

MASTEROPPGAVE

Emnekode: LED5009

Navn: Silje Arntsen og Lene Agathe Iversen

Hvilke faktorer fremmer eller hemmer
rekruttering av menn til helsesektoren?

Dato: 24.05.2023

Totalt antall sider: 78

Sammendrag

Denne masteravhandlingen er del av studiet Master of Business Administration (MBA) i strategi og ledelse ved Nord Universitet. Temaet for oppgaven er rekruttering av menn til helsesektoren og baserer seg på følgende problemstilling:

Hvilke faktorer fremmer eller hemmer rekruttering av menn til helsesektoren?

For å besvare problemstillingen har vi gjennom kvalitativ metode og dybdeintervjuer tatt utgangspunkt i helserekrutter som er i gang med utdanningsløpet Menn i helse - et nasjonalt prosjekt som har til hensikt å rekruttere menn til helse- og omsorgssektoren i kommunene. Masteroppgaven har en kompleks problemstilling. Derfor har vi valgt et bredt teoretisk utgangspunkt både for å gjenspeile bredden av problemstillingen, så vel som å gi leseren bedre forståelse av det vi undersøker. I tillegg belyser vi temaet med relevant litteratur og forskning for å danne et bedre grunnlag for forståelsen.

Vi finner flere faktorer som både kan tenkes å fremme og hemme rekruttering av menn til helsesektoren. Kort oppsummert er våre hovedfunn at mellommenneskelige relasjoner, et strukturert utdanningsløp, økonomi og en livslang karriere kan pekes på som fremmende faktorer. Av hemmende faktorer finner vi dialog med NAV, lav status, stress/tidspress i jobben og praktisk tilrettelegging. En siste faktor vi finner på begge sider av skalaen omhandler personlighetstrekk der helserekruttene spesielt framhever omsorg som viktig i jobben som helsefagarbeider.

Det er interessant å se at tidligere forskning, blant annet av Svare (2009), fremdeles er aktuell i dag da flere av Svare (2009) sine funn også sammenfaller med konklusjonen i vår oppgave. I tillegg finner vi, i likhet med Svare (2009) at alder kan være en fremmende faktor for at Menn i helse har vært en suksess. Vi spurte ikke helserekruttene direkte om de kjenner seg igjen i det, men flere nevner livserfaring og omsorgsrolle for egne barn som årsaker som kan ha bidratt til et ønske om å bli helsefagarbeider.

Med bakgrunn i dette mener vi at forskning innen området vil være høyaktuelt og svært interessant. Videre mener vi at vår problemstilling med tilhørende forskning kan bidra til bedre forståelse av potensialet til utdanningsprogram som for eksempel Menn i helse.

Abstract

This master thesis is part of a Master of Business Administration (MBA) in strategy and Management at Nord University. The topic of the thesis is male recruitment to the healthcare sector and is based on the following issue:

Which factors encourage or discourage male recruitment to the healthcare sector?

In order to answer the problem, we have through qualitative methods and in-depth interviews, chosen to interview health recruits who are starting the 'Menn i helse' training course - a national project which aims to recruit men into the healthcare and care sector in the municipalities. This master thesis covers a complex issue. Therefore, we have chosen a broad theoretical background both to reflect the breadth of the issue, as well as an attempt to give the reader a better understanding of what we are investigating. In addition, we illuminate the topic with relevant literature and research to form a better basis for understanding.

We found several factors that can contribute to both encourage and discourage the recruitment of men into the health sector. Briefly summarized, our main findings are that interpersonal relationships, a structured educational course, finances and a lifelong career. Among the inhibiting factors we find that dialogue with NAV, low status, stress/time pressure at work and practical arrangements can discourage men from entering the healthcare sector. A final factor that can affect either side of the scale concerns personality, where the health recruits particularly emphasize care as an important factor in their job as a health professional.

It is interesting to see that previous research, including by Svare (2009), is still relevant today as several of Svare's (2009) findings also coincide with the conclusion in our paper. In addition, we find, like Svare (2009), that age can be a contributing factor to 'Menn i helse' being a success. We did not ask the health recruits directly if they recognize this, but several mention life experience and caring a role for their own children as reasons that may have contributed to a desire to become a healthcare worker.

Based on this, we believe that research in the area will be highly relevant and very interesting. Furthermore, we believe that our problem with associated research can contribute to a better understanding of the potential of educational programs such as 'Menn i helse'.

Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på tre flotte år som student ved Nord Universitet. Det har vært både krevende, spennende og svært interessant å gjøre et dypdykk inn i de mannlige helsefagarbeidernes tanker og fortellinger. Vi håper vår masterbesvarelse kan være et bidrag til forståelse av ulike faktorer som påvirker menn til å velge, eventuelt ikke velge, en karriere innen helsesektoren.

Vi ønsker å takke Trøndelag Fylkeskommune ved Joakim Kihl Holmberg for god støtte underveis i arbeidet. Takk til våre helserekrutter som har sluppet oss inn i deres hverdag og delt av sine tanker og erfaringer, og alle som har gitt konstruktive innspill til sluttproduktet, spesielt vår veileder professor Johan Olaisen. Dere har alle vært en uvurderlig ressurs i form av faglig oppfølging, konstruktive innspill og tilbakemeldinger. Videre ønsker vi å rette en spesiell takk til våre familier for tålmodighet og utelukkende positiv oppmuntring underveis. Tusen takk!

Silje Arntsen og Lene Agathe Iversen

Trondheim, 24. mai 2023

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	ii
Abstract	iii
Forord	iv
Innholdsfortegnelse	v
1 Innledning.....	1
1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål	1
1.2 Avgrensning av oppgaven.....	2
1.3 Bakgrunn	3
1.4 Hvorfor menn til helsesektoren?	4
1.5 Oppgavens struktur	5
2 Teoretisk forankring og tidligere forskning.....	6
2.1 Motivasjon.....	6
2.1.1 Herzbergs tofaktorteori	7
2.1.2 Kognitiv evalueringsteori	7
2.1.3 Forventningsteori	8
2.1.4 Kompetanse og egenutvikling	9
2.2 Kjønn og omsorg	10
2.2.1 Kjønnsperspektivet	10
2.2.2 Fornyning av menns omsorg	11
2.2.3 Personlighet	11
2.3 Hvordan rekruttere menn	13
2.3.1 Hvem bør rekrutteres?.....	14
2.4 Oppsummering	15
3 Metode.....	17
3.1 Forskningsdesign og metodisk tilnærming.....	17
3.1.1 Litteratursøk	18
3.1.2 Metodisk samarbeid med Trøndelag Fylkeskommune	19

3.2 Utforming av intervjuguiden.....	19
3.3 Rekruttering av deltakere	20
3.4 Utvalg.....	20
3.5 Gjennomføring av intervjuer	21
3.6 Databehandling	22
3.6.1 Fra tale til tekst.....	23
3.6.2 Koding og kategorisering	23
3.7 Forskningsetiske betraktninger	24
3.8 Forskningskvalitet.....	24
3.8.1 Gyldighet (validitet)	24
3.8.2 Pålitelighet (reliabilitet).....	25
3.8.3 Overførbarhet (generalisering)	26
4 Empiriske funn.....	27
4.1 Motivasjon.....	27
4.1.1 Indre motivasjon.....	27
4.1.2 Ytre motivasjon	28
4.1.3 Kompetanse og egenutvikling som motivasjon	30
4.2 Kjønn og omsorg	32
4.2.1 Utradisjonelt valg	32
4.2.2 Personlighetstrekk	33
4.2.3 Hemmende personlighetstrekk.....	35
4.3 Hvordan rekruttere menn	36
4.3.1 NAV	38
4.3.2 Veien videre	39
4.4 Oppsummering	40
5. Analyse.....	42
5.1 Motivasjon.....	42
5.1.1 Ytre og indre motivasjon	43
5.1.2 Kompetanse og egenutvikling som motivasjon	45

5.2 Kjønn og omsorg	47
5.2.1 Utradisjonelt valg	48
5.2.2 Personlighetstrekk	49
5.3 Rekruttering	52
5.3.1 NAV	54
5.4 Oppsummering	54
6 Konklusjon	56
6.1 Hovedfunn	56
6.1.1 Fremmende faktorer	57
6.1.2 Hemmende faktorer	58
6.2 Et kritisk blikk på oppgaven	60
6.3 Videre forskning	61
Litteraturliste	62
Vedlegg	65
Vedlegg 1 - Godkjenning fra NSD	65
Vedlegg 2 - Informasjonsskriv og samtykkeskjema	67
Vedlegg 3 - Intervjuguide	70

1 Innledning

Vi lever i en verden der likestilling ofte står på dagsordenen. FNs bærekraftsmål nummer 5 tar for seg likestilling mellom kjønnene (FN-sambandet, 2023), noe som forteller oss noe om hvilket fokus likestilling har. I Norge har vi høy grad av likestilling sammenlignet med andre land (FN-sambandet, 2023), men til tross for det ser vi store kjønnsforskjeller i valg av yrkes- og karrierevalg blant innbyggerne. Helse- og omsorgssektoren har tradisjonelt vært sterkt dominert av kvinner, noe som har medført en antagelse om at sektoren bare rekrutterer fra halve befolkningen, og at menn er en utnyttet ressurs (Lauritzen & Olsvik, 2018, s. 10). Menn utgjorde bare 15,2 % av alle sysselsatte i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2020 (Helsedirektoratet, 2021, s. 26). Denne ubalansen gjenspeiler ikke brukergruppen blant pleietrengende i Norge. Arbeidsmarkedet i Norge er fremdeles kjønnsdelt, selv om utviklingen viser en økning i andelen menn til helse- og omsorgssektoren over tid. Endringene kan tenkes å henge sammen med kvinners inntog i høyere utdanning og endringer i kvinners utdanningsvalg. Imidlertid ser vi ikke samme inntog av menn i tradisjonelt kvinnedominerte yrker. Hovedandelen av arbeidstakerne i helse- og omsorgssektoren er fortsatt kvinner, og majoriteten av studenter og elever innen helse- og oppvekstfag er kvinner. Dette utgjør både en likestillingsutfordring, samt en samfunnsutfordring (Proba samfunnsanalyse, 2020, s. 1). Fremtiden er usikker, men én ting er sikkert: Bli vi gamle nok kommer vi til å være helt avhengige av omsorg og hjelp.

1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Argumentasjonen for å rekruttere menn til helsesektoren er særlig knyttet til ressursbehovet, hvor menn anses som en ubenyttet ressurs for arbeidskraft. Prosjektet Menn i helse har som målsetning å få flere menn som helsefagarbeidere inn i helse- og omsorgssektoren og er på den måten et svar på noen av de utfordringer sektoren har. Prosjektet har imidlertid ikke vært utformet for å identifisere hvilke konkrete faktorer som kan være viktige for å få menn inn i helse- og omsorgssektoren. Med dette som utgangspunkt har vi definert følgende problemstilling:

“Hvilke faktorer fremmer eller hemmer rekruttering av menn til helsesektoren?”

For å besvare vår problemstilling har vi intervjuet fire helserekutterer som allerede er i gang med utdanning til å bli helsefagarbeider i regi av prosjekt Menn i helse. Den definerte problemstillingen kan anses som relativt bred da den kan tenkes å ta for seg hele aspektet av rekruttering av menn til alle deler av helsesektoren. Grunnen til at vi ønsker å benytte oss

av en bred problemstilling er i et forsøk på å fange flere aspekter av hva som påvirker menn både i positiv og negativ retning til å velge, eventuelt ikke velge, et yrke i helsesektoren. Derfor har vi videre utformet tre forskningsspørsmål som kan bidra til å belyse hovedproblemstillingen:

1. Hva motiverer helserekruktene til å ta utdanning som helsefagarbeider?
2. Opplever helserekruktene utdanningsvalget som utradisjonelt, og hvilke personlighetstrekk står sentralt hos helserekruktene?
3. Hvordan kan menn best rekrutteres og finnes det faktorer som tiltrekker mer enn andre?

De tre forskningsspørsmålene danner grunnlag for å strukturere både det teoretiske bakteppet for oppgaven, samt empiriske funn med påfølgende analyse. Problemstillingen og forskningsspørsmålene har i tillegg vært retningsgivende for litteratursøk.

1.2 Avgrensning av oppgaven

Helsesektoren er et vidt begrep og tar for seg alle private og offentlige institusjoner og virksomheter i samfunnet som forebygger, diagnostiserer og behandler sykdom, yter pleie og omsorg til syke mennesker eller rehabiliterer pasienter etter sykdom og skade (Snl, 2022). Helsesektoren som helhet tar for seg svært mange kompetanse- og karriereområder. Som definert i de avgrensede forskningsspørsmålene, har vi begrenset problemstillingen til den delen av helsesektoren som omfatter helsefagarbeidere. Helsefagarbeider er en yrkesutøver som utfører praktisk pleie, omsorg og miljøarbeid for pasienter og brukere av helse- og sosialtjenesten (Snl, 2022).

For å avgrense forskningsområdet ytterligere har vi tatt utgangspunkt i et utvalg menn fra prosjekt Menn i helse. Som vi skal se videre i oppgaven er deltakerne menn med lang erfaring både fra arbeidslivet og privat. Livserfaringen den enkelte har, gjør at vi kan forvente at svarene vi får i den kvalitative undersøkelsen potensielt blir mer nyanserte. Dette fordi helserekruktene kan relatere og vurdere dagens utgangspunkt opp imot et tidligere arbeidsliv utenfor helsesektoren.

Det teoretiske rammeverket i vårt forskningsprosjekt har stor bredde og kompleksitet, og tar for seg flere ulike tema innen blant annet motivasjon, kjønn og omsorg og rekruttering. Det vil derfor være nødvendig å utforske problemstillingen fra flere vinkler. Vi mener at det teoretiske rammeverket bør gjenspeile bredden av problemstillingen. For at vi ikke skal sitte igjen med for mange løse tråder etter teorikapitlet, vil vi avslutningsvis trekke sammen kapitlet i en oppsummering som danner grunnlag for videre analyse.

1.3 Bakgrunn

For å øke andelen menn i helsesektoren ble det i 2007 vedtatt i bystyret i Trondheim kommune å igangsette et prosjekt for å rekruttere flere menn inn i omsorgstjenesten (Trondheim kommune, 2007). I 2010 startet Trondheim kommune et arbeid med å kartlegge om det eksisterte et rekrutteringspotensiale for å øke andelen menn i helse- og omsorgstjenestene. Etter at et forprosjekt viste et ønske fra menn om å jobbe i helse- og omsorgstjenestene, ble arbeidet igangsatt. Prosjektet er et unikt tilbud til menn i alderen 25-55+ som mottar ytelser fra NAV. Tilbudet består av et komprimert utdanningsløp frem til fagbrev som helsefagarbeider. Deltakerne får tittelen helserekruert og mottar gjennom utdanningen ytelser fra NAV og lønn fra kommunen. Prosjektet er et samarbeid mellom kommune, NAV, fylkeskommune, kommunesektorens organisasjon (KS) og helsedirektoratet, og er av regjeringen ansett som en av de mest vellykkede satsingene på rekruttering av menn til helsesektoren (Helsedirektoratet, 2021, s. 27). Menn i helse har som hovedformål å bidra til rekrutteringen av menn til helse- og omsorgssektoren (Prop. 1S, s. 205, 2022-2023), og øke volumet på rekrutteringen til helsearbeiderfaget, samt skape et større mangfold ved å øke andelen menn (Trondheim kommune, 2007). Det kan derfor tenkes at Menn i helse på den måten er svar på noen av de utfordringer sektoren har.

Siden 2007 har prosjektet utviklet seg både i størrelse og omfang på grunn av prosjektets enorme suksess. I senere år har flere kommuner kopiert prosjektet. I 2018 ble Fredrikstad kommune med, noe som resulterte i over 30 uteksaminerte menn som helsefagarbeidere i 2021. Østlandsforskning konkluderer med at Menn i helse bidrar til flere menn i helse- og omsorgssektoren, og at tiltaket sørger for at flere arbeidsledige menn får den opplæringen de trenger for å komme seg ut i arbeid. *“Å få folk ut av NAV-køen, og gjennom ‘Menn i helse’ inn i arbeid og ut i kommunene der det er behov for fagkompetanse, er en viktig samfunnspolitisk oppgave som også har en samfunnsøkonomisk gevinst.”* (Moe, 2018). Også andre land i Norden har med interesse merket seg prosjektet. I dag har Menn i helse gått fra å være et prosjekt til å være en del av Trondheim kommunes daglige drift, og er en del av statsbudsjettet i 2023. I statsbudsjettet foreslår regjeringen å styrke tiltaket, slik at det for 2023 vil være 19,4 millioner kroner til dette (Regjeringen, 2023). Så langt har over 700 menn tatt fagbrev via Menn i helse. Fylkeskoordinator i Trøndelag Sør uttalte under et informasjonsmøte at Menn i helse har som mål å gi 500 helserekruert skoleplass i løpet av 2023 (J. Holmberg, personlig kommunikasjon, 31. januar 2013).

Statistisk sentralbyrå har pr. 29.mars 2017, gjort beregninger som viser en dobling i behovet i helse- og omsorgssektoren de kommende 50 årene. Ifølge NAV mangler vi i dag rundt

7000 sykepleiere, og Statistisk sentralbyrå beregner at vi mangler rundt 28 000 i 2035 (Norsk sykepleierforbund, 2022).

Med bakgrunn i dette mener vi at forskning innen området vil være høyaktuelt og svært interessant. Videre mener vi at vår problemstilling med tilhørende forskning kan bidra til bedre forståelse av potensialet til utdanningsprogram som for eksempel Menn i helse.

Vi har valgt å ta utgangspunkt i prosjektet Menn i helse for å finne svar på vår problemstilling. Med bakgrunn i at Menn i helse allerede er et eksisterende prosjekt er vår masteroppgave et samarbeid med Trøndelag fylkeskommune. Samarbeidet har i stor grad bestått av møter, samt hjelp med å rekruttere deltakere til vår masteroppgave. Vi vil utdype samarbeidet ytterligere i kapittel 3.1.2 *Samarbeid med Trøndelag fylkeskommune*. For at leseren skal forstå oppgavens kontekst er det naturlig å forklare bakgrunnen for Menn i helse.

1.4 Hvorfor menn til helsesektoren?

Helsevesenet pålegges stadig nye utfordringer og oppgaver, noe som gjør at behovet for mangfoldet av helsefagarbeidere er større enn noen gang. Mange helse- og omsorgsinstitusjoner sliter med å finne kvalifisert helsepersonell for å drive en forsvarlig virksomhet. Myndighetene har lenge vært klar over problematikken, og mulige løsninger har over flere år vært diskutert. En av løsningene fokuserer spesielt på rekruttering av menn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Helge Svare (2009) finner i sin forskning på menn i pleie og omsorg, mange argumenter for økt fokus på menn til helsesektoren. Svare (2009, s. 11) hevder at noe av rekrutteringsproblematikken trolig ville være løst dersom man kunne få flere menn til å ville arbeide innen feltet. Mye tyder på at det ville økt sannsynligheten for et bedre arbeidsmiljø når kjønnsbalansen utjevnes (Holter et al., 2008). Forskning viser at arbeidsplasser med større mangfold, både innen kjønn og etnisitet, er mer innovative og fleksible til å tilpasse seg. I tillegg er de dyktigere til å finne gode løsninger på potensielle utfordringer de står overfor (Rådet for teknologi og innovation, 2007). Svare (2009) peker videre på likestilling. Her trekker han inn argumenter både for helsearbeider og for pleietrengende. Svare (2009) hevder at på samme måte som kvinner og menn skal kunne tilstrebe å dele på oppgaver i hjemmet og i familien, må kvinner og menn kunne ta likt ansvar innen andre samfunnsområder som for eksempel innen helse- og omsorgssektoren (Svare, 2009, s. 12). Tall fra Statistisk sentralbyrå (2020) viser at både kvinner, og spesielt menn, stadig blir eldre. Det bør derfor jobbes med tiltak slik at begge kjønn får mulighet til å motta nødvendig hjelp av både menn og kvinner etter behov og ønske (Svare, 2009, s. 12). Avslutningsvis framhever Svare (2009) mangel på mannlige rollemodeller innen fagfeltet.

Årsaken til dette kan være at mange menn går glipp av en karriere innen helsesektoren fordi de på grunn av yrkets kvinnedominans feilaktig antar at det ikke passer for dem. Hadde det derimot vært flere mannlige rollemønstre innen helsesektoren, er det også grunn til å tro at flere menn kunne følt seg friere til å velge helse- og omsorgsrelaterte fag som yrkesvei (Svare, 2009, s.12).

1.5 Oppgavens struktur

Vi vil nå forklare masteroppgavens struktur gjennom å beskrive hvert av de følgende kapitlene.

I den innledende delen i kapittel 1 *Innledning* ble tema for oppgaven og viktigheten av ny forskning innen området presentert.

I kapittel 2 *Teoretisk forankring og tidligere forskning* presenteres relevante teoretiske perspektiver for å forstå viktige momenter innen forskningsområdet og tidligere forskning innen valgt tema.

I kapittel 3 *Metode* vil valg av metode og forskningsdesign presenteres med påfølgende argumentasjon for de valgene vi har gjort. For å forsøke å finne svar på vår problemstilling redegjør vi for bruk av dybdeintervju for å samle data. Videre vil vi forklare hvordan selve prosessen med innhenting av data, behandling av deltakere og analyse av data er gjort.

Kapittel 4 *Empiriske funn* består av presentasjon av de mest sentrale funn innen motivasjon, kjønn og omsorg og rekruttering. Her blir resultatene fra intervjuene presentert.

De empiriske funnene finnes videre i kapittel 5 *Analyse* hvor vi analyserer empirien fra den kvalitative undersøkelsen sett i lys av presentert teori og tidligere forskning. Her vil også forskningsspørsmålene besvares.

Avslutningsvis i kapittel 6 *Konklusjon* vil vi besvare problemstillingen. Videre gjør vi en kort kritisk refleksjon rundt oppgaven. Til slutt foreslår vi videre forskning, særlig knyttet til rekruttering av menn til helsesektoren og menn sin opplevelse av nåværende utdanningsløp.

2 Teoretisk forankring og tidligere forskning

For å kunne besvare problemstillingen i denne masteroppgaven om rekruttering av menn til helsesektoren, vil vi presentere relevante teoretiske perspektiver som omhandler motivasjon, kjønn og omsorg og rekruttering. Vi vil også presentere tidligere forskning som er gjort innen feltet, noe som vil knyttes til teorier fortløpende i kapittelet.

