området trolig er rom for videre klargjøring. Enkelte uttalelser fra representanter fra NAV fylke, kan også tyde på at informasjon om Menn i helse kan spres til flere, både lokale NAV-kontorer og potensielle helserekruutter, på en mer effektiv måte, f.eks. gjennom digitale kanaler som NAVs intranett og NAV.no. For øvrig har en sentral målsetting for det nasjonale prosjektet vært å spre utdanningsmodellen til andre målgrupper og også andre fagområder og sektorer. Her ligger det trolig fortsatt et stort uutnyttet potensial.

Når det gjelder den femte anbefalingen angående å beholde helserekruuttperioden, blir dette fortsatt fremholdt som et vesentlig suksesskriterium for Menn i helse. Dette fordi helserekruuttperioden oppleves som en svært velegnet utprøvings- og seleksjonsarena både for den enkelte mann og for arbeidsgiver med tanke på videre kvalifisering mot fagbrev som helsefagarbeider.

Også den sjettede anbefalingen, som dreier seg om å beholde vekslings mellom teori og praksis som en grunnmodell for opplæringen i Menn i helse, får svært solid støtte av informantene. Mange fremholdt nettopp denne vekslingsmodellen som helt avgjørende for helserekruuttene gjennomføring av opplæringsløpet. Siden evalueringsrapporten ble skrevet, har det også vært jobbet med å sikre gode overganger for helserekruuttene – fra å være elev til å bli lærling og ansatt i kommunen – og lage systemer for dette. Dette forteller fylkeskoordinatorerne at de nå begynner å få en god modell på. Når det gjelder detaljene rundt hvordan vekslingsmodellene skal se ut, er det imidlertid litt ulike oppfatninger angående hva som er mest hensiktsmessig. Siden det later til å være relevante argumenter både for hyppig og litt mindre hyppig vekslings mellom teori og praksis, taler dette for at dette bør utprøves og diskuteres nærmere. En mulig konklusjon kan være at det på dette området er hensiktsmessig å fortsette med enkelte lokale/regionale tilpasninger. Når det gjelder utdanningsmodellen har det for øvrig kommet noen innspill, med hensyn til hvordan man f.eks. kan sikre faglig nivå og god kontakt mellom opplæringsinstitusjon og praksissted, slik det er nærmere beskrevet i kapittel fire. Her vil trolig en klarere forankring av prosjektet inn mot Utdanningsdirektoratet kunne spille en viktig rolle med hensyn til en mer formalisert og standardisert opplæringsmodell som sikrer faglig nivå og lik kvalitet. Når dette er sagt, har det i denne runden ikke kommet fram noe som tyder på at det faglige nivået i Menn i helse per i dag ikke er tilfredsstillende.

Den sjuende og siste anbefalingen handler om å øke kvaliteten på alle ledd i Menn i helsemodellen gjennom felles opplæring og jevnlig erfaringsoverføring blant alle involverte parter. I tillegg til at Menn i helse har en styringsgruppe som møtes fire ganger i året, har det nasjonale teamet sentralt opprettet flere andre samarbeidsarenaer. De har blant annet ansvaret for å arrangere nasjonale samlinger eller workshops med fylkeskoordinatorerne hver tredje måned. I tillegg blir det arrangert workshops, utviklingsverksted og seminarer for andre sentrale aktører i Menn i helse, som f.eks. de som har ansvar for opplæringen i de ulike fylkene. Det blir også gjennomført nasjonale veiledersamlinger tre ganger i året. Fylkeskoordinatorerne er nå organisert i team som møtes for å dele erfaringer og problemstillinger, hvor hvert team består av tre fylkeskoordinatorer og en dedikerte mentor.

Fylkeskoordinatorene har for øvrig en sentral rolle, når det gjelder å etablere arenaer og gjennomføre samlinger for å legge til rette for erfaringsutveksling i eget fylke. Det er blant annet etablert «driftsgrupper» med representanter fra de ulike samarbeidende aktører, som kan brukes som et eget forum. I tillegg har flere av fylkeskoordinatorene prøvd å arrangere workshops, der de inviterer inn de aktørene som det er naturlig å sette sammen. Utover de formelle, planlagte samlingene deltar fylkeskoordinatorene også på konferanser med skoletilbydere, og de har jevnlig kontakt med fylkesleddet, NAV-kontaktene, lærerne og opplæringskontorene. I tillegg til disse møteplassene er samarbeidsavtalen som er utarbeidet av nasjonalt team, og som beskriver hvilke oppgaver og forpliktelser som de enkelte aktørene har, et viktig dokument til kvalitetssikring. Samarbeidsavtalen og de forskjellige møteplassene ser til sammen ut til å bidra til at aktørene har sammenfallende forventninger og tanker, samtidig som det bidrar til at det skapes bedre kvalitet i hele opplæringsløpet.