Det teoretiske rammeverket vil sammen med tidligere forskning bidra i ulik grad og på ulike måter inn i den videre analysen, men er samtidig ment som et utgangspunkt for forståelse av forskningsprosjektets fundament. Videre vil teorien fungere som et bakteppe for analysen og gjøre seg gjeldende i ulike deler av konklusjonen. Første avsnitt 2.1 *Motivasjon* handler om ulike forståelser av motivasjon og hvilke motivasjonsteorier som kan påvirke menneskets drivkraft til å yte. Videre skal vi ta for oss ulike perspektiver på kjønn der vi prøver å forstå menn og omsorg gjennom kjønnsperspektiver og personlighet i 2.2 *Kjønn og omsorg*. I 2.3 *Hvordan rekruttere menn*, vil vi se på rekruttering som fenomen, hvordan menn best kan rekrutteres og hvem som eventuelt bør rekrutteres. Avslutningsvis i 2.4 oppsummerer vi de viktigste momentene i teorikapittelet som vil bli brukt videre i analysen av de empiriske funnene fra den kvalitative undersøkelsen.

2.1 Motivasjon

Hvilke motiver som ligger til grunn for menneskers atferd er et av de mest grunnleggende spørsmålene i psykologien (Kaufmann & Kaufmann, 2016) og er et interessant tema når det kommer til hvorfor mennesker velger å avslutte et allerede påbegynt utdanningsløp for å starte en helt ny karrierevei innen helsesektoren.

Motivasjon kan defineres som «en prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd» (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 113). Motivasjon kan også si noe om hvilke drivkrefter som får oss til å handle, hva målet for atferden vår er og hvilke hensikter vi har (Kaufmann & Kaufmann, 2016). Motivasjon er altså kort sagt hva som driver oss og hva som får oss til å yte litt ekstra (Jacobsen & Thorsvik, 2020) og er helt avgjørende for at en organisasjon skal oppnå resultater.

Det finnes mange teorier som søker å forklare prestasjoner, beslutningsadferd og kreativitet på arbeidsplassen. De vanligste teoriene er blant annet behovsteori, målstyringsteori, forventningsteori og likeverdsteori (Martinsen 2015, s. 271). Martinsen (2015) kritiserer imidlertid flere av teoriene for å være allmenngyldige, og at de ikke tar hensyn til at mennesker er ulike og har ulike behov når det gjelder arbeidsoppgaver som skal utføres. Det

er derfor viktig at man tilegner seg bred og nyansert kunnskap om teorier og forskning omkring motivasjon og vurderer motivasjonelle forhold ut fra hvilke behov individene har (Martinsen, 2015, s. 271). Innen den organisasjonspsykologiske motivasjonslitteraturen er en nyere teoretisk modell etablert. Den handler om indre og ytre motivasjon (Martinsen, 2015) og vil bli videre beskrevet i teorikapittelet.

2.1.1 Herzbergs tofaktorteori

I vårt forskningsprosjekt tar vi som kjent utgangspunkt i deltakere som allerede har en yrkesbakgrunn eller utdanning, og som av ulike årsaker har valgt å endre karrierevei. Alle deltakerne har fartstid i arbeidslivet og har dannet seg en formening om hva de forventer og verdsetter i en jobbhverdag. Herzbergs tofaktorteori er en motivasjonsteori som skiller mellom to typer faktorer som påvirker jobbtilfredshet og motivasjon på arbeidsplassen: Hygienefaktorer- og motivasjonsfaktorer (Kaufmann & Kaufmann, 2016). Hygienefaktorer refererer til de grunnleggende forholdene på arbeidsplassen og tar for seg egenskaper ved jobben som opphever utilfredshet ved fravær av negative arbeidsbetingelser (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 138), slik som lønn, arbeidsbetingelser, arbeidsmiljø, sikkerhet og relasjoner med ledere og kolleger. Hygienefaktorene fører nødvendigvis ikke til økt motivasjon alene, men hvis de ikke er til stede kan de føre til misnøye og frustrasjon blant arbeidstakerne (Kaufmann & Kaufmann, 2016). Motivasjonsfaktorer, derimot, er relatert til selve arbeidsoppgavene, slik som muligheter for personlig og faglig utvikling, anerkjennelse, ansvar og prestasjoner. Motivasjonsfaktorene kan føre til økt motivasjon og jobbtilfredshet blant arbeidstakerne i den grad de er til stede, men vil ikke nødvendigvis føre til mistriivsel dersom de ikke er til stede (Kaufmann & Kaufmann, 2016). Herzberg mener at det er viktig å skille mellom hygiene- og motivasjonsfaktorer for å forstå hva som driver og motiverer ansatte på arbeidsplassen. For å skape et tilfredsstillende arbeidsmiljø må både hygiene- og motivasjonsfaktorer være på plass (Kaufmann & Kaufmann, 2016). Tofaktorteorien er interessant fordi den sier noe om hvilke områder som fører til tilfredshet blant mennesker på arbeidsplassen. Hvor stor drivkraft den enkelte har er et produkt av en rekke ytre og indre faktorer som inngår i et komplekst samspill.

2.1.2 Kognitiv evalueringsteori

Ofte hører man at det som motiverer mennesker mest først og fremst er gleden og utfordringen ved å utføre et arbeid som engasjerer og interesserer dem. Flere motivasjonsteorier skiller mellom ytre og indre belønning når man skal forklare hvorfor mennesker handler som de gjør (Jacobsen & Thorsvik, 2020), noe som har dannet tradisjon for at det er vanlig å skille mellom ytre og indre motivasjon. Deci og Ryan, gjengitt av

Kaufmann og Kaufmann (2016), utviklet på 1980-tallet kognitiv evalueringsteori som tar for seg de to motivasjonssystemene. Ytre motivasjon omhandler at kilden til motivasjon ligger utenfor selve jobben og tar for seg belønning i tradisjonell forstand, som lønn, bonus eller andre former for belønning (Kaufmann & Kaufmann, 2016). I kontrast til dette finner vi kilden til indre motivasjon i selve utførelsen av arbeidet. Å skille mellom indre og ytre motivasjon har vist seg å være av stor betydning i forskning omkring hva organisasjoner kan gjøre for å utvikle motiverte medarbeidere (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s. 234).

Som nevnt går Deci og Ryan enda dypere i teorien når de to motivasjonssystemene diskuteres. Kognitiv evalueringsteori er en teori som forklarer hvordan menneskers motivasjon og opplevelse av en oppgave eller situasjon kan påvirkes av to ulike faktorer: behovet for selvbestemmelse og behovet for kompetanseopplevelse (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s.129). Ifølge teorien vil en person være mer motivert og ha en mer positiv opplevelse av en oppgave eller situasjon hvis de føler at de har valgfrihet i form av selvbestemmelse og at de har ferdighetene og ressursene som kreves for å mestre oppgaven gjennom kompetanseopplevelse. Omvendt vil mangelen på selvbestemmelse eller følelse av å ikke ha tilstrekkelige ferdigheter redusere motivasjonen og opplevelsen av oppgaven eller situasjonen (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s.129). Balansen mellom indre og ytre motivasjon kan i noen tilfeller påvirke hverandre. Dette handler om utskyvningseffekt (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 130) hvor det ifølge teorien forklares som en konkurranse mellom de to motivasjonskreftene. Det betyr at dersom fokuset på ytre belønning er høy, vil den indre motivasjonen øke. Er den ytre belønningen lav, vil den indre motivasjonen synke. Det hevder altså at det kan være korrelasjon mellom nivået av indre og ytre motivasjon. I prosessen med å utdanne helsefagarbeidere vil det derfor være viktig å være bevisst ulike virkemidler for å fremme motivasjon for arbeidet som skal gjøres.

2.1.3 Forventningsteori

Når en yter innsats vil det for mange være naturlig å forvente en belønning. Forventningsteori sier at motivasjon avhenger av menneskers tanker omkring arbeid og innsats, og har betydning i form av forventninger om å oppnå en viss belønning eller anerkjennelse (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s. 230). Teorien hevder at en person vil være mer motivert til å jobbe hardt og yte sitt beste hvis vedkommende har forventninger om at innsatsen vil føre til en ønsket positiv belønning. Det er derfor viktig for arbeidsgivere å avklare forventningene med tilhørende belønninger som følger med en jobb for å øke motivasjonen til den ansatte (Jacobsen & Thorsvik, 2020). Et viktig poeng i forventningsteori er at den tar hensyn til individuelle forskjeller i motivasjon. For eksempel kan noen personer bli mer motivert av å jobbe mot et konkret mål, mens andre kan bli mer motivert av å få ros

og anerkjennelse fra andre (Jacobsen & Thorsvik, 2020). Det er derfor viktig å tilpasse belønningene og mål etter de ansattes individuelle behov og preferanser. Dette kan også forklare hvorfor noen personer kan miste motivasjonen hvis de tror de ikke oppnår de forventede resultatene i et arbeid.

2.1.4 Kompetanse og egenutvikling

Betydningen av menneskelig kompetanse har de siste tiårene fått sterkt fokus, og blir vanligvis omtalt som “menneskelig kapital” i organisasjoner (Martinsen, 2015). Tiltro til egen kompetanse hos de ansatte kan ha stor motivasjonseffekt, noe som kan føre til økt innsats dersom arbeidsgiver klarer å stimulere de ansattes kompetanseopplevelse (Martinsen, 2015). I helsesektoren finnes det konkrete krav til kompetanse for helse- og omsorgspersonell. I tillegg til formelle krav til kompetanse finner vi også teoretiske perspektiver på kompetanse. Lai (2021, s. 44) definerer kompetanse som *“de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål”*. Kompetansebegrepet kan videre deles inn i formell og uformell kompetanse, og baserer seg på hvordan kompetansen tilegnes. Førstnevnte er den kompetansen en medarbeider kan dokumentere basert på utdanning, kurs eller andre formelle godkjente tilbydere, mens uformell kompetanse er den kompetansen medarbeideren utvikler gjennom erfaring i arbeidslivet og andre arenaer (Lai, 2021).

Mange type oppgaver blir stadig mer kompetansekrevede, også i helsesektoren. Når det gjelder kompetanse og egenutvikling har helse- og omsorgssektoren i den senere tid fokusert spesielt på et område kalt oppgavedeling (Regjeringen, 2023). Forskning viser at det er et stort og urealisert potensial for bedre bruk og utvikling av fagarbeidernes kompetanse gjennom hele yrkeslivet. Mye kan også tyde på at fagarbeidere i stor utstrekning ikke får brukt sin kunnskap og ferdigheter i jobben i helse- og omsorgstjenestene, og en tredjedel ønsker seg større utfordringer på jobb (Regjeringen, 2023). Med bakgrunn i dette foreslår regjeringen en rekke tiltak, som blant annet å øke tilgangen til etter- og videreutdanning for ansatte i sektoren, styrke samarbeidet mellom utdanningsinstitusjoner og helse- og omsorgstjenestene for å sikre at utdanningene er relevante og tilpasset behovene i sektoren, og etablere ordninger for kompetansestøtte og veiledning for ansatte som jobber med komplekse oppgaver. I praksis vil dette si at en helsefagarbeider i fremtiden potensielt kan overta arbeidsoppgaver som identifiseres som aktuelle for å avlaste en sykepleier. Gevinsten av denne endringen er at helsefagarbeideren får økt kompetanse i form av flere utfordringer, mens sykepleieren får frigjort tid til andre oppgaver for å øke kvaliteten i arbeidet.

2.2 Kjønn og omsorg

Generelt sett kan det sies at kjønn er en viktig faktor å ta hensyn til innen helsesektoren. Det kan påvirke både hvordan omsorg gis og hvordan det oppfattes av pasienter (Svare, 2009). Tradisjonelt har helse og omsorg blitt sett på som et kvinnedominert yrke, og det har vært få menn som har valgt å arbeide innenfor feltet. Dette kan føre til en skjevhet i representasjon av menn i omsorgsykker og tilgang til ulike perspektiver og erfaringer. Vi vil derfor i neste avsnitt undersøke nærmere hva kjønn er og hvordan mennesker ofte forstår kjønn.

2.2.1 Kjønnsperspektivet

Våre oppfatninger om og forventninger til hva som er kvinnelig og mannlig, ligger i våre verdier og handlinger og utgjør normer for hva som er akseptabel atferd for jenter og gutter - kvinner og menn (Bratterud et al., 2006, s. 21). Det finnes mange ulike måter å studere kjønn på i samfunnsvitenskapen. I 1987 introduserte West og Zimmerman en teoretisk tilnærming til kjønn i artikkelen "Doing gender". De argumenterer for at kjønn ikke er en biologisk essens, men heller en sosial konstruksjon som skapes og opprettholdes gjennom interaksjon mellom mennesker. Ifølge West og Zimmerman (1987), er "Doing gender" en aktivitet som pågår kontinuerlig når mennesker samhandler. De påpeker at vi stadig utfører handlinger og oppførsler som er "typisk mannlige" eller "typisk kvinnelige", og at disse handlingene opprettholder og forsterker ideen om kjønnsforskjeller. "Doing gender" fokuserer på hvordan kjønn ikke bare er noe man er, men også noe man gjør. Teorien understreker videre at kjønn ikke er et biologisk faktum, men heller en sosial konstruksjon som påvirkes av samfunnsmessige normer og forventninger (West & Zimmerman, 1987). West og Zimmerman (1987) argumenterer videre for at "Doing gender" ikke kun handler om individuelle handlinger, men også om strukturer i samfunnet. De hevder at kjønn konstrueres og opprettholdes gjennom sosiale normer og forventninger som påvirker alt fra hvordan vi kler oss og oppfører oss til hvilke yrker vi velger og hvilke roller vi har i hjemmet (West & Zimmerman, 1987). Dette innebærer at kjønn ikke er noe man er født med, men heller noe som blir konstruert gjennom sosialisering og læring av samfunnsmessige normer. For eksempel kan en mann utføre en handling som vanligvis anses som feminin, som å gråte eller bake kaker, men dette vil likevel bli tolket og evaluert i lys av de samfunnsmessige normene for hva som anses som mannlige og kvinnelige handlinger. Slik blir kjønnsidentiteten og kjønnsuttrykket til en person stadig reproduisert og forsterket gjennom sosiale interaksjoner. Til slutt påpeker West og Zimmerman (1987) at "Doing gender" ikke er en statisk prosess, men heller en prosess som er stadig i endring. De mener at samfunnet kan bevege seg mot en mer likestilt virkelighet, men at det krever bevisst innsats for å utfordre og endre eksisterende kjønnsnormer og forventninger. West og Zimmermanns

(1987) teori har hatt stor innvirkning på feministisk teori og forskning, og har bidratt til å avsløre hvordan samfunnet skaper og opprettholder kjønnsforskjeller og ulikheter.

2.2.2 Fornyning av menns omsorg

Omsorg som begrep har vært analysert av mange og fra ulike perspektiver (Bratterud et al., 2006, s. 11). I vårt forskningsprosjekt tar vi utgangspunkt i at omsorgsarbeid innebærer å ha omtanke for andre både emosjonelt, kognitivt og praktisk. Som helserekrutt vil en stor del av jobben omhandle en relasjon mellom den som gir og den som mottar omsorg. Å ha evne til empati og til å ta den andres perspektiv er vesentlig for en god relasjon (Bratterud et al., 2006). Menn har en stadig mer fremtredende posisjon som omsorgsperson i dagens samfunn (Bratterud et al., 2006, s. 14), noe som spesielt gjør seg gjeldende når vi ser på yrker innen helsesektoren. Samfunnets overordnede verdier har endret seg og det legges i større grad til rette for å få flere menn inn i omsorgsykker, blant annet ved bedre permisjonsrettigheter og nasjonale kampanjer for å få menn til å søke omsorgsykker (Bratterud et al., 2006).

Menn sin utforming av omsorgsrollen kan påvirkes av oppfatninger og forventninger av kvinner og menns tradisjonelle syn på omsorgsrollen (Bratterud et al., 2006). Dette kan tenkes å representere et hinder for utvikling, men også være til inspirasjon, skape engasjement og entusiasme til å endre de tradisjonelle oppfatninger vedrørende omsorg (Bratterud et al., 2006, s. 125). Denne forståelsen av omsorgsrollen med tilhørende holdninger er noe vi opplever som grunnleggende blant våre helserekrutters fortellinger og refleksjoner. På den andre siden kan det oppstå forskjellige forventninger til- og forståelse av omsorgsrollen i dagens flerkulturelle samfunn (Bratterud et al., 2006). Bevisstgjøring i forhold til ulike kulturelle utgangspunkt og ulike typer miljø vil derfor være viktig å avklare både for helsefagarbeider som skal gi omsorg og for brukeren som mottar omsorgen. Forventninger i menn sitt nærmiljø vil, sammen med den enkeltes personlighetstrekk, danne utgangspunkt for utøvelse av omsorgsrollen (Bratterud et al., 2006, s.125). Det kan derfor være interessant å se på personlighet som faktor innen jobben som helsefagarbeider.

2.2.3 Personlighet

Når en ny medarbeider skal ansettes, er det vanlig å vurdere hvilke menneskelige egenskaper som kreves for å dekke kompetansebehovet (Martinsen, 2015). Personlige egenskaper representerer en viktig ressurs for et moderne arbeidsliv (Kaufmann & Kaufmann, 2016) og helsesektoren er intet unntak. Når vi snakker om personlighet blir ofte mønstrene av det som skiller en person fra en annen fremhevet. Det omhandler gjerne de

dypeste og mest stabile karaktertrekkene en person har og som påvirker deres følelser, handlinger og reaksjoner i ulike situasjoner over tid (Kaufmann & Kaufmann, 2016). Å definere personlighet er utfordrende. Cervone og Pervin (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s.150) definerer personlighet som “en samlebetegnelse for de psykologiske karakteristika eller psykologiske kvaliteter ved et menneske som forklarer dets konsistente (vedvarende) atferdsmønstre.” Karterud (2017) går noe dypere med følgende definisjon: “*Personlighet er et individs unike variasjon over den menneskelige naturs generelle evolusjonære utforming, tilknytningsmønstre og selvreflekterende evner. Den kommer til uttrykk som et utviklende mønster av disponerende trekk, karakteristiske tilpasninger, interpersonlige relasjoner og interaktive livshistorier som er komplekse og innvevd i en kulturell matrix.*” (Karterud, 2017, s. 18). Definisjonen understreker at alle mennesker er forskjellige, men at også andre faktorer som kjønn, seksuell legning, samfunnsforholdene rundt oss og økonomisk arv har påvirkning på utvikling av vår personlighet.

Det finnes flere tilnærminger til forskning på personlighet som alle prøver å forklare forskjellige perspektiver på hvordan personlighet dannes, og hvordan den kan forstås og måles. En av teoriene er femfaktormodellen, også kjent som “Big Five” (Kaufmann & Kaufmann, 2016). Den antar at personlighet kan beskrives ut ifra fem grunnleggende personlighetsdimensjoner (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 152), med tilhørende personlighetstrekk (Karterud, 2017, s. 145). De fem dimensjonene er ekstroversjon (utadvendthet), nevrotisme (emosjonell ustabilitet), omgjengelighet (lett å omgås), samvittighetsfullhet (til å stole på) og åpenhet (åpen for nye inntrykk), og blir forklart videre i følgende tabell:

Kjennetegn ved høytstående	Trekkskala	Kjennetegn ved lavtstående
Ekstroversjon		
Selskaperlig, aktiv, pratsom, personorientert, optimistisk, liker å ha det moro, kjærlig	Måler omfang og intensitet i mellommenneskelig omgang; evne til å glede seg	Reservert, avmålt, stillfarende, distansert, oppgaveorientert, tilbaketrukket, stille
Nevrotisme		
Bekymret, nervøs, emosjonell, usikker, utilpass, hypokondrisk	Måler god tilpasning vs. emosjonell ustabilitet. Identifiserer individer med tendens til psykiske plager, urealistiske ideer, overdrevne følelsesmessige behov og sviktende mestringsatferd	Rolig, avslappet, ikke-emosjonell, hardfør, sikker, tilfreds med seg selv

Omgjengelighet		
Bløthjertet, godlynt, tillitsfull, hjelpsom, godtroende, likefrem	Måler kvaliteten i ens mellommenneskelige orientering fra medfølelse i det ene ytterpunktet mht. både tanker, følelser og handlinger	Kynisk, uforskammet, mistenksom, hensynsløs, irritabel, manipulerende
Samvittighetsfullhet		
Velorganisert, pålitelig, hardt-arbeidende, selvdisiplinert, punktlig, har skrupler, velpleiet og ærgjerrig	Måler individets grad av orientering, utholdenhet og motivasjon i målrettet atferd. Skiller mellom personer som er pålitelige og upålitelige	Uten klare mål, upålitelig, doven, gir blaffen, svak viljestyrke, lystorientert
Åpenhet		
Nysgjerrig, brede interesser, kreativ, original, fantasifull, utradisjonell	Måler fremtidsorientering og verdsettelse av opplevelser for deres egen skyld, toleranse for og aktiv utforskning av det ukjente	Konvensjonell, jordnær, snever interesse, ikke kunstnerisk eller analytisk

Hierarkisk organisering av personlighet (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 153).

Femfaktormodellen sine styrker er at den har høy prediktiv validitet, altså evne til å forutse hendelser (Karterud, 2017, s. 148). I arbeidslivet ønsker man gjerne å forutsi hvordan en ny medarbeider vil opptre. For eksempel om en arbeidsplass ønsker en kollega som samarbeider godt med medarbeidere, bør vedkommende skåre høyt på omgjengelighet. På den andre siden vil ikke femfaktormodellen kunne fange opp grensepsykotiske fenomener, som identitetsproblemer, underlige forestillinger eller dissosiasjon (Karterud, 2017, s. 149). I tillegg er modellen kritisert for å være generell i beskrivelser og kategoriseringer av personer (Kaufmann & Kaufmann, 2016). Modellen må derfor sees i kombinasjon med andre seleksjonsmetoder når nye mennesker skal ansettes.

2.3 Hvordan rekruttere menn

Det første som slår oss når vi ser på rekruttering til helsesektoren, er ubalanse i kjønn (Svare, 2009). Vi har tidligere i oppgaven sett at menn utgjør et betydelig mindretall av ansatte innen helsesektoren. Å tiltrekke seg aktuelle søkere, samt selektere de best kvalifiserte er de to viktigste stegene i rekrutteringsprosessen (Jacobsen & Thorsvik, 2020). Hensikten med å tiltrekke seg mennesker er fra organisasjonenes side å få tilsatt personer som kan bidra best mulig til organisasjonens effektivitet (Langvik & Nordvik, 2011, s. 235). Å

rekruttere mennesker som faktisk passer til jobben og som har kompetanse som organisasjonen trenger er en svært viktig oppgave i konkurransen om arbeidskraft (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s. 254). Videre argumenterer Jacobsen og Thorsvik (2020, s. 254) for en rekke tiltak som kan fremme rekrutteringen. Blant annet nevnes trekk ved arbeidsmiljøet, organisasjonens omdømme, og konkurransedyktige lønns- og karrieremuligheter som de tre viktigste faktorene for at en organisasjon skal være attraktiv blant jobbsøkere. Videre hevder de at det er liten grad av tilfeldighet i forhold til hvilke typer organisasjoner mennesker søker mot. Deres forskning viser at mennesker søker seg mot organisasjoner som de opplever passer med deres personlige verdier og ønsker (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s. 254). For eksempel kan personer med sterkt prestasjonsbehov søke mot organisasjoner som vektlegger prestasjonsbaserte belønningssystemer, mens mennesker som i hovedsak ønsker å hjelpe andre søker mot offentlig sektor eller frivillige organisasjoner.

Robert J. Meadus (2000) hevder at det eksisterer barrierer som hindrer rekruttering av menn til omsorgsykker. Han hevder at selv om kvinner og menn er sosialt forskjellig, innehar begge kjønnene egenskaper relatert til omsorg (Meadus, 2000, s. 6). I tillegg diskuterer Meadus (2000) barrierer knyttet til utdanning og opplæring av mannlige sykepleiere. Han påpeker at sykepleierutdanningen og kulturen rundt helsefagarbeidere kan være mangelfull når det gjelder å imøtekomme behovene til mannlige studenter. Dette kan føre til en følelse av isolasjon og mangel på støtte for mannlige sykepleierstudenter (Meadus, 2000, s. 5). Meadus (2000) sin forskning om barrierer er interessante å se på i vårt forskningsprosjekt for å undersøke om det kan ha noen sammenheng med de inntrykk og opplevelser våre helserekrutter har.

2.3.1 Hvem bør rekrutteres?

Å tiltrekke seg aktuelle søkere, samt foreta seleksjon av de best kvalifiserte er blant de viktigste funksjonene i en organisasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s. 254). I kapittel 1.1 argumenterte vi for fordeler med menn i helsesektoren. Til tross for mange fordeler er prosentandelen av menn fremdeles lav. Svare (2009) viser til økt behov for flere ansatte innen eldreomsorgen i årene fremover. Med dette som utgangspunkt reiser han spørsmålet om hvorfor så få menn velger å utdanne seg innen helsesektoren, og hva som kan gjøres for å øke andelen menn i eldreomsorgen. Svare (2009, s. 216) påpeker at noe av forklaringen til lav andel menn i helsesektoren er lav lønn og at yrket oppleves som kvinnelig. Videre viser Svare (2009, s. 216) sin studie at alder har en vesentlig påvirkning for om menn velger omsorgsykker. Årsaken mener han kan være at menn i ung alder trenger tid på å tilegne seg identitet som mann, og at mange opplever det som truende å krysse over til et fagfelt som tradisjonelt oppfattes som kvinnelig (Svare, 2009, s. 216). I tillegg viser studien at menn som

har hatt omsorg for barn sier at de har fått et annet forhold til omsorg og den kroppslige nærheten denne omsorgen innebærer. En siste faktor er at mange ønsket noe mer meningsfylt å jobbe med, og derfor orienterte seg mot et omsorgsyrke (Svare, 2009), noe som viser at voksne menn er en viktig målgruppe når det gjelder rekruttering til helsesektoren.

2.4 Oppsummering

I analysen vil vi anvende teorien i kombinasjon med tidligere forskning for å belyse ulike deler av empirien. Det vil derfor være nødvendig med en oppsummering for å samle de mest sentrale delene fra kapittelet. Vi har presentert Kaufmann og Kaufmann (2016), Jacobsen og Thorsvik (2020) og Martinsen (2015) sine perspektiver på motivasjon som beskriver hvordan motivasjon kan benyttes i resultatopptåelse, samt hva som får individer til å yte i ulike situasjoner. Dette er interessant for å forstå hvilke drivkrefter som får helserekruttene til å handle og hva som motiverer dem. Videre har vi forklart Herzbergs tofaktorteori, kognitiv evalueringsteori og forventningsteori som tar for seg hvilke krefter som kan ligge bak motivert adferd. Hertzbergs tofaktorteori kan være interessant å undersøke fordi den kan påpeke både hva som får menn til å velge, eventuelt ikke velge å jobbe som helsefagarbeider. Kompetanseperspektivet og hvilke drivkrefter som ligger bak egenutvikling i jobbsammenheng gjør seg gjeldende når vi videre gjør rede for kompetansebegrepet. Her støtter vi oss til Lai (2021) sin forskning om hvordan kompetanse og egenutvikling kan øke organisasjonens måloppnåelse og verdiskapning, og Regjeringen (2023) sitt syn på realisering av potensial for bedre bruk og utvikling av fagarbeidernes kompetanse gjennom hele yrkeslivet. Når det gjelder teorien tilhørende kompetanse og egenutvikling mener vi det er naturlig å anta at fokus på tema vil fremme rekruttering til sektoren.

Når utradisjonelle yrkesvalg gjør seg gjeldende, har vi valgt å se på menn og omsorg gjennom kjønnsperspektiver og personlighet. "Doing gender" av West og Zimmerman (1987) beskriver hvordan synet på kjønn innebærer at individer aktivt og kontinuerlig skaper og opprettholder kjønn i hverdagslige situasjoner gjennom interaksjon med andre mennesker. Med vår problemstilling som utgangspunkt kan vi her forvente at "Doing gender" hemmer rekruttering av menn til helsesektoren, i den grad omsorgsyrket oppfattes som kvinnelig. For å forstå omsorg beskriver vi Bratterud et al., (2006) sin forståelse av omsorg som begrep og menn sin utforming av omsorgsrollen. Videre presenteres Kaufmann og Kaufmann (2016) og Karterud (2017) sin forståelse av personlighetstrekk og hvordan femfaktormodellen potensielt kan bidra til å forutse hendelser og prestasjoner i arbeidslivet.

Avslutningsvis presenterer vi Svare (2009) sin forskning om hvorfor så få menn velger å utdanne seg innen helse- og omsorgssektoren og Meadus (2000) sin teori om barrierer som hindrer rekruttering av menn til omsorgsyrker. Vi oppfatter både Svare (2009) og Meadus (2000) sin forskning som en forklarende årsak til få menn i helsesektoren, men Meadus fremhever spesielt faktorer som hemmer.

Det teoretiske rammeverket presentert i teorikapittelet vil, sammen med tidligere forskning, bidra i ulik grad og på ulike måter inn i den videre analysen, men er samtidig ment som et utgangspunkt for forståelse av forskningsprosjektets fundament.

Videre vil vi forklare vår metodiske tilnærming, og de valg og betraktninger vi har gjort.

3 Metode

For å skape best mulig grunnlag for vårt forskningsprosjekt er det sentralt å velge riktig framgangsmåte, også kalt metode. Formålet med kapitlet er å presentere valg av metode, redegjøre for valget, samt forklare prosessen der vi samlet inn datamateriale. Videre vil helserekruertene i forskningsprosjektet presenteres, samt hvordan de ble rekruttert. Redegjørelsen danner grunnlag for forskningens troverdighet. Til slutt vil vi begrunne valg av metode for behandling av data. Innen all forskning er det viktig at man er klar over hvilke styrker og svakheter de ulike metodene innehar, da det kan påvirke måten informasjon og funn blir behandlet på underveis. Styrker og svakheter for den valgte metoden vil derfor bli diskutert underveis.

3.1 Forskningsdesign og metodisk tilnærming

Når det skal gjennomføres en undersøkelse er det mange valg og overveielser som skal gjøres. I en tidlig fase må det tas stilling til hva og hvem som skal undersøkes og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres (Johannessen et al., 2020). Innen forskning betegnes dette som forskningsdesign, og er en overordnet plan som forteller hvordan problemstillingen skal belyses og besvares. Man starter med å se på problemstillingen og vurderer hvordan undersøkelsen gjennomføres fra start til mål (Johannessen et al., 2020, s. 55). Etter som vi ønsker innsikt i helserekruertenes vei inn i utdanningsløpet og deres tilnærming til utdanningsløpet var det naturlig å velge intervju som metode. Intervju er den dominerende formen for datainnsamling i kvalitativ forskning og fører ofte til fyldige og detaljerte beskrivelser av det en studerer (Johannessen et al., 2020). Intervju som metode kan gjøre at vi kommer tettere på helserekruertene og at vi vil få en dypere forståelse av de ulike perspektivene til den enkelte helserekruert, noe som vil være avgjørende for at vi skal kunne besvare vår problemstilling så detaljert som mulig.

Vi anser det som hensiktsmessig å benytte en samfunnsvitenskapelig kvalitativ metode fremfor en kvantitativ metode, da vår intensjon ikke er å generalisere fra utvalget til en populasjon, men å forklare, beskrive og tolke et fenomen (Johannessen et al., 2020, s. 74). For å finne svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene våre, vil vi gjennomføre dybdeintervjuer av fire utvalgte helserekruertter fra Menn i helse. Samtlige helserekruertter er kommet omtrent halvveis i utdanningen til å bli helsefagarbeider. Vi vil gjennom kvalitativ metode se nærmere på faktorer som kan ha påvirkning på rekruttering av menn til helsesektoren, hva som motiverer dem til å velge helsesektoren, om det finnes personlighetstrekk som står sentralt hos helserekruertene, og om det eksisterer faktorer som i

større grad tiltrekker menn til helsesektoren enn andre. Individuelle meninger, oppfatninger, beskrivelser og forståelse av fagfeltet vil kunne fanges bedre ved å bruke kvalitativ metode, samt legge bedre til rette for å peke på hva som direkte eller indirekte påvirket valget av en karriere i helsesektoren.

Helserekruuttene vi intervjuet har til felles at de har valgt et komprimert helsefaglig utdanningsløp og at de er menn. Utover dette visste vi lite om helserekruuttene før oppstart. Vi ønsket derfor å benytte oss av en semistrukturert intervjuform. Det vil si intervju som har intervjuguide og tema fastsatt på forhånd, men som gir oss handlingsrom til å tilpasse spørsmålene etter situasjonen, samt at deltakerne får anledning til å uttale seg fritt om temaene (Johannessen et al., 2020, s. 108). Vi opplevde at helserekruuttene fort ble komfortable og at denne måten å intervju på fungerte godt, noe som kom til syne ved at de tydelig slappet mer av, satt mer tilbakeleent på stolen og hadde god kontakt med oss som forskere.

3.1.1 Litteratursøk

Litteratursøk kan være en tidkrevende prosess, men gode søk kan hjelpe forskeren i å finne verdifulle kilder (Nord Universitet, 2021). Vi gjorde et relativt grundig litteratursøk tidlig i prosessen for å danne en oversikt over forskningsfeltet og kartlegge hvilke teorier og perspektiver som er benyttet ved lignende forskningsprosjekter tidligere. Når man utfører et litteratursøk, bør man være klar over hva man leter etter, samt ha en plan for søket. Å identifisere konkrete nøkkelord er sentralt for å få til gode søk. Vi valgte å holde oversikt over nøkkelord og eventuelle synonymmer i en tabell. Vi benyttet primært Oria for å utføre litteratursøk både på norsk og engelsk.

Nøkkelord 1	Nøkkelord 2	Nøkkelord 3	Nøkkelord 4
Helse (eller) Helsesektor (eller) Sykepleie	Menn	Rekruttering	Utdanning (eller) Utdannelse (eller) Jobb
Health (or) Healthcare (or) Nurse	Menn (or) Male	Recruitment	Education (or) work

Vi oppdaget fort at det er gjort flere omfattende studier på menn i helsesektoren. Mange timer ble brukt til å gjøre et best mulig litteratursøk for å danne oss en oversikt over forskningsfeltet. De viktigste og mest sentrale studiene, samt annen relevant litteratur, er trukket ut og presentert som en del av teorikapittelet. Dette er videre diskutert opp mot våre funn i kapittel 5.

3.1.2 Metodisk samarbeid med Trøndelag Fylkeskommune

Masteroppgaven er et samarbeid med Trøndelag fylkeskommune og deres satsningsområde innen "Menn i helse". Samarbeidet har i stor grad bestått av møter, samt hjelp med å rekruttere deltakere til vår masteroppgave. Gjennom hele forskningsprosjektet har vi vært i tett dialog med representanter fra Trøndelag fylkeskommune, noe som for oss har vært til stor hjelp. I tillegg har vi deltatt på møte mellom fylkeskommunen og veiledere i NAV, samt infomøte for Menn i helse kull 2023 i regi av fylkeskommunen. Deltakelsen har holdt oss oppdatert på hvordan fylkeskommunen sitt samarbeid med NAV er, og hvordan fylkeskommunen informerer aktuelle nye helserekutter til utdanningsløpet. I rekrutteringsprosessen bidro representanter fra Trøndelag fylkeskommune med kontaktinformasjon til personer med kjennskap til aktuelle deltakere. Dette vil vi beskrive ytterligere i kapittel 3.3.

3.2 Utforming av intervjuguiden

Før vi startet intervjuprosessen utformet vi en intervjuguide som inneholdt relevante spørsmål for forskningsprosjektet. Arbeidet startet med en idemyldring som dannet grunnlag for at vi kunne strukturere og utforme gode spørsmål. Da intervjuguiden skulle utarbeides brukte vi Johannessen et al., (2020) sin modell som utgangspunkt. Vi ønsket at samtalen i intervjuet skulle dreie seg om helserekutternes opplevelser og erfaringer, samtidig som vi ville tilrettelegge for en dialog som var mest mulig fri. Ved at intervjuguiden ble utarbeidet tidlig i prosessen, fikk vi anledning til å teste spørsmålene på venner og familie. På den måten avdekket vi hvilke spørsmål som fungerte bra og hvilke som måtte omformuleres. Testingen av intervjuene gav samtidig en pekepinn på hvor lenge intervjuene kom til å vare, og vi fikk mulighet til å bli trygge på spørsmålene selv.

Alle intervjuene er gjennomført med utgangspunkt i samme intervjuguide (vedlegg 3). Samtidig ble hvert intervju unikt fordi vi stilte ulike oppfølgingsspørsmål til hver helserekutt med utgangspunkt i det de fortalte om. Intervjuguiden består av tre hovedtema i tillegg til et sett med åpningsspørsmål innledningsvis.

En utfordring med utforming av spørsmål til intervjuguiden var å ikke bli påvirket av forutinntatthet. Med dette mener vi at vi begge har bakgrunn fra henholdsvis helsesektoren og rekruttering. Det var derfor viktig for oss at vi ikke utformet spørsmål med bakgrunn i antagelser, og at spørsmålene ikke ble farget av det inntrykket vi allerede har om temaet vi forsker på. Vi forsøkte å være bevisst og heller bruke vår erfaring til å danne grunnlag for en fri samtale med utgangspunkt i helserekutternes fortellinger og synspunkt.

Som del av intervjuguiden valgte vi å inkludere en liste med følgende personlighetstrekk vi finner viktige med bakgrunn i egne erfaringer fra helsesektoren: ærlighet, sterk arbeidsmoral, emosjonell intelligens, selvmotivert, mye energi/ positiv holdning, evne til å samarbeide, og omsorg. Helserekruttene ble bedt om å rangere de ulike personlighetstrekkene på en skala fra 1-10 der 10 er høyeste skår, ut ifra hvor viktige de mente det var i jobben som helsefagarbeider. Vi valgte å gjøre dette for å bryte opp måten i stille spørsmål på, samt for å kunne ha bedre grunnlag for å sammenligne svarene. I ettertid ser vi at vi kunne gjort denne delen noe mer åpen, da vi potensielt gikk glipp av helserekruttene egne meninger tilknyttet tema ved å definere gitte personlighetstrekk. Selv om vi inkluderte spørsmål videre i intervjuguiden der helserekruttene ble bedt om å reflektere over egne personlighetstrekk, kan de ha blitt farget av det vi på forhånd hadde definert. På den andre siden ble det lettere for oss å sammenligne svarene når alle helserekruttene skulle forholde seg til de samme personlighetstrekkene.

3.3 Rekruttering av deltakere

Etter som vårt forskningsprosjekt er et samarbeid med Trøndelag Fylkeskommune, har representanter fra fylket vært behjelpelige med kontaktinformasjon til aktuelle deltakere. I og med at vårt forskningsprosjekt er såpass konkret var vi helt avhengig av at helserekrutter fra utdanningsløpet ønsket å delta. Vi kom tidlig i kontakt med fylkeskoordinator for prosjekt Menn i helse, som videresendte vår henvendelse til faglærere for helselekruttene. Dette resulterte i fire interesserte helserekrutter. Vi fikk derfor svært god hjelp med rekruttering til forskningsprosjektet. Helserekruttene mottok noe informasjon om intervjuet før gjennomføring, men vi hadde ikke direkte kontakt før selve intervjudagen.

Gjennom intervjuprosessen gjorde vi fortløpende vurderinger på om det var nødvendig å intervju flere helserekrutter. En gylden regel er at det bør gjennomføres intervjuer til forskeren ikke lenger får noen ny informasjon (Johannessen et al., 2020, s. 74). Hadde vi intervjuet flere kunne vi sannsynligvis fått flere aspekter og vinklinger av det å være helserekrutt i et komprimert utdanningsløp. Dog opplevde vi god variasjon i refleksjoner og opplevelser blant de vi intervjuet. På bakgrunn av oppgavens omfang og rammer vurderte vi derfor datamaterialet som tilstrekkelig fylldig til sitt formål.

3.4 Utvalg

Å velge hvem som skal være med i en undersøkelse, er en viktig del i all samfunnsforskning (Johannessen et al., 2020, s. 57). For å få svar på vår problemstilling ble det gjort et strategisk utvalg sånn at helserekruttene skulle kunne uttale seg på en reflektert og

hensiktsmessig måte om temaet. Utvalgskriteriene som lå til grunn for masteroppgaven ble derfor at helserekruuttene måtte være i gang med utdanningsløpet til å bli helsefagarbeider, og at de måtte være menn. Det siste kriteriet regulerte seg noe selv da de fleste som går utdanningsløpet vi har tatt utgangspunkt i, er menn. I prosessen med å rekruttere deltakere bestemte vi oss for at vi ønsker å ta utgangspunkt i helserekruuttene som var kommet omtrent halvveis i utdanningsløpet. Årsaken til det er at helserekruuttene på det stadiet har god nok innsikt i fagretningen de har valgt gjennom å ha vært i praksis, samt at de er i gang med den faglige delen av utdanningsløpet, men at de på den andre side ikke er påvirket i stor grad av potensielle kulturer, miljø eller andre holdninger som finnes på en arbeidsplass med andre helsefagarbeidere. En annen faktor var at vi ønsket variasjon i alder blant helserekruuttene. Dette for å få innsikt i det å starte et komprimert og relativt intenst utdanningsløp i ulike faser av livet. Med bakgrunn i nevnte kriterier ble vårt utvalg bestående av fire helserekruutter. For å ivareta personvern har vi utelatt alder, men alle helserekruuttene vi intervjuet var i alderen 30-55 år. I det følgende kommer en presentasjon av helserekruuttene:

Navn	Bakgrunn
Helserekruutt 1	Fagbrev
Helserekruutt 2	Akademisk utdanning
Helserekruutt 3	Akademisk utdanning
Helserekruutt 4	Selvstendig næringsdrivende

Som vist i tabellen var flere av helserekruuttene langt på vei i ulike karriereveier, men av ulike årsaker har de valgt å endre kurs.

3.5 Gjennomføring av intervjuer

Alle intervjuene ble gjennomført på samme dag, tidlig i januar 2023. Vi ønsket å legge til rette for at helserekruuttene skulle bestemme tidspunkt og sted for gjennomføring selv. Derfor ble alle intervjuene gjennomført på helserekruuttens daglige tilholdssted, altså ved Trondheim voksenopplæringscenter videregående skole. Helserekruuttene fikk fri fra undervisning til å delta. Trondheim voksenopplærings videregående skole var behjelpelige med utlån av møterom, noe som gjorde at intervjuene ble gjennomført i rolige omgivelser og uten forstyrrelser. Et informert samtykke er svært viktig for å sikre at deltakerne er kjent med forskningsprosjektets formål, fortrolighet og mulige fordeler og ulemper ved å delta (Kvale &

Brinkmann, 2015, s. 104). Helserekruuttene fikk derfor tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema (Vedlegg 2). I forkant av alle intervjuene ble informasjonsskrivet og samtykkeskjema nøye gjennomgått. Vi var spesielt nøye med å presisere muligheten til å trekke samtykke, samt avklarte at det var i orden å gjøre lydopptak av intervjuet sånn at vi skulle huske alt som ble sagt i detalj. Alle helserekruuttene gav samtykke og signerte på samtykkeskjema.

Etter at samtykkeskjemaet var signert, begynte vi intervjuene med en løs samtale om helserekruuttens bakgrunn før vi gikk over til hoveddelen av intervjuet. Under intervjuet la vi vekt på å skape en så trygg og åpen situasjon som mulig. I og med at vi var to forskere som deltok var vi bevisst at det kunne oppleves som ukomfortabelt med en "to-mot-en" situasjon. Vi brukte derfor et rundt bord hvor vi plasserte oss med lik avstand for å myke opp uttrykket og skape en inkluderende atmosfære. Vi hadde på forhånd av intervjuet delt oppgaver mellom oss. En av oss skulle lede intervjuet, mens den andre skulle ta notater og kunne stille oppfølgings spørsmål der det var nødvendig. Vi opplevde at det fungerte fint og at vi fikk god flyt mellom oss.

Under selve intervjuene opplevde vi noe variasjon i hvor mye helserekruuttene delte og hvor snakkesalige de var. Noen helserekruutter snakket fritt rundt temaene uten at intervjuer i særlig grad trengte å styre samtalen. Andre svarte mindre utfyllende, og det var et større behov for å stille oppfølgings spørsmål for å sikre at vi fikk et mer fullstendig datagrunnlag. I tillegg var det språkutfordringer i ett av intervjuene, noe som medførte at vi måtte forklare spørsmålene flere ganger på forskjellige måter for å sikre at spørsmålet ble oppfattet korrekt.