I tillegg har digitalisering av en del informasjon, skjemaer, veiledninger osv., gjort at sentrale dokumenter er lettere tilgjengelig for prosjektdeltakerne. Enkelte informanter etterlyser imidlertid flere arenaer for erfaringsutvekslinger innad i kommunen og fylket, ikke minst mellom opplæringskontor, bedrift og videregående skole. Noen er også inne på at det kunne være nyttig med mer systematisk erfaringsutveksling og kunnskapsoverføring på tvers av fylker. Også når det gjelder denne siste anbefalingen synes Menn i helse å ha kommet et godt stykke ved å ha etablert et relativt stort antall aktiviteter og møteplasser for de ulike aktørene i prosjektet. Likevel kan det også på dette området være rom for videre utvikling, f.eks. med hensyn til å legge til rette for arenaer for ytterligere erfaringsutveksling i og på tvers av kommuner, og ikke minst på tvers av fylker.

# LITTERATURLISTE

Caspersen, J. og Kårstein, A. (2013). *Kvalitet i praksis: Syn på praksis blant praksisveiledere i helsefag*, NIFU-rapport 14/2013

Kårstein, A. og Caspersen, J. (2014). *Praksis i helse- og sosialfagutdanningene: En litteraturgjennomgang*, NIFU-rapport 16-2014

Lauritzen, T. & Olsvik, V.M. (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. Østlandsforskning Rapport nr. 07, 2018*. Lillehammer: Østlandsforskning.

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

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

# VEDLEGG

## A. Informasjonsbrev

### Informasjon om prosjektet «Statusrapport for det nasjonale prosjektet Menn i helse»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utarbeide en statusrapport som bygger videre på anbefalingene fra følgeevalueringen som ble gjennomført i perioden 2016-2018 av det nasjonale prosjektet Menn i helse. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Østlandsforskning gjennomførte i perioden 2016-2018 en følgeevaluering av det nasjonale prosjektet Menn i helse. Prosessen og resultater er presentert i rapporten «...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. Avslutningsvis i rapporten ble det lagt frem sju anbefalinger. Det er disse anbefalingene som er utgangspunktet for tilbudsforespørselen om sluttrapport. Anbefalingene er orientert rundt koordinering og organisering av Menn i helse mellom og blant aktørene som er med.

Oppdragsgiver ønsker en rapport som bygger videre på anbefalingene og vurderer hvordan Menn i helse har jobbet med å videreutvikle prosjektet i tråd med anbefalingene. I tillegg ønsker oppdragsgiver svar på:

#### Utdanningsmodellen:

- Beskriv suksessfaktorer og evt barrierer i utdanningsmodellen
- Hva skal til for at utdanningsmodellen i Menn i helse skal bli bærekraftig
- Beskriv hvilke faktorer som er avgjørende for helserekruttenes gjennomføring
- I hvilken grad er prosjektorganiseringen avgjørende for suksess og bærekraft:
  - Prosjektledelse
  - Fylkeskoordinator
  - Markedsføring
  - Finansiering

#### Måloppnåelse:

- I hvilken grad har Menn i helse måloppnåelse?
  - Hva hemmer prosjektets måloppnåelse?
  - Hva fremmer prosjektets måloppnåelse?

#### Effekter:

- I hvilken grad har Menn i helse gitt uventede effekter?
  - reversere utenforskap
  - arbeidsmiljø
  - brukertilfredshet

Prosjektet er finansiert med midler fra KS og vil strekke seg fra januar 2020 til juni 2020. Østlandsforskning ved Høgskolen Innlandet er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

I forbindelse med statusrapporten vil vi gjøre intervjuer med fylkeskoordinatorer, fylkeskommuner (ansvarlig for utdanning), NAV fylke (ledere) 1-2 kommuner (enhets- eller avdelingsleder) i tre fylker. Videre vil vi intervjuere representanter fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet som sitter i styringsgruppa for Menn i helse, samt intervju med prosjektledelsen. Valg av informanter vil skje i dialog med prosjektledelsen for Menn i helse.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

#### Fortolkende intervju

Hver av intervjuene vil vare i ca. 1,5 time. Vi bruker en lydopptaker som arbeidsverktøy, slik at vi kan konsentrere oss mest mulig om samtalen. I etterkant brukes opptaket til å utforme intervjureferat, og lydfilen slettes. Referat fra intervjuet vil ikke inneholde navnene til dere som deltar.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er bare forskerne i prosjektet som har tilgang til dataene. Navn og kontaktopplysninger erstattes med en kode som lagres adskilt fra dataene. Notater og lydopptak lagres på en sikker server som er innelåst på høgskolen. Det settes passord på datafilene og dokumenter lagres som krypterte filer.