Felles for alle intervjuene var at intervjuguiden fungerte som en støtte og et hjelpemiddel slik at vi var sikre på at vi stilte spørsmål rundt temaene vi hadde definert på forhånd.

Alle intervjuene ble avsluttet med å stille spørsmål om det var noe helserekruuttens ønsket å tilføye eller om det var noe de følte de ikke fikk fortalt. De fleste var fornøyd med det som hadde blitt sagt i intervjuene, mens andre benyttet muligheten til å understreke tidligere poeng. Alt i alt opplever vi at vi sitter igjen med et fruktbart datamateriale som danner grunnlag for forskning innen flere tema.

3.6 Databehandling

Det er ikke uvanlig å sitte igjen med en mengde notater, nedtegnelser eller lydfiler etter en kvalitativ undersøkelse, også kalt rådata (Jacobsen, 2022). Ofte kan det oppleves som vanskelig å se sammenheng i datamaterialet. Det er derfor nødvendig å starte med å

organisere datamaterialet for å få oversikt og identifisere spesielle mønstre (Johannessen et al., 2020).

3.6.1 Fra tale til tekst

For å skape best mulig oversikt over datamateriale, kombinerte vi tekstreduksjon og koding slik Skilbrei (2019) beskriver det. Dagen etter intervjuene ble gjennomført gikk vi i gang med å transkribere lydopptakene, noe som var en tidkrevende prosess. Målet med transkriberingen var å danne grunnlaget for videre tolkning og analyse. Vi var nøye med å gjengi intervjuene så detaljert og nøyaktig som mulig. Vi valgte å utelate trekk ved intervjuene som for eksempel tenkepauser, latter og annet som beskriver stemningen i intervjuet da vi var på jakt etter det som faktisk ble sagt framfor måten det ble sagt på. Grunnen til at vi var såpass nøye var ikke bare at det letter analysen for forskeren, men også at det åpner for kontroll av rådata for andre som vil ønske det for å se om tolkningene forskeren foretar, er gode nok (Jacobsen, 2022, s. 211). Da transkriberingen var ferdigstilt, lagde vi et sammendrag av hvert enkelt intervju. I faglitteraturen brukes begrepet annotering til å beskrive et kortfattet sammendrag av en større helhet, og er en viktig del av analysen (Jacobsen, 2022, s. 214). Her fokuserte vi spesielt på å fange opp tendenser og gjentakende tematikk. Under selve analysen fungerte annoteringen som en indeks vi kunne slå opp i for å finne spesielle utsagn, sitater eller spesielle hendelser. Tanken med å bearbeide datamaterialet på denne måten er at meningsinnholdet fra intervjuene skal sees i sammenheng med hverandre, og ikke bare analyse av det ene eller det andre separat (Jacobsen, 2022, s. 215). Videre startet arbeidet med å kode og kategorisere hvert intervju.

3.6.2 Koding og kategorisering

Da transkriberingen var ferdig, startet jobben med å kode og kategorisere datamaterialet. Vi benyttet empirinær koding, noe som innebærer at man bruker begreper som allerede finnes i datamaterialet og på den måten skaper koder som er nærliggende det intervjudeltakere har sagt (Tjora, 2018, s. 38). Vi startet med å skrive ut transkripsjonene så vi hadde god oversikt over datamaterialet. Videre brukte vi fargetusjer for å skille ulike tema, og noterte koder i margin. Da vi var ferdige med kodeprosessen satt vi igjen med totalt 152 koder fordelt på de fire intervjuene. Det var derfor nødvendig å sortere kodene og utsagnene inn i en systematisert tabell for å kategorisere materialet. Vi jobbet med å finne koder som hadde sammenheng med hverandre, og slo disse sammen i de ulike kategoriene. Eksempelvis dukket det opp uttalelser og utsagn vedrørende motivasjon i flere deler av intervjuet. Vi samlet derfor alle utsagnene som omhandlet motivasjon under samme kategori. Ved å kode og kategorisere materialet fikk vi undersøkt om det var noen mønstre i når og hvordan forskjellige tema dukker opp, og hvordan tema var sammenkoblet (Skilbrei, 2019, s. 183).

Denne prosessen resulterte i at vi sto igjen med tre hovedkategorier av identifiserte funn. De tre hovedkategoriene omhandlet motivasjon, kjønn og omsorg, og rekruttering. I denne delen av prosessen ble datamaterialet betydelig innsnevret og vi fikk oversikt over de mest sentrale funnene fra intervjuene.

3.7 Forskningsetiske betraktninger

En undersøkelse innebærer som regel at vi bryter inn i enkeltindividers privatsfære (Jacobsen, 2022, s. 47). Det er derfor viktig at vi som forskere er bevisste vår rolle og tar hensyn til helserekruuttene på best mulig måte. Ifølge forvaltningsloven er all informasjon som kan tilbakeføres til enkeltpersoner, taushetsbelagt (Johannessen et al., 2020, s. 50). Derfor har vi anonymisert alle helserekruuttene vi har intervjuet. De omtales som helserekruutt 1-4. Videre har vi ikke inkludert noen personlige opplysninger, og helserekruuttene ble informert om at de ville anonymiseres på forhånd. Forskningsprosjektet er meldt inn til og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata, med referansenummer 753761 (NSD, vedlegg 1). I forkant av intervjuene var vi tydelig på at samtykke til deltakelse kunne trekkes tilbake når som helst uten spesiell grunn og at det ikke ville ha noen konsekvenser for helserekruuten. Vi var nøye med å informere om dette spesielt med tanke på at tema fra intervjuet kan oppleves som personlige og sensitive.

3.8 Forskningskvalitet

Som forsker har man med seg verdier, motiver og blinde flekker som skapes uavhengig av forskerens kunnskaper, erfaringer eller preferanser (Skilbrei, 2019). Vi vil derfor i følgende redegjøre for vårt forskningsprosjekt sin kvalitet gjennom gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.

3.8.1 Gyldighet (validitet)

Gyldighet handler om en *logisk sammenheng* mellom forskningsprosjektets utforming og funn, og de spørsmål man søker å finne svar på, altså forholdet mellom undersøkelsen og den verden den undersøker (Tjora, 2021, s. 260). Johannessen et al., (2020) beskriver gyldighet som intern validitet, og forklarer det som om vi måler det vi tror vi måler. Med Tjora (2021) og Johannessen et al., (2020) sine definisjoner som utgangspunkt kan vi si at kvalitative undersøkelser ikke er valide fordi de ikke kan måles. Dog kan validitet i kvalitative undersøkelser dreie seg om i hvilken grad våre fremgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2020, s. 250).

For å besvare problemstillingen vurderte vi dybdeintervju som den beste metoden for datainnsamling. Tjora (2021, s. 31) vektlegger at dybdeintervju kan brukes til å fortelle om hvordan deltakerne *tenker om* egen praksis. Helserekruttenes fortellinger og opplevelser må derfor ikke forstås som en refleksjon av den faktiske virkeligheten, men snarere en forståelse av deres subjektive forståelser. Vi er altså opptatt av helserekruttenes opplevelse av deres utdanningsvalg og bakgrunn for valgene som er tatt, og ikke av den objektive virkeligheten.

Videre har vi som del av de teoretiske perspektivene beskrevet tidligere forskning. Å benytte seg av tidligere forskning for å bekrefte sine egne funn kan føre til at forskningen blir konservativ, dog er ikke dette nødvendigvis negativt da ny kunnskap må utvikles i meget små skritt (Tjora, 2021, s. 262). Vi kan styrke gyldigheten ved å redegjøre for det teoretiske utgangspunktet for analysen, og på den måten invitere leseren til selv å vurdere forskningens relevans og presisjon (Tjora, 2021, s. 262). Vi har forsøkt å ha sterkt fokus på å gi et tydelig teoretisk utgangspunkt, av hensyn til en kompleks problemstilling. Basert på Tjora (2021) sine vurderinger anser vi derfor vårt teoretiske grunnlag og valg av tidligere forskning som et godt utgangspunkt for å analysere hva som fremmer eller hemmer rekruttering av menn til helsesektoren.

3.8.2 Pålitelighet (reliabilitet)

Enkelt sagt handler pålitelighet om *intern logikk* eller *sammenheng* gjennom hele forskningsprosjektet (Tjora, 2021, s. 259). Det vil si hvilke data som brukes, hvordan de samles inn, og hvordan de bearbeides (Johannessen et al., 2020, s. 250). Som forsker i et kvalitativt forskningsprosjekt bruker man seg selv som instrument (Johannessen et al., 2020, s. 250). Et sentralt moment når pålitelighet skal vurderes er derfor å vurdere vår rolle som forskere. I vårt tilfelle kan det at en av forskerne har lang fartstid fra ulike nivå innen helsesektoren, tenkes å påvirke vår fortolkning av empirien. Samtidig vil fullstendig nøytralitet være tilnærmet umulig innen kvalitativ forskning. Vi har tilstrebet åpenhet fremfor forutinntatthet i møte med helserekruttene slik Tjora (2021) beskriver som fordelaktig, samtidig som at det har vært nyttig for oss å ta vare på engasjementet. På bakgrunn av dette vil vi argumentere for at vår posisjon i forskningsfeltet, kombinert med en åpen nysgjerrighet på helserekruttenes egne opplevelser og erfaringer, har vært en viktig ressurs i vår masteroppgave.

For å styrke påliteligheten ble det viktig å utarbeide åpne spørsmål for ikke å lede helserekruttene i en bestemt retning. Bruk av direkte sitat fra intervjuet, som presentert i analysen, er med på å styrke påliteligheten til forskningen da helserekruttene sine opplevelser ble tydeliggjort (Tjora, 2021, s. 265). Sitatene som er benyttet i oppgaven har vi

valgt for å både få fram tendensene, felles erfaringer fra helserekruttene, samtidig som vi ønsket å få fram variasjonen i forståelsen av deres virkelighet.

3.8.3 Overførbarhet (generalisering)

Det tredje og siste kriteriet for å vurdere datamaterialets kvalitet er overførbarhet, også kalt generalisering. Generalisering er knyttet til forskningens relevans ut over de enheter som faktisk er undersøkt (Tjora, 2021, s. 260). Formålet med å undersøke overførbarheten er å finne ut om forskningsprosjektet kan overføres til liknende fenomener, og om vi lykkes med å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det som studeres (Johannessen et al., 2021, s. 251-252).

For at vår forskning skal være relevant for flere enn bare deltakerne i forskningsprosjektet har vi vektlagt konseptuell generalisering, hvor formålet er å utvikle innsikt knyttet til et fenomen, og hvor denne innsikten kan presenteres og testes ved en form for konsept- eller teoriutvikling (Tjora, 2021, s. 268). Vi har hatt fokus på å bearbeide datamaterialet etter systematisk koding og kategorisering og på den måten forsøkt å gi et helhetlig bilde av helserekruttenes opplevelser og erfaringer. Det vil trolig ikke la seg gjøre å overføre funnene i forskningsprosjektet i full bredde til hele helsesektoren, men ved å gjøre forskningen av generell karakter kan det tenkes at våre funn vil kunne gjelde for helserekrutter i samme bransje, både i Norge og resten av verden.

4 Empiriske funn

I dette kapitlet vil vi presentere de empiriske funnene fra den kvalitative undersøkelsen. Funnene presenteres i grove trekk og vil bli analysert i neste kapittel. Etter bearbeidingen av intervjuene gjennom transkribering, koding og kategorisering ble det identifisert tre hovedkategorier som danner utgangspunkt for videre analyse i oppgaven. De tre hovedkategoriene er *motivasjon*, *kjønn og omsorg*, og *rekruttering*. De empiriske funnene presenteres kategorisk videre og vil danne grunnlaget for analysen. For å belyse funnene vil vi anvende sitater fra intervjuene med helserekruttene fortløpende i kapitlet.

4.1 Motivasjon

Den første hovedkategorien som ble identifisert omhandlet motivasjon. Gjennom undersøkelsen kommer det fram hos flere av helserekruttene at de motiveres av ulike forhold som videre kan kategoriseres under indre og ytre motivasjon.

4.1.1 Indre motivasjon

I undersøkelsen kommer det fram at flere av helserekruttene motiveres av indre faktorer. De finner det svært nyttig å være en del av et strukturert og oversiktlig utdanningsløp, med konkrete delmål underveis. Felles for helserekruttene er at de har valgt å endre yrkesretning og startet et komprimert utdanningsløp innen helsesektoren. Helserekrutt 2 forteller følgende:

"Også var det litt sånn at det var et strukturert opplegg og kjente at jeg trengte et strukturert opplegg å gå inn i, fordi jeg ikke lenger klarer å strukturere min egen hverdag".

Helserekrutten forteller om det å ha tydelige rammer og konkrete kortsiktige mål som kan være mulig å nå. Videre er det viktig for helserekruttene å kunne forholde seg til et utdanningsløp hvor det er klare retningslinjer og et ferdig opplegg. Helserekrutten ser selv hvilke rammer han trenger og finner trygghet i et strukturert utdanningsløp, noe som kan skape en indre motivasjon og drivkraft.

Helserekrutt 1 forteller dette om sin motivasjon for å delta:

" (...) jeg klarer sikkert å jobbe i 15 år til, derfor hoppet jeg på. Jeg har fått såpass mye god helsehjelp selv opp gjennom livet at jeg mener at jeg kanskje kunne ha noe å bidra med i helsesektoren. Derfor Menn i helse."

Helserekrutten ønsker fremdeles å jobbe i mange år til, og han ønsker å kunne bidra i samfunnet med å jobbe innen helsesektoren. Hans indre motivasjon er et ønske og tro på at han som menneske vil kunne gjøre noe for andre. Å være villig til å gjøre endringer i yrkesvalg kan potensielt øke motivasjonen. Det å selv erkjenne at å finne motivasjon i nødvendige endringer, vil være en styrke for å klare å gjennomføre.

Før oppstart av utdanningsløpet har helserekruddene sett på Menn i helse som en vei til å jobbe med mennesker. Relasjonen til andre mennesker som har behov for hjelp ble derfor en egen indre motivasjon. Helserekrudd 4 sier:

“Det er appellerende å jobbe med mennesker, det er en takknemlig jobb, for de er jo så glade for å se meg, ofte mange ganger om dagen om de ikke husker.”

Dette er felles for alle helserekruddene, altså en indre motivasjon til å jobbe med mennesker. Et av spørsmålene våre var om helserekruddene hadde familiemedlemmer eller nære venner som jobbet innen helsesektoren, noe alle helserekruddene hadde i større eller mindre grad. De fant både inspirasjon og motivasjon i det, noe som kunne vært et utgangspunkt for å finne aksept for valgene de har tatt. Selv om alle helserekruddene hadde familiemedlemmer eller venner som jobbet innen helsesektoren, oppgir ingen av helserekruddene at det var utslagsgivende for valget. De opplevde derimot støtte i valget som viktig.

4.1.2 Ytre motivasjon

Vi har nå sett på den indre motivasjonen til helserekruddene. Videre vil vi se nærmere på den ytre motivasjonen. Med ytre motivasjon menes hva som kommer fra omgivelsene der det ligger en type belønning i den andre enden.

Utdanningsløpet er kort og komprimert, noe som gjør at helserekruddene vil komme relativt raskt ut i jobb. Et av spørsmålene i intervjuet handlet om viktigheten av god lønn. Ingen av dem svarer at lønn er en stor motivasjonsfaktor, men alle nevner lønn som viktig på flere tidspunkt i løpet av intervjuene. Dette kan vise at lønn er en underliggende ytre motivasjonsfaktor. Når vi spør om hvorfor de ble tiltrukket av utdanningen, uttaler helserekrudd 3:

“Jeg har allerede barn, og må passe på å ha inntekt. Det er vanskelig for meg å starte å studere, og få utdanning, det var aktuelt tidligere, men nå må jeg jobbe, studere, og ha praksis.”

Helserekrutten ønsker en utdanning som er kort, og som raskt gir mulighet for jobb og inntekt, men som samtidig kan by på en livslang karriere. Han ser ikke for seg en langvarig

utdannelse hvor han ikke har muligheten til å tjene penger innen rimelig kort tid, noe som ble en motivasjon i valget. Helserekruitt 1 svarer på samme spørsmål:

“Det har stor betydning det økonomiske aspektet rundt det, og at jeg er en forholdsvis voksen veletablert mann, og en samboer med forståelse for at det kan bli 3 år med ganske eller betydelig redusert inntekt”.

Helserekrutten fremmer å motta aksept og forståelse fra familien. Samtidig kan forventningsavklaringer i forhold til inntekt og hva utdanningsløpet innebærer økonomisk være avgjørende for denne aksepten og forståelsen. Helserekruitt 2 forteller følgende om hvor viktig lønn er for motivasjonen:

“Men det er klart at penger spiller jo en stor rolle, og utsikten til en jevn og stabil inntekt, selv om du vil nå et tak i forhold til lønn. Når jeg tenker over det, så er det jo viktig. Jeg har jo ønsker om å kunne eie en bolig og sånn som det. Jeg kan ikke si at høy lønn egentlig har vært det som har motivert meg. I praksis er det ikke så viktig, men jeg vet jo det er viktig”

For denne helserekrutten er en stabil inntekt viktig når han ser på livssituasjonen fram i tid. Han ser jobben som helsefagarbeider som en mulighet til å ha en stabil jobb og med en jevn inntekt. Videre forteller han at det som er mest motiverende er muligheten til å kunne realisere boligdrøm i fremtiden, noe som kan være den indre drivkraften som skaper motivasjon for å nå et mål.

Helserekruitt 4 trekker frem at å jobbe i turnus med de økonomiske tilleggene en kan få for å jobbe på ugunstige tidspunkt, vil være en motivasjon. Selv om samme helserekruitt ser at turnusarbeid vil kunne bli utfordrende. Han forklarer:

“Det er klart det genererer 100 000 ekstra i inntekt at en går turnus, så noe fint er det med å jobbe i turnus.”

På vårt direkte spørsmål om hvor viktig lønn er for helserekruittene er det som sagt ingen av helserekruittene som gir uttrykk for at lønn er en veldig viktig motivasjon, til tross for at lønn er et tema som alle helserekruittene tar opp under flere av de andre spørsmålene i intervjuene. Noe som viser at lønn er en viktig motivasjonsfaktor.

Vi ser gjennomgående at helserekruittene er opptatt av trygghet i fremtiden i form av inntekt og en stabil jobb. En av helserekruittene nevner trygghet i å jobbe i kommunen som avgjørende for valget om å bli helsefagarbeider. Helserekruitt 4 sier følgende:

“Så er jo kommunen en stabil arbeidsgiver, noe som også er litt viktig etter koronaen, merker jo at det er greit å ha noe trygghet i ryggen.”

4.1.3 Kompetanse og egenutvikling som motivasjon

Vi spurte helserekruttene om hvordan det går nå som de har vært under utdanning en periode, og om de har vært inne på tanken om å slutte underveis, det hadde ingen av dem. Felles for dem alle er at de finner mye motivasjon i lærerne, de teoretiske fagene på skolen, og i praksisperiodene.

Helserekrutt 1 forteller:

“Jeg forventer ikke mindre av meg selv enn at jeg gjør så godt som jeg kan, og det har jo resultert i karakteren 6 i alle fag, inkludert kroppsøving. Det krever mye arbeid, det gjør det. Også har det blitt litt sånn, ja etter å ha kommet inn i pleie og omsorgsyirket da, så skulle det bare mangle at jeg ikke gjør så godt som jeg overhode kan. Og det er et mål jeg har satt meg selv at jeg skal få til å gi den pleieomsorgen som jeg best mulig kan, og da må jeg gjøre det godt på skolen.”

Denne helserekrutten er opptatt av resultatoppgåelse. Det å få gode karakterer er drivkraften, og målet er omsorgen for pasientene han ønsker å gi.

Det kommer frem i svarene fra de andre helserekruttene at lærerne og de teoretiske fagene er en viktig faktor for å kunne prestere. Helserekruttene 3:

“Jeg er glad for at vi har god kontakt med lærerne. Jeg vet at lærerne ønsker å hjelpe deg, og de støtter deg. Jeg er veldig glad for at vi har god dialog.”

Helserekrutten gir uttrykk for at relasjonen med lærerne er viktig, han ser på dem som rådgivere og gode støttespillere.

Vi spurte helserekruttene hva som har vært den største motivasjonen underveis. Felles for alle er relasjonen og møtene med pasientene. Helserekrutt 1 forklarer det slik:

“Pasientene, den daglige omsorgen jeg har for pasientene, og det å følge opp pasientene, det har vært motivasjonen min. Det å ha omsorg for andre mennesker som jeg har fått et forhold til, og føler en omsorg for, og har fått følelser for, det har vært motivasjonen hele veien. (...) Det å våkne opp på morgenen å vite at du kan gjøre en forskjell for noen som har det litt dårligere enn det jeg har, det er det som gjør at jeg synes dette er fantastisk.”

Samme helserekrutt sier følgende om hvor viktig skolen er:

“Jeg synes jeg lærer noe på skolen hver dag som jeg kan relatere til noe jeg har gjort eller det jeg skal gjøre, som gjør at jeg kan gi bedre pleie. Så det å gå på skolen og vite at det jeg skal lære i dag, får jeg mest sannsynlig bruk for i praksis, det er en kjempemotivasjon. For vi lærer noe hver dag.”

Helserekruddene er bevisst i forhold til det de lærer i de teoretiske fagene, og at de ser viktigheten av det de lærer i forhold til det videre arbeidet som skal gjøres. Evnen til å omsette det du lærer i teorien til praksis i møtet med pasientene og i arbeidshverdagen hvor pasientene står i fokus, ser denne helserekrudden på som et nyttig verktøy. Helserekrudd 4 nevner følgende om sitt praksissted:

“Jeg har vært ekstremt heldig, veldig kollegialt miljø, det er lett å komme en halvtime for tidlig, så tar du en ekstra kopp kaffe før du starter.”

For denne helserekrudden har kolleger og et godt arbeidsmiljø mye å si, og han finner drivkraft i møte med sine kollegaer på jobb. Vi har ingen spørsmål som går direkte på hva som ikke motiverer, men helserekruddene forteller følgende når de forteller om hva de ser på som utfordringer med å velge som de har gjort.

Helserekrudd 4:

“Turnus! Det tror jeg nok alle som jobber innen helse synes.”

Helserekrudd 2:

“Nei, det er jo kanskje utsikten til å ikke kunne gjøre en god nok jobb. På grunn av eldrebølge og av mangel på ressurser.” (...) “Jeg synes jo det er stressende å ha tidspress og skulle gjøre en god nok jobb, og samtidig føle at jeg ikke kan gjøre det.”

Helserekrudd 4 sier at han synes det mest utfordrende for han personlig vil være å jobbe i turnus. Helserekruddene har ulikt syn på hva som ligger i det mest utfordrende med å ha tatt yrkesvalget. Helserekrudd 2 forteller om en opplevelse av en hektisk arbeidshverdag og at de er underbemannet. Det å hele tiden jobbe under tidspress og samtidig gi kvalitet i tjenestene ser han på som en utfordring. På sikt kan det føre til mistrivsel og at motivasjonen kan endre seg.

Helserekrudd 2 hadde en høy akademisk utdanning før han startet utdanningsløpet i Menn i helse. Han reflekterer rundt noen betraktninger i forhold til hans posisjon når han er ute i praksis:

“Også er det en viss ego-utfordring knyttet til å være litt sånn rangert lavest i hierarkiet på praksisplassen, sånn som jeg opplever det.”

Denne helserekrutten var den eneste som ga uttrykk for rangering i hierarkiet på praksisplass, han utdyper ikke sitatet noe mer. Til tross for følelsen av å være lavest rangert, klarer han å finne motivasjon i ny læring og nye opplevelser på praksisplassen. Han gir ikke uttrykk for at han blir påvirket negativt av følelsen han beskriver. Samtidig kaller han det en utfordring, så noe negativ påvirkning virker det som at det er.

4.2 Kjønn og omsorg

Den andre hovedkategorien som ble identifisert etter den kvalitative undersøkelsen omhandlet kjønn og omsorg. Gjennomgående i intervjuene uttrykker helserekruttene at de trives godt med valget de har tatt, og at de ikke opplever at deres kjønn skaper utfordringer eller setter begrensninger i deres hverdag. Snarere tvert imot hevder flere at kjønn bidrar til balanse på arbeidsplassen og at pasientene verdsetter muligheten til å motta omsorg fra begge kjønn.

4.2.1 Utradisjonelt valg

Helserekruttene har ulike betraktninger i forhold til om de finner valget sitt utradisjonelt, dog opplever ingen av helserekruttene valget som utradisjonelt i negativ forstand. De baserer sine fortellinger både på egne opplevelser og tilbakemeldinger fra andre. Helserekrutt 2 og 4 forteller henholdsvis følgende på spørsmål om de finner valget sitt utradisjonelt:

“Ja, det er vel det. Jeg tenker at menn tradisjonelt ikke har vært i omsorgsykker. Jeg opplever ikke at det er noe sånn superradikalt ved det da. Det har vært en endring i mange tiår nå egentlig på området, men det er jo fremdeles kanskje noe utradisjonelt ved det.”

“Jeg tror faktisk mer det var mer kjønnsrettet tidligere og noe mer stigmatisert når jeg gikk på barne- og videregående skole for å ta sånne valg.”

Ingen av helserekruttene finner valget veldig utradisjonelt i dag, men at det var mer utradisjonelt tidligere.

Helserekrutt 1 sier:

“Ja, på flere måter, og heller ikke. Jeg har en bonussønn som er sykepleier og jeg har to bekjente som er med i Menn i helse. Men til å være såpass voksen som meg

og ha tjent så godt i tidligere yrker, for så å gå så mye ned i lønn, så er det utradisjonelt.”

Siden han kjenner flere menn som jobber innen helse ser ikke helserekrutten valget som utradisjonelt. Han mener at det mest utradisjonelle i hans valg er at han er såpass voksen og at han tidligere har vært i et godt betalt yrke. Det å skifte retning og gå inn i et yrke som ifølge helserekrutten oppleves som et dårlig betalt yrke, mener han kan være utradisjonelt. I forhold til lønn mener helserekrutten at han på den måten bryter de tradisjonelle kjønnsnormene i samfunnet.

I intervjuet blir det tydelig at det ikke handler så mye om kjønn, men om personlighet, livserfaring og tidligere arbeidserfaring. Flere av helserekruttene fremhever at de har et annet utgangspunkt enn mange av de yngre allerede utdannede helsefagarbeiderne, og at de derfor kan være et godt tilskudd for de pleietrengende. At man er på et annet sted i livet og kan relatere til pleietrengende sine behov danner også utgangspunkt for muligheten til en litt annet samtale med brukerne.

Det er tydelig at å gi omsorg til pasientene er noe som helserekruttene finner meningsfylt. Helserekrutt 2 forteller hva som motiverer han i praksis:

"Nei, jeg vil jo si at jeg synes det er interaksjonen med brukerne på en måte da. Er kanskje det som gir mest følelse av mening.”

Han legger vekt på relasjonen og samhandlingen med brukerne, hvor han som tjenesteyter og pasientene kan påvirke hverandre til en relasjon gjennom kommunikasjon. Vi ser her at helserekruttene verdsetter de mellommenneskelige relasjonene i jobben som helsefagarbeider og at de finner disse relasjonene svært meningsfylt.

4.2.2 Personlighetstrekk

På forhånd av undersøkelsen hadde vi plukket ut noen personlighetstrekk vi mener er viktige i jobben som helsefagarbeider på bakgrunn av egne erfaringer fra helsesektoren. Trekkene som skulle rangeres var: ærlighet, sterk arbeidsmoral, emosjonell intelligens, selvmotivert, mye energi/ positiv holdning, evne til å samarbeide, og omsorg. Vi ønsket å undersøke hvilke av disse trekkene helserekruttene mente var de viktigste. Personlighetstrekkene skulle rangeres på en skala fra 1-10, der 1 er uviktig og 10 er viktig.

Trekkene ble av helserekruttene i gjennomsnitt rangert slik:

- Omsorg: 9,75
- Ærlighet: 9,24

- Evne til å samarbeide: 9,12
- Sterk arbeidsmoral: 9
- Emosjonell intelligens: 8,25
- Mye energi/ positiv holdning: 8
- Selvmotivert: 7,75

Som vi ser, anser alle helserekruttene omsorg som viktigst. *Ærlighet* rangeres som nest høyest. Helserekrutt 4 begrunner rangeringen slik:

“Ærlighet, det synes jeg i utgangspunktet er en 10’er. 10 er altså utgangspunktet, men det er jo ikke alt man alltid forteller. Ja, det betyr ikke at man alltid er uærlig. Man kan justere informasjon og gradvis slippe informasjon, avhengig av situasjonen. Kanskje man reflekterer først før man sier det. Man må jo være sikker på at ting man gjør er det riktige. Man skal jo ikke skjule noen ting for noen, men det er ikke uærlig å avvente og vurdere for å ta de riktige beslutningene, så ærlighet er veldig viktig.”

Det helserekruttet i utgangspunktet reflekterer rundt her er omsorg og lojalitet til pasientene. Med denne innstillingen er han bevisst på hva som kommuniseres med pasienter og pårørende for å beskytte og verne de involverte. Dette handler om viktigheten av å kunne reflektere før han tar beslutninger til det beste for pasienten.

Emosjonell intelligens blir rangert som nummer 5. Helserekrutt 1 mener følgende:

“Jeg kan ha utfordringer med å være profesjonell i møte med enkelte pårørende blant annet. Det er ikke bra å være for emosjonell eller for følelsesmessig involvert. Der har jeg ikke blitt så god ennå som jeg kanskje burde være. Jeg tar lett til tårene, andre kan se på det som en god egenskap. Det er kanskje mer heldig å ikke være emosjonelt involvert eller personlig engasjert i pasientene.”

I sitatet kommer det frem at også omsorg for pårørende står sterkt, på lik linje med pasientene. Denne helserekruttet er ikke redd for å vise følelser, men spør seg selv om det er en god egenskap eller ikke.

Helserekrutt 2 sier:

“Jeg vil si at hovedstyrken min er å være i stand til å lytte og å se den andre. I tillegg står omsorgsfullheten ganske sterkt hos meg.”

Omsorgen for andre mennesker står sterkt hos denne helserekruttet. Det å se pasientene og å ta seg tid til å lytte er noe helserekruttet legger vekt på som en styrke i hans rolle som helsefagarbeider.

I tillegg til personlighetstrekkene vi hadde definert på forhånd nevnes også følgende trekk som viktige av helserekruttene: å være i godt humør, energisk, smilende og blide, imøtekommende og nysgjerrige. De mener gjennomgående at disse trekkene er noe en burde ha for å kunne jobbe som helsefagarbeider.

4.2.3 Hemmende personlighetstrekk

Vi skal nå se nærmere på hvilke personlighetstrekk helserekruttene mener vil være hemmende som helsefagarbeider.

Helserekrutt 2 svarer:

“Hvis du er veldig målrettet. Det er et litt sånn tveegget sverd, fordi du har de på jobb (kolleger) som er veldig målrettet, og skal få ting gjort. Det er ikke ille å jobbe med slike kolleger, for de får ting gjort og sånn. Men problemet er at du risikerer å overkjøre brukerne, det er jo ikke i tråd med lovverket. (...) Det å ikke ha kommunikasjonsferdigheter, det er også veldig hemmende, dem som ikke klarer å kommunisere med brukere som i utgangspunktet har vansker med å forstå, de sliter.”

Helserekrutten er opptatt av å ha en god dialog med brukerne og at det han utfører skal være etisk og moralsk rett for pasienten. Det vil bli vanskelig for pasientene og tjenesteyter å forstå hverandre om en ikke klarer å kommunisere sammen slik at en kan forsøke å unngå misforståelser. Han mener det er viktig at pasienten skal få muligheten til å formidle ønsker og behov, noe han gir uttrykk for at det ikke er rom for, på grunn av travelhet.

Helserekrutt 3 er opptatt av å klare å stå i et stadig press på jobb. Han forklarer det slik:

“Krevende pasienter som tar mye oppmerksomhet, men som egentlig ikke trenger hjelp. Man kan ikke overse dem, men det er krevende. Vanskelig å være profesjonell når en blir utsatt for negativt press.”

Helserekrutten kommenterer egentlig ikke noe direkte om hemmende personlighetstrekk. Det han forteller handler om tålmodighet og klare å prioritere oppgaver. Sitatet kan også sees i sammenheng med tidligere sitater om stress og travelhet. Helserekrutten peker på at det er krevende å stå i situasjoner hvor en må holde hodet kaldt, og gjøre gode vurderinger samtidig som en opplever tidspress.

Helserekrutt 4 sier i kommende sitat noe om sine egne personlighetstrekk som han mener er fremmende, før han uttaler noe om hemmende trekk:

“For min del er jeg veldig utadvendt og energisk, jeg er veldig tilpassende. (...) Hemmende personlighetstrekk er narsissistiske trekk. Å ikke ha evnen til å reflektere og manglende selvinnsikt. De har for høye tanker om seg selv og skjønner ikke at det finnes andre mennesker rundt seg. Det finnes jo enkelte som jeg ikke ville anbefalt å jobbe i det hele tatt, som jeg ikke hadde ønsket å ha som kolleger.”

Denne helserekrutten er tydelig på hvilke mennesketyper han ikke ser for seg å jobbe med. De andre helserekruuttene legger vekt på at det er negativt å ikke være omsorgsfull, noe som er naturlig basert på personlighetstrekkene som skulle rangeres der omsorg ble rangert på topp.

Vi spurte videre helserekruuttene om de har endret personlighetstrekk underveis i løpet.

Helserekрутt 1 svarer:

“Det at man ikke blir sliten av å jobbe med mennesker er en påstand jeg har hatt, men jeg har aldri reflektert eller tenkt på det å være psykisk sliten. Jeg har opplevd å bli mer psykisk sliten, det er tøffere enn å være fysisk sliten. Så det er noe med holdningen min da og respekten for dem som jobber med mennesker har blitt annerledes etter at jeg begynte i helsebransjen selv”

Helserekrutten sier ikke noe om at personlighetstrekk er endret, men hans personlige syn på denne yrkesgruppen er endret til noe positivt. Han har oppdaget nye sider ved jobben som er krevende psykisk. Det å jobbe tett på mennesker vil være mer krevende på en annen måte enn det helserekrutten har vært vant til tidligere. Helserekrutten forteller videre at han nå har mer respekt for mennesker som jobber innen helsesektoren, enn tidligere.

4.3 Hvordan rekruttere menn

Den tredje og siste hovedkategorien som ble identifisert omhandlet rekruttering. Vi ønsket å undersøke hvilke tanker helserekruuttene har i forhold til rekruttering av menn til helsesektoren som en sektor de snart er ferdig utdannet innen og blir en del av. Her finner vi at helserekruuttene har forskjellige refleksjoner og meninger.

Helserekрутt 1 er opptatt av at utstyr på arbeidsplassen må tilpasses menn:

“Problemet er at det er altfor lite tilrettelagt for menn. Det finnes ingen stoler som er tilpasset menn, verktøyene som er laget, er laget for kvinner. Småting som en legger merke til. Vi menn er store, vi er høye. XL i hansker til meg, er så vidt jeg får dem på meg. Blå stellefrakker er altfor små. Det er en del ting som ikke er tilrettelagt til at det skal være menn der.”

Han peker på utfordringer som vanskeliggjør jobben han skal gjøre. Dette handler om forhold i arbeidsmiljøet, og at arbeidsgiver har et ansvar for at også menn har de rette verktøyene for å kunne gjøre en god jobb.

Helserekрут 4 sier videre:

“Jeg tror det trengs masse menn til dette yrket, men som i alle andre yrker må arbeidsgiver komme med litt mer fordeler, mer lønn. De kan ikke ta vekk alle parkeringsplasser rundt et sykehjem for eksempel, for det er ikke lett å jobbe ved et sykehjem som ligger litt langt bort. (...) Jeg har allerede fått 3 jobbtillbud innenfor helsesektoren. Jeg har fått beskjed om at når jeg er ferdig utdannet, kan jeg bare ringe. Jeg vet ikke hvor det vil bli, det kommer an på tilbudene, det spørres hvem som kommer med de beste betingelsene, for da kommer pengene.”

Denne helserekrutten har en opplevelse av at han er en attraktiv arbeidskraft og kjenner på at han står i den heldige situasjonen at han kan velge hvor han vil jobbe. Han setter betingelser i forhold til lønn og muligheten for å kunne parkere ved arbeidsplassen.

Helserekрут 2 har et annet syn på hvordan man kan rekruttere flere menn inn i yrket:

“Jeg vet ikke, en vei til å oppnå status. For menn er status viktig. Det kan du få hvis du blir lege. Så jeg vet ikke hvordan vi skal løse problemet, men tror at hvis man kunne funnet en måte å lure menn til å tro at du skal få en status, da er det liksom, da er det gulrotten.”

Han mener menn er opptatt av status og om det burde gjøres endringer i markedsføringen av helsefagarbeideryrket, slik at det å være mann og helsefagarbeider er en viktig jobb som faktisk kan gi status. På denne måten mener helserekrutten at en kan få menn til å velge mer kvinnedominerte yrker som helsefagarbeidere.

Helserekрут 3 sier følgende på spørsmålet om det er viktig å rekruttere flere menn, og hvilke tiltak som vil være gunstig for å rekruttere inn flere menn i fremtiden:

“Ja, jeg synes det. Mange tar utdanningen innen IT, men alt blir mer robotisert. Derfor synes jeg at et program som kan hjelpe voksne folk med omskolering er viktig. Det er bra for samfunnet, staten og folk.”

Utsagnet hans sier noe om at moderne teknologi kan tenkes å ta over for mennesker i enkelte yrkesgrupper, som for eksempel innen IT-sektoren. Han ser derfor komprimerte utdanningsløp og muligheten til omskolering i voksen alder som veien å gå i framtiden. Han

er ikke bare opptatt av seg selv, men av samfunnet og at det skal være mennesker til stede i livet til andre mennesker som trenger det.

Han mener følgende om rekrutteringstiltak:

*“Jeg synes ikke det er nok informasjon, jeg så bare reklame på bussholdeplassen.”
(...) Det må bli mye større forståelse for voksne folk. De tenker at løpet tar for lang tid uten inntekt, støtte og hjelp. Dersom det blir flere muligheter som dette tror jeg flere kommer ut i arbeid. Gi mulighet til å studere og jobbe samtidig, det er veldig viktig.”*

Helserekrutt 2 uttaler følgende om hvorfor det er viktig å ha menn inn i helsesektoren:

“Jeg tror det er viktig for enkelte brukere å ha menn å forholde seg til. Det er viktig også for arbeidsmiljøet å ha menn i ligningen.”

Han er opptatt av hvordan det er for pasientene å ha muligheten til også å få pleie og omsorg av menn, samtidig som han også er inne på hvor viktig det er for arbeidsmiljøet med både kvinner og menn.

Helserekrutt 1 mener følgende om hvorfor det er viktig å rekruttere menn:

“Det bør nok rekrutteres menn. Kanskje andre tenker at det å ta inn menn er for at de skal ta de tunge takene, men det er ikke derfor, men også for at vi kan ta den gode samtalen med de som trenger det.”

Helserekrutten er her inne på likestilling både for tjenesteytende og pleietrengende. Han ønsker ikke å være der for pasientene kun i kraft av sin fysiske styrke, men han ønsker å kunne vise at også han som mann kan ta samtaler med pasientene på lik linje med sine kvinnelige kolleger.

4.3.1 NAV

NAV er en viktig aktør i rekrutteringen av helserekrutter til Menn i helse. Vi spurte helserekruttene om hvor viktig NAV-veilederen var i prosessen og om samarbeidet med NAV har fungert godt underveis i løpet. Det som er felles for alle helserekruttene er at de opplever samarbeidet med NAV som veldig byråkratisk. I tillegg opplever de at NAV vanskeliggjør samarbeidet.

Helserekrutt 1 forteller:

“Så jeg kontaktet selv NAV og forlangte å bli skrevet opp på det informasjonsmøtet som jeg visste Menn i helse skulle ha i februar. Og det var ikke bare bare, for da var

jeg tydeligvis ikke en del av deres system, så da fikk jeg masse tilbud om samtaler og evaluering og jeg kunne bli taxisjåfør og bussjåfør og alt mulig rart før at jeg da måtte virkelig argumentere og begynne å nesten true med at fastlegen min må ta kontakt med de. (...) Dialogen med NAV kunne vært bedre. Det er ingen der som har fanget opp at jeg er med på prosjektet Menn i helse. Jeg får stadig meldinger om at jeg må møte opp på ulike dagtilbud. Må bruke mye tid på å ringe dem og forklare at jeg allerede er med i et tilbud. Hadde jeg hatt en veileder som hadde sett helheten så kunne en unngått slike ting som gjør en veldig urolig.”

Helserekрутt 3 forteller:

“Jeg tror det er bra støtte fordi vi får mulighet til å jobbe. Det er tungt selvfølgelig, men problemet er den lange prosessen med dokumenter. Alt må dokumenteres. Det tar lang tid å forstå, og du må sitte en hel uke med forskjellige dokumenter for å få oversikt. Når jeg snakket med veileder forstår hun min side av saken, men det var en tung periode akkurat med dokumenter. Det må bli mer forståelig. Skal jeg forstå nyansen i et dokument må jeg lese fire andre dokumenter først. Sånn kan det ikke være. Det tar for mye tid.”

Helserekrutten påpeker at samarbeidet med NAV er krevende. De andre helserekruttene forteller også om lite eller ingen dialog underveis i utdanningen, noe helserekruttene tydelig uttrykker at de savner. De etterlyser at veileder kunne vært noe mer inkludert i løpet, fordi helserekruttene hadde funnet motivasjon i det.

Helserekрутt 4 sier:

“Jeg føler at i klassen min er ikke tilliten til NAV kjempestor. Dem kunne vært flinkere til å informere om dette prosjektet, hadde jeg visst om prosjektet for to år siden, så hadde jeg tatt det da.”

Ikke alle helserekruttene fikk spørsmål fra veileder om å delta i Menn i helse. Muligheten ble oppdaget selv via reklame på bussholdeplasser og andre steder hvor Menn i helse reklamerte og helserekruttene måtte selv foreslå det for NAV-veilederen.

4.3.2 Veien videre

Når det gjelder rekruttering er det interessant å undersøke hvordan helserekruttene ser på fremtiden og hvor de ser seg selv om et gitt antall år. Helserekрутt 1 har tydelige ambisjoner om å fortsette å jobbe innen helsesektoren. Han svarer følgende om veien videre:

"Jeg ser for meg at jeg jobber i turnus, 5 dager på, 5 dager av. Jeg får se litt hvordan det går på VG2 først. Litt tøffere ser jeg, men jeg regner med det går bra. Går det like bra som det gjorde på VG1 med veldig fine karakterer, så vurderer jeg sykepleierutdannelse. Jeg har et drømmemål, det er å jobbe med psykisk utviklingshemming, og gjerne tung psykiatri. (...) De respekterer voksne menn som er litt myndig og da ser jeg for meg at jeg med fagkunnskap og pondus sikkert kan ha noe å bidra med i forhold til den pasientgruppen."

Helserekрут 2 sier:

"Om 3 år så jobber jeg i boliger hvor jeg kan jobbe med psykiatri og rus. Hvor jeg kan få brukt relasjons- og samtaleferdighetene mine, og det å hjelpe folk."

Helserekрут 3 har også ambisjoner om å fortsette innen helsesektoren, han forteller:

"Selvfølgelig jobber jeg som helsefagarbeider. Hvis mulig ønsker jeg å utdanne meg innen fysioterapi. Jeg har mange gode ideer for spesialopplæring for barn, og spesielt barn med diagnose, og som kan trene seg opp gjennom rehabilitering."

Det er altså tydelig at flere av helserekрутtene ser helsesektoren som en livslang karriere. De aller fleste ønsker å videreutdanne seg innen ulike fagretninger. Helserekрут 4 forteller:

"Det vet jeg ikke. Jeg kan jobbe med både geriatri og psykiatri, men jeg har en forkjærlighet for ungdom og rus. Det er også viktig å få jobbe med voksne mennesker som er i slutfasen av livet. Det er en verdighet i det å få være med hele veien."