Selv om alle informanter vil bli anonymisert er det er mulig at sentrale deltakere, som for eksempel ledere, indirekte vil kunne gjenkjennes i rapporteringen fra evalueringen, f.eks. på grunn av spesifikke funksjoner/arbeidsoppgaver som er knyttet til disse personenes roll i prosjektet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2020. Etter dette tidspunktet slettes i utgangspunktet dataene, men hvis vi ser at vi trenger dem for videre forskning og publisering kan anonymiserte data lagres til ubestemt tid.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Østlandsforskning ved Høgskolen i Innlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Østlandsforskning ved Tonje Lauritzen, på epost tonje.lauritzen@inn.no, eller telefon 412 11 836.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
Tonje Lauritzen, Østlandsforskning

## B. Intervjuguide

### Intervjuguide, nasjonalt team og fylkeskoordinatorer

#### Generelle spørsmål:

- Kan du innledningsvis si litt om din stilling og ansvarsområde?
- Hvilken rolle og mandat har du i Menn i helse-prosjektet?
- Hvordan har det vært jobbet med de syv anbefalingene?
- Hvem har vært involvert i dette arbeidet?
- Har det blitt gjennomført endringer i prosjektet, som du kjenner til, og hva slags følger har disse fått?

#### Utdanningsmodellen

- Beskriv suksessfaktorer og evt. barrierer i utdanningsmodellen (vekslingsmodellen)
- Beskriv hvilke faktorer som er avgjørende for helserekruttenes gjennomføring
- Hva skal til for at utdanningsmodellen i Menn i helse skal bli bærekraftig (i forhold til finansiering, organisering eller annet?)
- I hvilken grad er prosjektorganiseringen avgjørende for suksess og bærekraft?
- Hvor ser du for deg at fylkeskoordinatorfunksjonen skal legges i fremtiden?
- Har du noen tanker om markedsføring?

#### Måloppnåelse og effekter:

- I hvilken grad har Menn i helse hatt måloppnåelse?
  - Hva hemmer prosjektets måloppnåelse? Hva fremmer prosjektets måloppnåelse?
- I hvilken grad har Menn i helse gitt uventede effekter? Noen erfaringer?
  - Reversere utenforskap? Arbeidsmiljø? Brukertilfredshet?

### Veien videre:

- Hvilke arenaer finnes for felles opplæring og jevnlig erfaringsutveksling mellom nivåene, og hvordan fungerer disse?
- Hva tenker dere om veien videre for Menn i helse? Hva slags andre forbedringer ser dere for dere?

## **Intervjuguide, samarbeidspartnere**

### Generelle spørsmål:

- Kan du innledningsvis si litt om din stilling og ansvarsområde?
- Hvilken rolle og mandat har du i Menn i helse-prosjektet?
- Har det blitt gjennomført endringer i prosjektet, som du kjenner til, og hva slags følger har disse fått?

### Utdanningsmodellen

- Beskriv suksessfaktorer og evt. barrierer i utdanningsmodellen (vekslingsmodellen)
- Beskriv hvilke faktorer som er avgjørende for helserekruttenes gjennomføring
- Hva skal til for at utdanningsmodellen i Menn i helse skal bli bærekraftig (i forhold til finansiering, organisering eller annet?)?
- I hvilken grad er prosjektorganiseringen avgjørende for suksess og bærekraft?

### Måloppnåelse og effekter:

- I hvilken grad har Menn i helse hatt måloppnåelse?
  - Hva hemmer prosjektets måloppnåelse? Hva fremmer prosjektets måloppnåelse?
- I hvilken grad har Menn i helse gitt uventede effekter? Noen erfaringer?
  - Reversere utenforskap? Arbeidsmiljø? Brukertilfredshet?

### Veien videre:

- Hvilke arenaer finnes for felles opplæring og jevnlig erfaringsutveksling mellom nivåene, og hvordan fungerer disse?
- Hva tenker dere om veien videre for Menn i helse? Hva slags andre forbedringer ser dere for dere?

## **Intervjuguide, menn som har gjennomført**

### Motivasjon for og oppstart av Menn i helse

- I hvilken perioden gjennomførte du Menn i Helse?
- Hvorfor ble du med i Menn i helse?

- Av hvem fikk du informasjon om tiltaket?
- Hvordan opplevde du rekrutterings- og utvelgelsesprosessen?
- Ble det gjort spesielle tiltak for å sikre forutsigbarhet mht. økonomi?

#### Utdanningsløpet i Menn i helse

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

#### Hvordan trivdes du i praksis?

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

#### Videreutvikling av Menn i helse

- Hva betød det for deg å være en del av Menn i helse?
- Har du noen forslag til endringer av Menn i helse, noe som kunne vært gjort annerledes?

#### Arbeidssituasjon

- Hvilken arbeidssituasjon har du i dag?
- Hvor ser du for deg at du er om 10 år?







Høgskolen  
i Innlandet

Denne rapporten omhandler statusen på 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 få fagbrev som helsefagarbeider.

Statusrapporten bygger videre på anbefalingene fra følgeevalueringen Østlandsforskning gjennomførte i perioden 2016-2018 på oppdrag fra KS. Hensikten med denne rapporten er å vurdere hvordan Menn i helse har jobbet med å videreutvikle prosjektet i tråd med anbefalingene. I tillegg ønsker KS svar på ulike problemstillinger knyttet til utdanningsmodellen, måloppnåelse og effekter.

Datainnsamlingen ble gjennomført våren 2020. Totalt 21 informanter fordelt på tre fylker ble intervjuet.