Alle 4 helserekрутtene ser altså for seg at de fortsatt jobber innen helse om 3 år. Noen av dem har allerede fått jobbtilbud der de har vært i praksis. Flere kjenner på en trygghet over at de har større frihet til å kunne velge hvor de kan jobbe fremover, de mener selv de er attraktive på arbeidsmarkedet med utdanningen som helsefagarbeider. To av helserekрутtene ønsker å ta videreutdanning på sikt innen helse- og omsorgsfag. Helserekрутtene har en forståelse av at det ligger mange muligheter som helsefagarbeider og at det er flere pasientgrupper en kan velge å jobbe med. De mener selv de er i en posisjon hvor de kan velge og vrake blant jobber etter endt utdanning og at de kan gå inn i forhandlinger med arbeidsgivere om de beste betingelsene.

4.4 Oppsummering

Vi har i dette kapittelet presentert empiriske funn fordelt på de tre hovedkategoriene *motivasjon, kjønn og omsorg, og rekruttering*. Innledningsvis har vi sett hva som er

helserekruttenes indre og ytre *motivasjon*. Vi finner at de empiriske funnene har sammenheng med det vi finner i teori og tidligere forskning. Helserekruttene har ganske likt syn på hva som motiverer, både de indre og de ytre motivasjonsfaktorene. Videre har vi sett på *kjønn og omsorg* og hvilke tanker helserekruttene har i forhold til dette. Her finner vi helserekruttenes syn på om valget er utradisjonelt og hvilke personlighetstrekk helserekruttene mener er de viktigste for å jobbe som helsefagarbeider. Også her finner vi at helserekruttene har relativt likt syn, spesielt når det gjelder omsorg som blir rangert på topp. Avslutningsvis presenterte vi funn som omhandler *rekruttering*. Her finner vi ulike perspektiver blant helserekruttene. Dette handler om arbeidsmiljø, likestilling, status, betingelser og forventninger. Helserekruttene forteller videre om deres inntrykk av NAV som støttespiller og hvor avgjørende NAV er som aktør i utdanningsløpet.

5. Analyse

I følgende kapittel vil vi analysere funn som ble presentert i forrige kapittel og drøfte dette opp mot studiens teoretiske grunnlag redegjort for i kapittel 2. Vi vil legge spesielt vekt på å besvare forskningsspørsmålene:

1. *Hva motiverer helserekruktene til å ta utdanning som helsefagarbeider?*
2. *Opplever helserekruktene utdanningsvalget som utradisjonelt, og hvilke personlighetstrekk står sentralt hos helserekruktene?*
3. *Hvordan kan menn best rekrutteres og finnes det faktorer som tiltrekker mer enn andre?*

Vi har strukturert kapittelet ut ifra hovedfunn fra den empiriske undersøkelsen, i likhet med forrige kapittel.

5.1 Motivasjon

Hva motiverer helserekruktene til å ta utdanning som helsefagarbeider?

Som beskrevet tidligere i oppgaven er det stor mangel på mannlig helsepersonell i Norge. Menn utgjorde bare 15,2 % av alle sysselsatte i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2020 (Helsedirektoratet, 2021, s. 26). Årsakene kan være mange, og vi skal med bakgrunn i innsamlet datamateriale prøve å finne noen konkrete faktorer som kan forklare hva som motiverer helserekruktene til å ta utdanning som helsefagarbeider.

Målet med utdanningsløpet Menn i helse er ikke kun å rekruttere flere mannlige helsefagarbeidere, men at de også fortsetter i yrket etter endt utdanning. Jacobsen og Thorsvik (2020) beskriver at motiverte medarbeidere som ønsker å yte, er en av de viktigste ressursene i en organisasjon. Alle helserekruktene i vår undersøkelse fortalte at de ser for seg at de fortsatt jobber i et omsorgsykke i framtiden. En av helserekruktene har allerede fått flere konkrete jobbtillbud, mens andre forteller at de ønsker videreutdanning innen helse- og omsorgsfag på sikt, noe som er verdifullt både for organisasjonen og for arbeidstakere. For en arbeidsgiver er det spesielt økonomisk gunstig med medarbeidere som blir værende i jobben (Martinsen, 2015). I vårt datamateriale fant vi at helserekruktenes motivasjon kunne kategoriseres under indre og ytre motivasjon. Vi skal videre undersøke hva som er helserekruktenes ytre og indre motivasjon for å utdanne seg som helsefagarbeidere i regi av Menn i helse.

5.1.1 Ytre og indre motivasjon

Tidligere i oppgaven så vi at vi fra et teoretisk perspektiv kan skille mellom ytre og indre motivasjon. Den ytre motivasjonen er ifølge Kaufmann og Kaufmann (2016) noe som ligger utenfor selve jobben og tar for seg belønning i tradisjonell forstand som lønn, bonus eller andre former for belønning. I kontrast til dette beskrives kilden til indre motivasjon i selve utførelsen av arbeidet. Felles for helserekruttene er at alle har kommet til et punkt i livet hvor de må gjøre en endring og foreta noen konkrete valg i forhold til jobb og karriere.

Helserekruttene, som fra tidligere har en lang yrkeskarriere innen flere ulike bransjer, ønsket ikke et langt studieløp. De fleste er godt etablert og har behov for å kunne ha kortsiktige mål som gir uttelling i form av stabilitet og inntekt innen relativt kort tid. Det kan derfor tenkes at helserekruttene hovedsakelig er drevet av ytre motivasjon med bakgrunn i deres livssituasjon.

Alle helserekruttene forklarer at de finner motivasjon i å være nær pasientene. Det å danne relasjoner med pasientene og kunne gi omsorg, tolker vi som en indre motivasjon for helserekruttene. Vi finner også at helserekruttene verdsetter å få være en del av hverdagen til pasientene og deres familier. Å være en del av livet til pasientene og sørge for at de har god livskvalitet står sterkt hos alle helserekruttene, og er dermed en kilde til indre motivasjon. Empirien viser at helserekruttene finner drivkraft i å gjøre noe godt for pasientene, hvor de vil kunne oppleve en indre belønning som kan forsterke motivasjonen ytterligere.

Helserekrutt 1 har høye forventninger til seg selv. Han forteller at han har fått gode resultater i alle fag og legger press på seg selv for at det skal fortsette slik. Han uttrykker at han kun forventer det beste av seg selv for at han skal kunne bli den beste omsorgspersonen for pasientgruppen. Han har en indre drivkraft hvor det å gi god omsorg til pasientene er målet. Dette er i tråd med det Kaufmann og Kaufmann (2016) sier om kjernen av motivasjon som handler om drivkrefter, hensikter og mål. Helserekrutt 2 forteller om å danne gode relasjoner med pasientene, noe vi tolker at kan være en del av den indre motivasjonen. Martinsen (2015) mener en skal vurdere motivasjonelle forhold ut fra hvilke behov individene har. Vår tolkning er at helserekrutt 2 sine individuelle behov for gode relasjoner gir indre motivasjon, og er noe vi finner gjenkjennbarhet i hos de andre helserekruttene også.

Vi finner at alle helserekruttene opplever det verdifullt å kommunisere med pasientene. Som helserekrutt 2 forteller, er interaksjonen med pasientene det viktigste og gir mest følelse av mening. Ifølge kognitiv evalueringsteori vil en person være mer motivert og ha en mer positiv opplevelse av en oppgave eller en situasjon hvis de føler at de har valgfrihet i form av selvbestemmelse og at de har ferdighetene og ressursene som kreves for å mestre oppgaven gjennom kompetanseopplevelse (Kaufmann & Kaufmann, 2016). Vi ser altså at

denne teorien stemmer med det vi finner av helserekruttene fortellinger om å ha valgt et omsorgsyrke, og at de finner mening og mestring i å vise omsorg for mennesker som trenger det. En av helserekruttene hadde slitt med helsen i mange år. Til tross for det ønsker han å fortsette i arbeidslivet og være en bidragsyter i samfunnet, noe som kan knyttes opp mot teorien til Jacobsen og Thorsvik (2020) som forklarer at motivasjon er noe som får oss til å yte litt ekstra. Vi antar at helserekruttene kan finne motivasjon i de livsendrende tiltakene, spesielt når de selv er med på å ta avgjørelsen om valget.

Et av spørsmålene i intervjuet handlet om relevansen av lønn, og om lønn er en motivasjonsfaktor for helserekruttene. I svarene var alle helserekruttene tydelig på at lønn ikke var en direkte motivasjonsfaktor. Motivasjonen lå mer i at utdanningen er kortvarig og at de etter en kort utdanningsperiode kan komme seg ut i jobb. Når det er sagt nevner samtlige helserekruttene lønn som viktig på et eller annet tidspunkt i løpet av intervjuene, noe som kan tyde på at lønn er en underliggende ytre motivasjonsfaktor. Dette kan gjenspeiles i Herzbergs hygienefaktorer (Kaufmann & Kaufmann, 2016) som sier at de grunnleggende forholdene som eksempelvis lønn, nødvendigvis ikke fører til økt motivasjon alene. Derimot kan de føre til misnøye og frustrasjon blant arbeidstakerne hvis de ikke er til stede. En midlertidig periode med lavere inntekt vil sådan ikke nødvendigvis være demotiverende, fordi det ligger en gevinst i å fullføre. Videre kan vi anta at dersom helserekruttene ikke opplever at lønnen er i samsvar med det som forventes, kan det over tid føre til en misnøye og den indre motivasjonen vil kunne synke. Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2020, s. 254) nevnes lønn som en av de tre viktigste kriteriene når jobbsøkere velger arbeidsgiver, noe som er i tråd med det vi finner i vår undersøkelse. Helserekruttene trekker frem lønn ofte under intervjuene, noe som tydelig viser at lønn er en viktig motivasjon. Vår tolkning er at det kan forklares med at helserekruttene har lang yrkeserfaring fra tidligere og at de tidligere har tjent godt, i tillegg til at de har forpliktelser i form av lån, og familie å forsørge. Helserekruttene er i gang med å bygge viktig kompetanse for å være i stand til å utføre en selvstendig og ansvarsfull jobb om kun kort tid. Når de så om noen år er godt etablert i arbeidslivet, vil lønn og andre formelle goder ved jobben trolig gjøre seg mer gjeldende i forhold til den ytre motivasjonen. Vi kan anta at dersom helserekruttene ikke føler at lønnen er i samsvar med det de faktisk yter, og at den kompetansen de har blir verdsatt, kan den indre motivasjonen synke. Dette handler om utskyvningseffekt (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 130) hvor det ifølge teorien forklares som en form for konkurranse mellom den indre og ytre motivasjonen. Det betyr at dersom fokuset på ytre belønning er høy, vil den indre motivasjonen øke. Er den ytre belønningen lav, vil den indre motivasjonen synke. Det hevdes altså at det kan være korrelasjon mellom nivået av indre og ytre motivasjon.

I empirien finner vi at helserekruuttene har høye forventninger til jobben de skal gjøre som helsefagarbeidere. Kaufmann og Kaufmanns (2016) kognitive forventningsteorier beskriver hvordan mennesker blir motiverte av at de vet at de er i stand til å oppnå det de ønsker, i tillegg til at de verdsetter både ytre og indre belønninger - som lønn eller behov og ønsker. Funnene våre bekrefter denne teorien. Helserekruuttene nevner lønn flere ganger under intervjuene, uten at vi spør direkte om lønn. Lønn er den ytre belønningen som motiverer, samtidig som de får belønning i form av å gi omsorg, som er knyttet til ønske og behov. Et viktig poeng i forventningsteori (Jacobsen & Thorsvik, 2020) er at den tar hensyn til individuelle forskjeller i motivasjon. Vi ser at det er forskjeller på hva helserekruuttene motiveres av, noe som vil være avgjørende for arbeidsgiver å være bevisst på i utviklingen av motiverte medarbeidere (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s. 234).

Å jobbe som helsefagarbeider kan i perioder være krevende, blant annet fordi man enten jobber turnus eller har vakt på ugunstige tidspunkter. Vår undersøkelse viser at det var ulike forventninger knyttet til turnusarbeid: En av helserekruuttene opplever det som utfordrende å jobbe i turnus. Samtidig klarer helserekruuttene å se på turnus også som noe positivt, da det kan påvirke lønnen positivt. En kan se den økonomiske kompensasjonen som en belønning for å jobbe på ugunstige tidspunkt. Vi har i tillegg registrert av diskusjoner i ulike fora som handler om vilkårene til omsorgsyrkesfaget at det eksisterer mye dårlig omtale i forhold til det å jobbe turnusbasert, da mye negativt fokus er rettet mot helgearbeid. Forventningsteori blir beskrevet av Jacobsen og Thorsvik (2020), og handler om at en blir motivert av en forventet belønning. Teorien består av flere elementer, men med tre hovedpoeng. Det første er at belønningen må være noe en forventer eller ønsker seg. Det andre poenget handler om at det må være en sammenheng mellom det en yter og at resultater blir nådd, og det tredje poenget er å tro på at en faktisk får belønning om en oppnår resultater (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s. 230). Funnene vi har gjort kan støttes av denne teorien. Våre helserekruutter kan yte mer i form av for eksempel å jobbe ekstravakter, jobbe flere helger eller nattevakter. På den måten kan de oppnå flere økonomiske fordeler, som vil resultere i mer lønn. Dersom en klarer å snu turnusarbeidet til noe positivt, med godt planlagte turnusplaner som alle medarbeidere er godt kjent med, kan det faktisk være en måte å rekruttere på. Dette kan bety at både NAV og Menn i helse bør gi informasjon om hvordan turnusarbeid kan påvirke arbeidsforholdet, både i forhold til arbeidstid og lønn, før helserekruuttene gjør sitt valg om å utdanne seg til helsefagarbeider.

5.1.2 Kompetanse og egenutvikling som motivasjon

“Menneskelig kapital”, altså menneskelig kompetanse, har de siste årene fått sterkt fokus (Martinsen, 2015) og er av stor verdi for en organisasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2020). For å

utvinne denne kapitalen er man helt avhengig av at helserekruktene ikke avslutter utdanningsløpet. Ingen av helserekruktene forteller at de har vært inne på tanken om å slutte i løpet av utdanningen. De er sterkt motiverte til å stå løpet ut og finner motivasjon i å erfare at det de lærer på skolen har betydning for oppgaver som skal løses i praksis. For mange kan det å bli student, sitte på skolebenken og jobbe med på teoretiske fag i voksen alder oppleves som utfordrende. Når vi ber helserekruktene reflektere over hvordan denne perioden har gått, er alle utelukkende positive. De fremhever fordelene med å være i et strukturert utdanningssystem og at de finner motivasjon i god støtte fra lærerne og de teoretiske fagene, noe som igjen gir en motivasjon i det å være trygg i møte med pasientene. Helserekruktene ser dette i sammenheng med å opparbeide kunnskap gjennom teorien, for så å kunne anvende teorien i praksis. Dette gjenspeiler Martinsen (2015) sin teori der det fremheves at tiltro til egen kompetanse hos de ansatte kan ha stor motivasjonseffekt, noe som kan føre til økt innsats ved stimulert kompetanseopplevelse. Regjeringen (2023) argumenterer for at fagarbeidere i stor grad ikke får brukt sin kunnskap og ferdigheter i jobben som helsefagarbeider. De foreslår en rekke tiltak som i praksis vil si at en helsefagarbeider i framtiden kan overta arbeidsoppgaver som i dag identifiseres som aktuelle for å avlaste en sykepleier. Videre hevder Jacobsen og Thorsvik (2020) at for å få selvstendige medarbeidere må de få mulighet til å bruke sine ferdigheter og kompetanse. Medarbeidere som utfordres til å jobbe selvstendig og finne løsninger, vil kunne fremme økt kvalitet. Derfor vil det være viktig når helserekruktene er i praksis at de får prøve seg frem, og at de får konstruktive tilbakemeldinger som kan fremme vekst og utvikling. Det kan føre til at helserekruktene vokser i sine roller, og bli selvstendige helsefagarbeidere. To av helserekruktene ytrer et ønske om videreutdanning innen helse, noe som kan være en indikasjon på at de har motivasjon for økt kompetanse og selvbestemmelse. Dette henger sammen med teorien til Deci og Ryan (Kaufmann & Kaufmann, 2016) som sier noe om det å ha valgfrihet og kompetanseopplevelse, som vi kan anta at de to helserekruktene finner viktig. Dette forsterker teorien til både Martinsen (2015) og Deci og Ryan (Kaufmann & Kaufmann, 2016) hvorpå Martinsen (2015) mener mennesker må få dekket sitt behov ut fra sine egne behov, og Deci og Ryan som sier at motivasjonen vil øke ved selvbestemmelse.

Helserekrukt 2 var den eneste som fortalte om å føle seg rangert lavest i hierarkiet på praksisplassen. Dette kan handle om profesjon, altså selve yrket helsefagarbeider, men det kan også handle om at han er under utdanning og ikke besitter samme erfaring og trygghet som de som har vært i yrket noen år. Vi ser av teorien til Jacobsen og Thorsvik (2020, s. 254) at det er forskjell på hvilke mennesker som søker yrker hvor prestasjon har en stor verdi i form av belønning, og hvilke mennesker som søker yrker hvor en kan hjelpe andre, som vi

har inntrykk av at helserekruттene ønsker. Med dette kan vi anta at helserekruттene har valgt rett med tanke på verdiene og motivasjonen de har.

Lai (2021, s. 44) sier noe om den uformelle og formelle kompetansen. I løpet av praksisperioden vil helserekruттen kunne utvikle uformell kompetanse, i tillegg til den formelle kompetansen de har fra utdanningsløpet. Dette kan handle om for eksempel å utvikle et klinisk blikk, finne frem korrekt utstyr til en konkret behandling, samt andre oppgaver en lærer gjennom å utføre praksis. Ifølge Regjeringen (2023) viser forskning at det er et stort og urealisert potensial for bedre bruk og utvikling av fagarbeidernes kompetanse gjennom hele yrkeslivet. Dette kan tyde på at helsefagarbeidere i framtiden vil kunne få flere arbeidsoppgaver og bli utfordret på nye områder enn de gjør i dag, noe vi antar vil styrke vekst og egenutvikling blant helsefagarbeiderne.

Gjennom vår litterære reise i søken etter teori til denne masteroppgaven har vi lært at teorier som handler om motivasjon gjerne utfyller hverandre (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 114), noe vi også finner i empirien blant helserekruттene. Det er imidlertid ikke entydig hva som motiverer. Noen verdsetter et komprimert utdanningsløp høyest, andre finner mest mening i relasjonen til pasientene eller som et springbrett til videreutdanning innen helse- og omsorgsfag. Felles for alle er at helserekruттene viser en forståelse av at det ligger mange muligheter i framtiden som helsefagarbeider, og at det finnes flere karriereveier å velge mellom.

5.2 Kjønn og omsorg

Oppløver helserekruттene utdanningsvalget som utradisjonelt, og hvilke personlighetstrekk står sentralt hos helserekruттene?

Valg av utdanning og yrke sier mye om ens identitet, noe West og Zimmerman (1987) hevder i sin teori "Doing gender". De argumenterer for at vi stadig utfører handlinger som enten er typisk mannlige eller kvinnelige, noe som kan tenkes å påvirke helserekruттene når de skal forholde seg til å velge et yrke som for mange oppleves som utradisjonelt. West og Zimmerman (1987) argumenterer for at samfunnet beveger seg mot en mer likestilt virkelighet, men at det krever innsats for å utfordre og endre synet. Denne tankegangen finner vi igjen i helserekruттene sine fortellinger, der de vektlegger at det ikke nødvendigvis handler så mye om kjønn, men heller om den personen og det medmennesket man er.

Helserekruттene finner styrke i et balansert arbeidsmiljø både for bedre dynamikk mellom kollegaer, men også for de mannlige pasientene som kan få flere menn å kommunisere med.

På den andre siden sier Bratterud et al., (2006) at våre oppfatninger ligger i våre verdier og handlinger, som igjen utgjør våre normer for hva som er akseptabelt. Vi vet at det i dag er flere menn som velger omsorgsykker enn tidligere. Likevel er det fortsatt for få, om en skal gjenspeile pasientgruppen i samfunnet der fordelingen på kvinner og menn er tilnærmet lik.

5.2.1 Utradisjonelt valg

Vi har inntrykk av at helserekruktene er bevisste på at valget de har tatt kan oppleves som utradisjonelt, og at de i så måte er bevisst sin rolle som normbrytende i valget de har tatt. De har ulike meninger om hva som kan være utradisjonelt ved å velge et omsorgsykker, men totalt sett er vår tolkning at de er bevisste når det gjelder å ikke bare oppfylle normer og forventninger som eksisterer i samfunnet, men også å bryte dem (West & Zimmerman, 1987). Gjennomgående ser vi at alle helserekruktene hadde familie eller nære venner som jobber innen helsesektoren. De fleste fremhever forståelsen og støtten de har fått fra dem som en stor trygghet i valget. Vi finner at våre helserekruktter har satt pris på aksepten de har fått, og med det stått stødigere i valget. Vi kan med bakgrunn i det anta at aksept har vært en fremmede faktor for helserekruktene.

“Doing gender” (West & Zimmerman, 1987) argumenterer for at kjønn ikke er en biologisk essens, men en sosial konstruksjon som skapes mellom mennesker, og blir opprettholdt gjennom interaksjoner som påvirkes av samfunnets forventninger og normer. De hevder videre at dette ikke er en statisk prosess, men i endring hele tiden. Helserekruktene har ulike betraktninger i forhold til om de finner valget sitt utradisjonelt, dog opplever ingen av helserekruktene valget som utradisjonelt i negativ forstand. Basert på egne opplevelser og tilbakemeldinger fra andre forteller alle at de opplevde omsorgsykker som mer kjønnsdelt tidligere, men at det har skjedd en endring de siste tiårene. Flere av helserekruktene forteller at de kjenner andre menn som jobber i omsorgsykker, noe som kan være en bidragsyter til eksponering av flere mannlige omsorgsarbeidere i samfunnet. Det kan antas at denne eksponeringen har gjort at samfunnet totalt sett finner det mer normalt å se menn i omsorgsykker enn tidligere. Dette er i tråd med West og Zimmerman (1987) som argumenterer for at “Doing gender” handler om samfunnets forventninger og normer. Vår tolkning gjennom våre funn er at samfunnet nå er mer orientert mot likestilling innen helsesektoren, og at det er mer tradisjonelt at også menn velger denne yrkesretningen.

En av helserekruktene vi intervjuet mener at helsefagarbeideryrket må få høyere status for at flere menn skal utdanne seg som helsefagarbeidere. Helserekrukten mener at han ikke vil oppnå status som mannlige helsefagarbeider. Det kan derfor tenkes at helserekrukten er med på å opprettholde og forsterke teorien til West og Zimmerman (1987) der det hevdes at vi

stadig utfører handlinger og oppførsler som er "typisk mannlige" eller "typisk kvinnelige", og at disse handlingene opprettholder og forsterker ideen om kjønnsforskjeller. Mannlige helsefagarbeidere kan bidra med andre typer samtaler og en annen forståelse av pasientene sine behov enn kvinner kan (Svare, 2009). Mannlige helsefagarbeidere er kanskje spesielt verdifullt for mannlige pasienter, der pasienten kan identifisere seg med, og føle seg komfortabel med å dele sine bekymringer og følelser med en helsefagarbeider av samme kjønn. Helserekruttene framhever imidlertid at å gi omsorg ikke er avhengig av kjønn, men av de verdiene personen innehar. Vi finner gjennom intervjuene med helserekruttene at omsorg står sterkt hos alle. Dette er i tråd med Bratterud et al., (2006) som sier at menn har en stadig mer fremtredende posisjon som omsorgsperson. Samarbeidet med pasientene og pårørende blir beskrevet som noe av det aller viktigste for helserekruttene. Her beskrives relasjonsbygging, forståelse, og sørge for at autonomien til pasientene blir ivaretatt, som noe av det mest meningsfylte.

Våre funn viser at helserekruttene blir motivert av balanse av kjønn på arbeidsplassen og at de tror at "menn vil rekruttere flere menn". Samtidig opplever helserekruttene forventninger hos sine kvinnelige kolleger, noe som gjør seg gjeldende i form av forventninger om at de fysisk er sterkere, og dermed kan ta de tyngste løftene og hjelpe til med krevende pasienter. Helserekrutt 1 mener at han som mann med pondus vil kunne oppnå en annen type respekt, men også tillit hos pasienten. På den måten bekrefter helserekrutten Bratterud et al., (2006) sin teori om ulike forventninger og forståelse av omsorgsrollen, og "Doing gender" ved West og Zimmerman (1987) som en sosial konstruksjon som påvirkes av samfunnsmessige normer og forventninger. Helserekruttene kan selv være bevisst sin rolle som tjenesteyter og sin omsorgsrolle for på den måten unngå stigmatisering og forventninger som kan oppstå. En kan spørre seg om mannlige omsorgsarbeidere ubevisst går inn i rollen som det sterke kjønn, og utøver sin rolle som omsorgsarbeider på en annen måte enn sine kvinnelige kolleger, både i forhold til pasientene og i arbeidsmiljøet. Er det slik, kan det kanskje forklares med at også pasientene kan ha et stigmatisert syn på mannlige omsorgspersoner, slik at helserekruttene møter forventninger og mulige fordommer både fra kvinnelige kolleger og fra pasientene.

5.2.2 Personlighetstrekk

For å definere den optimale helsefagarbeider, kan det være interessant å diskutere hvilke personlighetstrekk en helsefagarbeider bør inneha. Personlige egenskaper representerer en viktig ressurs for et moderne arbeidsliv (Kaufmann & Kaufmann, 2016) og helsesektoren er intet unntak.

I intervjuet spurte vi helserekruktene hvilke personlighetstrekk de mener vil være fremmede for å jobbe som helsefagarbeider, hvorpå vi også ønsket at de skulle fortelle hvilke trekk som kan virke hemmende. Vi hadde på forhånd definert 7 personlighetstrekk vi finner viktige på bakgrunn av egen erfaring fra helsesektoren, og ba helserekruktene rangere disse på en skala fra 1- 10, hvor 10 er høyeste skår. Personlighetstrekkene ble rangert som følger:

- Omsorg: 9,75
- Ærlighet: 9,24
- Evne til å samarbeide: 9,12
- Sterk arbeidsmoral: 9
- Emosjonell intelligens: 8,25
- Mye energi/ positiv holdning: 8
- Selvmotivert: 7,75

Vi finner at alle personlighetstrekkene har omtrent like stor verdi for helserekruktene. Det er ikke lett å skulle foretrekke det ene fremfor det andre, da de sammen er av stor betydning for omsorgsyirket. En ytre faktor som kan ha påvirkning på helserekruktene og deres personlighetstrekk er at alle er godt voksne menn med erfaring fra yrkeslivet. Altså kan deres alder påvirke måten de tenker på, samt måten de håndterer ulike situasjoner på. Dette bør tas hensyn til i forståelsen av den videre analysen av personlighetstrekk.

Femfaktormodellen beskriver hvordan personlighet kan forklares ut fra fem grunnleggende personlighetsdimensjoner (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 152). Når vi ser på trekkskalaen i modellen presentert i kapittel 2.2.3 *Personlighet*, ser vi at det er mulig å skåre høyt eller lavt med tilhørende kjennetegn. Kaufmann og Kaufmann (2016) hevder at personlighet handler om de mest stabile karaktertrekkene, og hvordan mennesker klarer å stå i ulike situasjoner over tid. Vår opplevelse av helserekruktene er at samtlige, gjennom deres fortellinger og refleksjoner, skårer høyt på *omgjengelighet*, noe som omhandler holdninger og væremåte overfor andre mennesker (Karterud, 2017, s. 146). De kjennetegnes gjerne ved at de er medfølende og har en tillitsfull og positiv innstilling til andre. I og med at helserekruktene rangerer *omsorg* som den viktigste egenskapen kan det være rimelig å anta at helserekruktene selv mener de er omsorgsfulle, noe som kan gjenspeile kjennetegnene ved *omgjengelighet*. Etterfulgt av *omsorg* rangerer helserekruktene *ærlighet*, som inngår under *samvittighetsfullhet*. De kjennetegnes ofte ved å være pliktoppyllende og hardtarbeidende (Karterud, 2017), noe som kan gjenkjennes i utdanningsløpet helserekruktene er i, og ærekjærheten de føler ved å prestere godt. Videre rangerer helserekruktene *evne til å samarbeide* som viktig, som er et personlighetstrekk som kan inngå under *ekstroversjon*. De

kjennetegnes ved at de foretrekker å være sammen med andre, er pratsom og kjærlig (Karterud, 2017).

I de empiriske funnene finner vi at helserekruttene blant annet er opptatt av den emosjonelle delen av yrket. Det emosjonelle kan inngå under *nevrotisisme* i trekkskalaen og kjennetegnes ved å ha en tendens til å være rolige og emosjonelt stabile, også under stress (Karterud, 2017). En av helserekruttene vektlegger at relasjonen til pårørende står sterkt, på lik linje med pasientene. Helserekrutten sier at han ikke er redd for å vise følelser, men spør seg selv om det er en god egenskap eller ikke. Vår tolkning er at helserekrutten har god *emosjonell intelligens*, nettopp fordi han har reflektert godt rundt det aktuelle temaet og ulike situasjoner han potensielt kan havne i som helsefagarbeider. Helserekruttene har både mye *energi/ positiv holdning* og de er *selvmotiverte*, noe som henger sammen med motivasjonen. Videre ser vi at de bruker sin *emosjonelle intelligens* og *sterk arbeidsmoral* i møte med pasienter og kolleger.

Under intervjuprosessen er det uunngåelig at vi som forskere ikke vurderer helserekruttene opp mot personlighetstrekkene de reflekterer rundt. En personlighetsdimensjon som er spesielt interessant å vurdere er *åpenhet*. Åpenhet kjennetegnes blant annet ved personer som er kreative, nysgjerrige og utradisjonelle (Karterud, 2017). Karterud (2017) vektlegger at *åpenhet* kan være fordelaktig for lærevillighet og evne til å tilpasse seg nye livsomstendigheter, noe som kan reflekteres i helserekruttens livssituasjon og utdanningsvalg de har tatt. Videre opplever vi at helserekruttene er ganske ulike som mennesker. Noen er svært pratsomme og utadvendte, en annen er mer innesluttet. Flere av helserekruttene har særlig fokus på relasjoner til andre, mens en annen ønsker å bygge en karriere. De fleste oppleves å ha *mye energi/ positiv holdning* og de er *selvmotiverte*. Til tross for vår opplevelse av ulik personlighet med tilhørende trekk, finner vi som tidligere nevnt at alle helserekruttene rangerer *omsorg* som den viktigste. Vår tolkning av dette er at helserekruttene kan inneha det samme verdisynet selv om de har ulik personlighet. Dette kan diskuteres videre når omsorgsspørsmålet om kjønn gjør seg gjeldende. Tidligere ble omsorgsyirket oppfattet som utelukkende kvinnelig. Våre funn viser at selv om helserekruttene ser på seg selv om "en med pondus" og "fysisk sterke", setter de omsorg som den viktigste i yrket.

Når helserekrutt 4 forteller om sine personlighetstrekk legger han vekt på godt humør, utadvendthet og tilpasningsdyktighet. Videre trekker han frem at narsissistiske trekk er hemmende. Dette passer godt inn i femfaktormodellen (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 153) ved at helserekrutten har personlighetstrekk som er av positiv karakter i modellen. Har man derimot narsissistiske personlighetstrekk, skårer en lavt på omgjengelighet i

femfaktormodellen. Om en skårer høyt ser vi ut fra modellen at en blant annet er hjelpsom og bløthjertet. Når helserekrutt 2 svarer på vårt spørsmål om hva som er det mest negative med jobben, nevner han stress, mangel på ressurser, og frykten for å ikke kunne ivareta pasientene. Ved å benytte femfaktormodellen, ser vi at helserekrutten skåret høyt på omgjengelighet og samvittighetsfullhet, som forklarer at helserekrutten blant annet er hjelpsom og hardtarbeidende. Helserekrutten sier ikke noe direkte om hemmende personlighetstrekk, men vi oppfatter at utfordringen med å klare å stå i stress over tid er noe han oppfatter som hemmende. Å håndtere stressende situasjoner handler om å holde hodet kaldt, disponere tiden rett, og samtidig ta de rette avgjørelsene. Dette henger sammen med *evne til å samarbeide* og *sterk arbeidsmoral*. Mest sannsynlig vil det å håndtere stress være en prøvelse for helserekrutten, men vi vil anta at det er noe han vil lære å håndtere over tid i kraft av jobberfaring. Klarer ikke helserekrutten å utvikle seg slik at han vil klare å håndtere stressede situasjoner, kan vi anta at det vil det være et hemmende personlighetstrekk. På den andre siden klarer helserekrutten å reflektere over dette, og på den måten antar vi vil være i stand til å finne strategier for å løse utfordringene.

Noe som kan trekkes fram som et av de sterkeste funnene i vår empiri, er måten helserekruttene verdsetter omsorg og den emosjonelle delen av yrket. De fremmer å møte pasientene på deres behov og at å gi omsorg ikke er avhengig av kjønn, men av de verdiene personen innehar. Samlet sett har vi inntrykk av at helserekruttene er bevisste på at valget de har tatt kan oppleves som utradisjonelt, og at de i så måte er bevisst sin rolle som normbrytende i valget de har tatt. Dog har helserekruttene varierte meninger om hva som er utradisjonelt med valget. Noen mener det er utradisjonelt med tanke på kjønn, andre mener at en endring i yrkesvalg i voksen alder er av betydning, mens en annen hevder at å gå ned såpass mye i lønn er utradisjonelt. Helserekruttene finner styrke i et balansert arbeidsmiljø, og at pasientene kan motta hjelp fra et kjønn mangfold av helsefagarbeidere.

5.3 Rekruttering

Hvordan kan menn best rekrutteres og finnes det faktorer som tiltrekker mer enn andre?

Det første som slår oss når vi ser på rekruttering til helsesektoren, er ubalanse i kjønn (Svare, 2009). Når vi spør helserekruttene om de har forslag til tiltak for å bedre rekrutteringen av menn til helsesektoren, finner vi ulike refleksjoner og meninger. Helserekrutt 1 er opptatt av at utstyr på arbeidsplassen må tilpasses menn. Han har opplevd at klær og utstyr er for smått og at arbeidsplassen ikke er ergonomisk kjønnsnøytralt. Dette

funnet kan gjenspeiles i Meadus (2000) sin forskning om barrierer der han påpeker at sykepleierutdanningen og kulturen rundt helsefagarbeidere kan være mangelfull når det gjelder å imøtekomme behovene til mannlige studenter. For mange kan dette ha negativ effekt på helserekruittene og deres følelse av ivaretagelse, så vel som utfordringer knyttet til jobben de skal gjøre. I tillegg viser Herzbergs hygienefaktorer (Kaufmann & Kaufmann, 2016) at dårlige arbeidsforhold kan føre til mistriivsel eller at medarbeideren kan bli demotivert dersom de ikke føler seg verdsatt.

Videre finner vi at flere av helserekruittene setter godt arbeidsmiljø med kolleger som en viktig faktor for trivsel, motivasjon og rekruttering. Det vil også være økt sannsynlighet for et bedre arbeidsmiljø når kjønnsbalansen utjevnes (Holter et al., 2008). Ser vi igjen på kriteriene til Jacobsen og Thorsvik (2020, s. 254), er et godt arbeidsmiljø en av de tre viktigste faktorene for jobbsøkere. De framhever spesielt en variert og interessant jobb og at et fritt og sosialt arbeidsmiljø med gode utviklingsmuligheter er viktig for at arbeidstakere blir værende i jobben.

Jacobsen og Thorsvik (2020) mener at mennesker helst vil jobbe i organisasjoner som passer med de personlige ønsker og verdier en innehar selv. Dersom vi tar utgangspunkt i etterspørselen etter helsefagarbeidere i dagens arbeidsmarked, vil helserekruittene mest sannsynlig bli høyt verdsatt den dagen de er ferdig utdannet. De vil inneha en kompetanse det er stor mangel på og vi må anta at de vil bli attraktiv arbeidskraft for både kommune, stat og for private aktører. Helserekruittenes attraktivitet er noe de selv er klar over, og kan styrke argumentet for at helsefagarbeider som status er på vei opp. På den andre siden bør også arbeidsgiver gjøre *arbeidsplassen* attraktiv, for eksempel ved å legge til rette for kompetanseheving og egenutvikling. Helserekruittene utdanner seg til et yrke det er kamp om blant arbeidsgivere, spesielt i kommunene. Dette vil vel bety at helserekruittenes yrke har en type status?

Flere av helserekruittene nevner kompetanse og egenutvikling som rekrutterende faktorer. Ifølge Langvik og Nordvik (2011) er det viktig å investere i de personene som kan bidra mest mulig til organisasjonen. Vi finner i empirien at helserekruittene vil velge den arbeidsgiver som har de beste betingelsene i form av lønn, gunstig parkering og beliggenhet som nevnes som viktige faktorer.

Alle helserekruittene er tydelige på at de ønsker å fortsette i omsorgsyirket i fremtiden. De fleste ønsker videreutdanning eller spesialisering slik at de kan jobbe med spesifikke typer pasientgrupper. For at arbeidsgivere skal klare å rekruttere, utvikle og beholde

helserekruuttene, indikerer våre funn at det vil være viktig at arbeidsgiver klarer å imøtekomme noen av disse betingelsene.

5.3.1 NAV

Som nevnt tidligere i oppgaven er Menn i helse et samarbeide med blant annet NAV, hvor målet er å avklare mulighetene helserekruuttene har for å komme i arbeid. Vi ser i våre funn at noen av helserekruuttene ikke fikk tilbudet om å delta på Menn i helse fra NAV, selv om det for flere var et ønske. NAV-veileder foreslo bussjåfører eller taxisjåfører, noe helserekruuttene ikke ønsket. Martinsen (2015) sier at en skal vurdere de motivasjonelle forhold ut fra hvilke behov individene har. I empirien finner vi at helserekruuttene hadde et sterkt ønske og motivasjon om å bli med på Menn i helse. For våre helserekruutter vil vi anta at de derfor ble mer motivert når de fikk gjøre valgene selv, enn om de hadde måtte velge noe de ikke ønsket. Dette er noe som støtter teorien til Martinsen (2015). Med dette finner vi at NAV er en sentral aktør når det kommer til rekruttering til yrket. Ikke kun for å rekruttere, men for å finne de rette helserekruuttene som har motivasjon, og et ønske om å jobbe innen helsesektoren. Helserekruuttene forteller at dialogen med NAV oppleves som utfordrende og at de har et inntrykk av at tilliten til NAV er lav innad i klassen, noe som kan påvirke samarbeidet mellom NAV og helserekruuttene negativt.

Vi spurte helserekruuttene om NAV-veilederen var av betydning, uten at vi spurte direkte om veilederen var til motivasjon. Her finner vi at helserekruuttene savner tettere oppfølging av veilederen, samtidig som at de beskriver at de synes NAV er veldig byråkratisk. Igjen ser vi at hygieneteorien til Herzberg (Kaufmann & Kaufmann, 2016) er av betydning da helserekruuttene på den ene siden savner den positive oppfølgingen en veileder kan ha i form av gode tilbakemeldinger og anerkjennelse. På den andre siden opplever helserekruuttene at samarbeidet med NAV er fryktelig byråkratisk. Dette kan bety at helserekruuttene ikke lar fraværet av motivasjon fra veilederen påvirke negativt, og at det likevel ikke fører til fravær av motivasjon for helserekruuttene. Det er altså ikke avgjørende for helserekruuttene hvordan samarbeidet med veilederen utspiller seg, men vi ser at det vil være med på å øke motivasjonen om samarbeidet hadde vært av en mer positiv karakter.

5.4 Oppsummering

I dette kapittelet har vi analysert datamaterialet knyttet til de tre hovedfunnene *motivasjon*, *kjønn og omsorg* og *rekruttering*. Vi har forsøkt å svare på forskningsspørsmålene ved å anvende teori og tidligere forskning som utgangspunkt for tolkning av helserekruuttens fortellinger. Vi har, ved å trekke fram helserekruuttens refleksjoner og fortellinger, undersøkt forhold som kan tenkes å påvirke menn i valget om en utdanning som helsefagarbeider.

Analysen viser at det finnes forhold som både kan tenkes å fremme og hemme valgene til helserekruttene. Vi ser at helserekruttene i stor grad vektlegger mellommenneskelige relasjoner og lønn som utelukkende motiverende faktorer, selv om de ikke nødvendigvis nevner dette konkret, men heller gjennomgående og underliggende i sine fortellinger. Vår tolkning er derfor at viktigheten av mellommenneskelige relasjoner er en sterk indre motivasjonskraft, mens lønn er en sterk ytre motivasjonskraft. Menn i helse tilbyr et komprimert utdanningsløp hvor man raskt får mulighet til å komme ut i jobb som faglært. Å være en del av et strukturert utdanningsløp er noe helserekruttene fremhever som avgjørende for at det skal være mulig for dem å gjennomføre. Videre ser vi, med bakgrunn i observasjoner og tolkning av fortellinger fra helserekruttene, at synet på omsorgsyirket som utradisjonelt å velge som mann, er i ferd med å snu. I flere intervjuer kommer det tydelig frem at det ikke handler om kjønn, men om *personlighetstrekk*, livserfaring og tidligere arbeidserfaring. Avslutningsvis finner vi at helserekruttene vektlegger muligheten for livslang karriere som fremmende, og samarbeidet med NAV som hemmende. Videre pekes stress/tidspress i jobben og dårlig praktisk tilrettelegging på som negative faktorer.

6 Konklusjon

Formålet med denne masteroppgaven har vært å bidra med kunnskap om faktorer som kan tenkes å fremme eller hemme rekruttering av menn til helsesektoren. Det er viktig å presisere at våre funn er basert på relativt få intervjuer, noe som gjør at funnene derfor ikke kan generaliseres. De kan derimot bidra til en bedre forståelse av ulike faktorer som påvirker menn til å velge, eventuelt ikke velge, en karriere innen helsesektoren. Som siste kapittel i oppgaven vil vi derfor oppsummere og presentere de viktigste funnene vi har identifisert gjennom forskningsprosjektet. Med utgangspunkt i funnene vil det videre konkluderes for problemstillingen:

"Hvilke faktorer fremmer eller hemmer rekruttering av menn til helsesektoren?"

Med bakgrunn i våre funn kan det synes å finnes forhold som både bidrar til å fremme så vel som å hemme rekruttering av menn til helsesektoren. Vi kan oppsummere med at funnene vi har gjort er med på å underbygge de teoretiske perspektivene vi har benyttet som bakteppe for vårt forskningsprosjekt og tidligere forskning som er gjort innen tema. Det teoretiske utgangspunktet er med på å hjelpe å forstå hvilke faktorer som påvirker helserekruttene. I det følgende presenterer vi våre hovedfunn, og knytter noen refleksjoner til funnene.

6.1 Hovedfunn

Gjennom den kvalitative forskningen ble det gjort funn som viser at det finnes flere faktorer som kan tenkes å både fremme og hemme rekrutteringen. For å strukturere funnene har vi valgt å presentere resultatet i en tabell. Tabellen består av to kolonner som inneholder faktorer som kan tenkes å fremme og hemme rekruttering basert på det helserekruttene har fortalt. Studien har ikke vært utformet for å undersøke om noen av faktorene veier tyngre enn andre. Vår intensjon er derfor å presentere funnene som en helhet, selv om de står i en spesifikk rekkefølge i tabellen.

Fremmer	Hemmer
Mellommenneskelige relasjoner	Dialog med NAV
Strukturert utdanningsløp	Lav status
Økonomi	Stress/tidspress
Livslang karriere	Praktisk tilrettelegging
Personlighetstrekk	

Som vi ser av tabellen finner vi *personlighetstrekk* både som fremmende og hemmende faktor. Forhold knyttet til personlighet er noe helserekruktene forteller om og knyttes opp imot flere av de andre faktorene i tabellen. Vi finner det derfor vanskelig å skille personlighetstrekk som et eget hovedfunn. Vi har derfor valgt å inkludere personlighetstrekk gjennomgående på begge sider i den videre konklusjonen.

6.1.1 Fremmende faktorer

Den første faktoren helserekruktene vektlegger tungt handler om *mellommenneskelige relasjoner* både til pasienter, lærere i utdanningsløpet og medelever. Gjennom sine fortellinger trekker helserekruktene fram et ønske om å bidra, og gi omsorg til pleietrengende i alle aldersgrupper. Helserekruktenes rangering av omsorg blir også tydelig i undersøkelsen, da de til sammen rangerer omsorg som viktigst av *personlighetstrekkenes*. Omsorgsrollen finner de svært meningsfylt, noe som kan være årsaken til at de derfor orienterer seg mot et omsorgsyrke. Videre beskriver de et ønske om å være i et kollegialt arbeidsmiljø med muligheter for mye sosial kontakt. Vår tolkning i forhold til dette kan være at de har vært i en periode uten arbeid, og kanskje har manglet sosial interaksjon og følelsen av å oppnå noe i denne perioden. De oppgir derfor å være svært tilfredse med å omgås medelever, og få utfordringer både i skolesammenheng og i praksisperioden ved sykehjem.

Den andre faktoren helserekruktene fremhever som en fremmende faktor er muligheten til å være i et *strukturert utdanningsløp*. Alle helserekruktene liker rammene av et tydelig utdanningsløp med det de beskriver som flere delmål underveis i form av en kombinasjon av teori og praksis. De opplever at de kan relatere den teoretiske læringen som skjer på skolebenken til det de lærer i praksisperiodene, og at de ser nytteverdien av det de lærer når utdanningsløpet brytes opp av praktiske arbeidsoppgaver ved sykehjem og tilsvarende. I tillegg til at de finner helsefaget interessant, trekker de også fram at det er en fordel med et komprimert utdanningsløp og muligheten til å komme fort ut i jobb.

Økonomi er den tredje faktoren helserekruktene vektlegger som fremmende. Alle helserekruktene er etablerte i større eller mindre grad og er avhengige av gode støtteordninger for at hverdagsøkonomien skal gå rundt. Ingen av helserekruktene nevner lønn direkte når vi stiller spørsmål om hva som motiverer, men det kommer tydelig fram i andre deler av intervjuene at lønn spiller en stor rolle for de fleste. Muligheten til å jobbe turnus og potensielt tjene mer i form av tillegg i helger, kvelds- og nattevakter samt helligdager ser de også på som positivt.

Den fjerde faktoren helserekruktene fremhever omhandler muligheten til *livslang karriere* og mulighet for videreutdanning eller kompetanseheving innen faget. De fremhever at

erfaringen de får gjennom en kombinasjon av teori på skolebenken og flere praksisperioder styrker deres posisjon når de skal ut i arbeid. Flere av helserekruttene ser Menn i helse som et springbrett til en karriere innen helsesektoren, og at det har hjulpet dem til å se muligheter som de ikke visste eksisterte innen helsefag.

Innledningsvis hevdet vi at omsorgsyrket lenge har blitt sett på som kvinnelig. Med bakgrunn i observasjoner og tolkning av fortellinger fra helserekruttene vil vi argumentere for at dette synet på omsorgsyrket er i ferd med å snu. I flere intervjuer kommer det tydelig frem at det ikke handler om kjønn, men om *personlighetstrekk*, livserfaring og tidligere arbeidserfaring. Helserekruttene argumenterer for at evnen til å snakke med pleietrengende, sette seg inn i deres situasjon og vise empati, er helt avgjørende for å kunne yte godt i jobben som helsefagarbeider. Om man er kvinne eller mann mener helserekruttene ikke spiller noe rolle, snarere tvert imot vil kjønn utfylle hverandre og gjenspeile behovet blant de pleietrengende. Dette er i tråd med argumentene til Svare (2009). Videre argumenterer helserekruttene for at menn ofte kommuniserer bedre med andre menn fordi de kan relatere seg til deres behov og utfordringer på en helt annen måte enn kvinnelige helsefagarbeidere gjør.

I tillegg til de fem fremmende hovedfaktorene som ble identifisert, ønsker vi også å knytte noen tanker til forhold vi mener kan være avgjørende for at menn med erfaring fra yrkeslivet velger helsefagarbeider som yrke. Dette med bakgrunn i forhold vi har observert i dialog med helserekruttene, og tidligere forskning som er med på å bekrefte disse tankene. Som vi ser i kapittel 3.4 *Utvalg*, er helserekruttene vi har intervjuet i alderen 30-55 år, noe som er representativt for de aller fleste som velger å gå inn i utdanningsløpet Menn i helse. Svare (2009) hevder at alder har en vesentlig påvirkning for om menn velger omsorgsyrker. Årsaken mener han kan være at menn i ung alder trenger tid på å tilegne seg identitet som mann, og at mange opplever det som truende å krysse over til et fagfelt som tradisjonelt oppfattes som kvinnelig. Vi spurte ikke helserekruttene direkte om de kjenner seg igjen i dette, men flere nevner livserfaring og omsorgsrolle for egne barn som årsaker som kan ha bidratt til et ønske om å bli helsefagarbeider. Videre ser vi at flere av helserekruttene nevner støtte fra familie og venner som verdifullt. Vår tolkning er at støtten de får bidrar til å styrke helserekruttens følelse av identitet, og at de finner større trygghet i forhold til valget når de får bekreftelse fra familie og venner.

6.1.2 Hemmende faktorer

Den første faktoren helserekruttene peker på som hemmende handler om *dialog med NAV*. Flere av helserekruttene beskrev dialogen som direkte ødeleggende fordi de opplever en behandling der de ikke føler seg sett. Gjennomgående i intervjuene forteller flere av helserekruttene at de måtte argumentere over flere runder for å få tillatelse til å delta i Menn i

helse, fordi deres opplevelse var at NAV heller ville at de skulle velge andre yrker som for eksempel bussjåfør eller taxisjåfør. Også under utdanningsløpet ble de kontaktet med nye tilbud om utdanninger selv om de allerede var under utdanning i Menn i helse. Med bakgrunn i opplevelsene sitter helserekruktene med et inntrykk av at NAV ikke har oversikt. Helserekruktene opplever denne behandlingen som irriterende og forstyrrende for utdanningsløpet. Videre beskriver de en overveldende mengde av dokumenter som skal leses og forstås, noe som er spesielt utfordrende for personer med språkbarrierer.

For noen av helserekruktene var *lav status* i jobben som helsefagarbeider en faktor som kunne påvirke deres motivasjon. Dette kan ha sin forklaring i at alle helserekruktene enten hadde en relativt høy akademisk utdanning eller lang yrkeserfaring med høy ansiennitet fra deres tidligere yrke. De opplevde det derfor som ganske mange steg tilbake i deres yrkeskarriere, å bli lærling som helsefagarbeider. De fortalte at de måtte forholde seg til jobben og sine kollegaer på en annen måte når det gjaldt samarbeid, og de trengte litt tid på å omstille seg. På den andre siden fortalte de at lista var lav for å ta initiativ til oppgaver som de egentlig ikke skulle gjøre før senere i utdanningsløpet. For mange var dette en positiv faktor, til tross for deres opplevelse av lav status som læring.

Stress og tidspress i jobben pekes på som den tredje faktoren som kan hemme rekruttering. Her nevner de forhold som at helserekruktene føler at de ikke får gitt pasientene den omsorgen de trenger i form av stell, måltider, samtaler og til aktiviteter. Noen av helserekruktene hadde opplevd å møte erfarne helsefagarbeidere som var veldig målrettet og effektive, noe som helserekruktene opplevde at gikk på bekostning av kvaliteten på arbeidet. Dette kan ha sammenheng med *personlighetstrekk* som fremmer effektivitet fremfor kvalitet i jobben, og på den måten har negativ effekt på måten de pleietrengende blir behandlet på. En av helserekruktene fortalte at han følte på skam i forhold til behandlingen av pleietrengende og at han derfor stilte spørsmålsteget om han ønsket å gå inn i yrket. En annen helserekrukt fortalte om lignende forhold, men brukte heller dette som motivasjon for å forsøke å gjøre hverdagen bedre for de pleietrengende. Videre forteller flere av helserekruktene at de opplever praksisperioden som stressende, spesielt i løpet av sommerperioden da ferie skal avvikles for faste ansatte ved sykehjemmene. I forhold til stress ble også noen overrasket over hvor krevende det var å jobbe turnus, og flere helserekruktene nevnte mangelfull informasjon og forventningsavklaring i forhold til turnus som en hemmende faktor.

Den fjerde faktoren helserekruktene pekte på som hemmende handlet om *praktisk tilrettelegging*. Flere stilte spørsmål om det i det hele tatt var ønskelig å tilrettelegge for menn med tanke på klær og utstyr. Alle opplevde at sykehjemmene de hadde praksis ved ikke

hadde nødvendig utstyr som engangshansker, arbeidstøy og tilsvarende, i stor nok størrelse til de mannlige arbeiderne. Denne observasjonen er i tråd med Meadus (2000) sine påstander om barrierer knyttet til utdanning og opplæring av mannlige sykepleiere. Han påpeker at sykepleierutdanningen og kulturen rundt helsefagarbeidere kan være mangelfull når det gjelder å imøtekomme behovene til mannlige studenter. Dette kan føre til en følelse av isolasjon og mangel på støtte for mannlige sykepleierstudenter (Meadus, 2000). Selv om Meadus (2000) sin forskning tar for seg sykepleierstudenten kan helserekruttene sine fortellinger relateres til deres opplevelse av ivaretagelse.

6.2 Et kritisk blikk på oppgaven

I ettertid av et forskningsprosjekt er det lett å være kritisk og se hva vi burde ha gjort annerledes og hvordan vi kunne benyttet andre perspektiver for å belyse problemstillingen. Vi vil her beskrive noen momenter vi mener er viktig å ha i bakhodet når man i ettertid reflekterer rundt det vi har forsket på.

Vi påpekte tidlig i oppgaven at vi anser problemstillingen som kompleks, og at det derfor kan være utfordrende å innfri leserens forventning til klare, tydelige svar. Når det er sagt, har vi hele veien hatt fokus på at oppgaven er en praktisk anvendt MBA hvor formålet er å angripe nettopp kompleksitet. Intensjonen har derfor vært å finne et mangfoldig svar som representerer virkeligheten og bredden. Hvilket perspektiv oppgaven vinkles fra har betydning for resultatet. Vi har tre teoretiske perspektiver som knyttes opp mot faktorer som fremmer eller hemmer rekruttering av menn til helsesektoren. Det kunne vært mer fruktbart å ta for seg ett av de teoretiske perspektivene og gått i dybden på det, men samtidig mener vi at den bredden vi har i forskningsprosjektet gir et helhetlig bilde av tematikken.

Intervjuguiden både kunne og burde vært utformet og testet bedre før gjennomføring, spesielt med tanke på spørsmålene knyttet til personlighet der helserekruttene skulle rangere gitte personlighetstrekk på en skala fra 1-10. Vi ser i ettertid at denne delen ikke ble så presis som vi hadde håpet på og at den potensielt gjorde at svarene ble noe begrenset.

Vi har tatt utgangspunkt i menn med erfaring fra yrkeslivet for å finne svar på problemstillingen vår. Ett av perspektivene vi utfordret var kjønnsperspektivet. Hadde vi i stedet utelukkende intervjuet kvinnelige helserekrutter så hadde vi kanskje ikke utfordret dette perspektivet, fordi vi ikke hadde funnet valget utradisjonelt, men heller tradisjonelt. Vi som forskere kunne potensielt stått i fare for å bidra til å forsterke teorien til West og Zimmerman (1987) ved å gjøre menn i helsesektoren til noe spesielt og uvanlig.

6.3 Videre forskning

Som en forlengelse av denne masteroppgaven ønsker vi å foreslå videre forskning og fokus innen temaet, i lys av de funnene vi har gjort. Vi mener det fremdeles mangler en del forskning om menn i helsesektoren, og da spesielt om menn som helsefagarbeidere. Vi vil derfor videre foreslå noen områder som kan være interessante å forske videre på.

Som tidligere nevnt avgrensner vårt forskningsprosjekt seg til et utvalg menn tilhørende Trøndelag fylkeskommune. Det vil derfor kunne være interessant å se om funnene i vår masteroppgave sammenfaller med andre fylkeskommuner, så vel som overføringsverdi til andre virksomheter. I forlengelse av Menn i helse har Trøndelag fylkeskommune utviklet et søsterprosjekt ved navn "Kvinner i helse". Det vil derfor potensielt være interessant å undersøke om det eksisterer ulikheter ved de to løpene med tanke på motivasjonsfaktorer og kjønn.

Et annet område vi mener kan ha potensial, både innen Menn i helse og eventuelle andre utdanningsløp, er samarbeidet mellom helserekruttene og involverte etater. Gjennom intervjuene og dialog med helserekruttene opplever vi at det ligger mange tanker og mye frustrasjon på dette området.

Et siste tema som kan være aktuelt å forske på i forlengelse av denne studien omhandler ivaretagelse av helserekruttene i praksisperioden som del av det komprimerte utdanningsløpet, og om ivaretagelse i praksisperiode har påvirkning på motivasjon til å stå løpet ut.

Litteraturliste

Bratterud, Å., Emilsen, K. & Lillemyr, O. F. (2006). *Menn og omsorg - i familie og profesjon.* Fagbokforlaget.

FN-sambandet. (2023, 3. februar). *Likestilling mellom kjønnene.*

<https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/likestilling-mellom-kjoennene>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Kompetanseløft 2025.* Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.

Helsedirektoratet. (2021). *Kompetanseløft 2020 - Personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.* (sist faglig oppdatert 13. desember 2021, lest 20. mars 2023). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personell-og-kompetanse-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten>

Holter, Ø. G., Svare H. & Egeland, C. (2008). *Likestilling og livskvalitet 2007.* Arbeidsforskningsinstituttet.

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J., (2020). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utgave). Fagbokforlaget.

Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser - Innføring i samfunnsvitenskapelig metode.* (4. utgave). Cappelen Damm Akademisk.

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, A. T. (2020). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag* (4. utgave). Abstrakt forlag.

Karterud, S. (2017). *Personlighet.* Gyldendal akademisk.

Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2016). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5. utgave, 2. opplag). Fagbokforlaget.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg, 2. opplag). Gyldendal Akademisk.

Lai, L. (2021). *Strategisk kompetanseledelse* (4. utgave). Fagbokforlaget.

Langvik, E & Nordvik, H. (2011). Metoder i personellutvelgelse. I Saksvik, P. Ø. (Red.), *Arbeids og organisasjonspsykologi* (3. utg, s. 235-266). Cappelen Damm Akademisk.

- Lauritzen, T., & Olsvik V., M. (2018).** "...hadde jeg visst hvor interessant dette yrket er, hadde jeg gjort det for mange år siden". (Østlandsforskning rapport 1289). Østlandsforskning. <http://www.ostforsk.no/publikasjoner/hadde-jeg-visst-hvor-interessant-dette-yrket-er-sa-hadde-jeg-gjort-det-for-mange-ar-siden-folgeevaluering-av-det-nasjonale-prosjektet-menn-i-helse/>
- Martinsen, Ø. L. (2015).** Motivasjon, utvikling og rekruttering i et strategisk perspektiv. I Martinsen, Ø. L. (Red.), *Perspektiver på ledelse* (4. utg, s. 263-297). Gyldendal Akademisk.
- Meadus, R. J. (2000).** *Men in nursing: Barriers to recruitment*, 35(3), 5-12. <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.1111/j.1744-6198.2000.tb00998.x>
- Moe, W. (2018, juni).** *Menn i helse*. Østlandsforskning. <https://www.ostforsk.no/menn-i-helse/>
- Nord universitet (2021, 13 september).** *Bli god til å søke*. <https://www.nord.no/no/bibliotek/kurs-og-veiledning/Sider/Bli-god-til-soking.aspx>
- Norsk sykepleierforbund. (2022, 27.april).** *Kritisk - nedgang i søkere til sykepleierutdanning*. <https://www.nsf.no/nyheter/sykepleierfaget/kritisk-nedgang-i-sokere-til-sykepleierutdanning>
- Proba samfunnsanalyse. (2020).** *Utredning om rekruttering av menn til helse- og omsorgssektoren*. (proba rapport 2020-6, Prosjekt nr. 19063). Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet. <https://proba.no/rapport/utredning-om-rekruttering-av-menn-til-helse-og-omsorgssektoren/>
- Prop 1 S (2022-2023).** *Proposisjon til stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20222023/id2931020/?ch=3#kap7>
- Regjeringen. (2023).** *Statsbudsjettet 2023: A til Å*. <https://www.regjeringen.no/no/statsbudsjett/2023/statsbudsjettet-2023-a-til-a/id2928125/?expand=2929659>
- Regjeringen. (2023, 2. februar).** *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=9>

Rådet for teknologi og innovation. (2007). *Innovation og mangfoldighet - Ny viden og erfaringer med medarbejderdrevet innovation.* Rådet for teknologi og innovation.

Skilbrei, M.-L. (2019). *Kvalitative metoder: Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon.* Fagbokforlaget.

Statistisk sentralbyrå. (2020, 11. mars). *Vi blir stadig eldre.*

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vi-blir-stadig-eldre>

Store norske leksikon. (2022, 1. juni). *helsetjenesten.* <https://sml.sn.no/helsetjenesten>

Store norske leksikon. (2022, 29. juni). *helsefagarbeider.*

<https://sml.sn.no/helsefagarbeider>

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

Tjora, A. (2018). *Viten skapt: Kvalitativ analyse og teoriutvikling.* Cappelen Damm Akademisk.

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave). Gyldendal Akademisk.

Trondheim kommune. (23. april 2007). *Rekrutteringsstrategi for Trondheim kommune.*

Bystyret, Arkivsak 07/15490.

https://publikum.trondheim.kommune.no/application/get_saksfremlegg/29438

West, C. & Zimmerman, D. H. (1987). *Doing Gender.* *Gender & society*, 1(2), 125-151.

<https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>

Vedlegg

Vedlegg 1 - Godkjenning fra NSD

Vurdering av behandling av personopplysninger

06.01.2023

Referansenummer

753761

Vurderingstype

Automatisk

Dato

06.01.2023

Prosjekttittel

Masteroppgave som del av MBA i Strategi og ledelse ved Nord Universitet

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Handelshøgskolen / Innovasjon og entreprenørskap

Prosjektansvarlig

Johan Olaisen

Student

Silje Arntsen

Prosjektperiode

15.11.2022 - 24.05.2023

Kategorier personopplysninger

- Alminnelige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2023.

Meldeskjema

Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

Vedlegg 2 - Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Deltagelse i masteroppsjekt om personlige egenskaper i «Menn i helse».

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å forstå hvilke *personlige egenskaper* som fremmer eller hemmer rekruttering av menn i helsesektoren. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke om det finnes en sammenheng mellom personlige egenskaper og de som fullfører utdanningsløpet i prosjekt «Menn i helse». Masteroppgaven vår bygger på en problemstilling som tar utgangspunkt i ovennevnt tema. Målet er å kartlegge om det er noen fellestrekk blant dem som gjennomfører utdanningsløpet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet gjennomføres som en Masteroppgave i Strategi og Ledelse med fordypning i Relasjonsledelse ved Nord Universitet. Prosjektet gjennomføres av masterstudentene Lene Agathe Iversen og Silje Arntsen, med professor Johan Olaisen som veileder.

Masterprosjektet er en del av et større prosjekt for Trøndelag Fylkeskommune. Deres rolle er kun veiledende, og de vil derfor ikke få tilgang til personopplysninger om deg som deltaker.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Som student ved Trondheim voksenopplæring videregående skole og helserekrutt som del av prosjekt «Menn i helse» er du i målgruppen for vår forskning.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i prosjektet vil innebære et intervju med deg som varer i ca. 60 minutter. Intervjuet vil i all hovedsak handle om dine opplevelser og erfaringer knyttet til å være helserekrutt. Under intervjuet vil vi benytte lydopptaker for å sikre en mest mulig korrekt gjengivelse av dine svar. Dette lydopptaket vil bli transkribert og slettet ved prosjektets slutt.

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. 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 kun vi som studenter som vil ha tilgang til dine personopplysninger. Eventuelle andre som bidrar i behandlingsprosessen vil kun ha tilgang til anonymiserte opplysninger.

Personopplysningene dine vil allerede ved gjennomføring av intervjuet bli anonymisert og erstattet med koder og fiktive navn. Informasjon som kan identifisere deg vil derfor utelukkende eksistere i prosessen med å avtale gjennomføringen av intervju. Under behandlingen av data og i masteroppgaven vil ikke dine personopplysninger komme frem. Dette vil være anonymisert for alle deltakere i prosjektet. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket og forskningsetiske standarder.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 1. juni 2023. Ved prosjektslutt vil alle personopplysninger og lydopptak av deltakerne bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord Universitet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudent Silje Arntsen, 90656816, arntsensilje@gmail.com

Dersom du har spørsmål om personvern, ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet personlige egenskaper hos menn i helsesektoren, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på intervju
- at intervjuet blir tatt opp på lydopptak
- at sitater fra intervjuet kan brukes i masteroppgaven

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2023.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 - Intervjuguide

Dette vil være et semistrukturert intervju med relativt fri samtaleflyt og refleksjoner rundt spørsmål. Første del vil ta for seg bakgrunnsinformasjon, før vi går videre til valg av yrkesretning og hvordan elevene endte opp med denne utdanningen. Videre kommer vi inn på personlige egenskaper og til slutt deres planer videre.

Åpningsspørsmål

1. Vil du fortelle litt om deg selv? (alder, hobbyer, fritidsaktiviteter)
2. Har du noen tidligere utdanning?
3. Er det noen i din familie eller nærmeste omgangskrets som jobber i helsesektoren?

Valg av yrkesfag:

1. Hva var det som gjorde at du ble tiltrukket av utdanningsløpet?
2. Hvordan oppdaget du denne utdanningsmuligheten?
3. Hvor viktig var din NAV-veileder ift. at du valgte denne muligheten?
4. Opplever du ditt valg av utdanningsløp som utradisjonelt?
5. Har du opplevd noen fordommer tilknyttet ditt yrkesvalg?
6. Du er nå godt i gang med utdanningen til å bli helsefagarbeider. Hvordan synes du det går?
7. Hva har vært den viktigste motivasjonsfaktoren for deg underveis?
(Veileder, utdanning med lønn, kollegaer, pasientene, oppgavene?)
8. Hva er det beste med å gå på den yrkeslinja du har valgt?
9. Hva er det verste med å gå på den yrkeslinja du har valgt?
10. Har du noen gang vært inne på tanken om å slutte? (Hvis ja, hva var årsaken?)

Personlige egenskaper:

1. På en skala fra 1-10, hvor viktig mener du følgende egenskaper er i yrket som helsearbeider:
 - Ærlighet
 - Sterk arbeidsmoral
 - Emosjonell intelligens (empati)
 - Selvmotivert
 - Mye energi / positiv holdning
 - Evne til å samarbeide

- Omsorg
2. Hvilke personlige egenskaper har du som vil være viktig for å jobbe som helsefagarbeider?
 3. Hvilke personlige egenskaper hemmer jobben som helsefagarbeider?
 4. Har du endret personlige egenskaper siden du startet utdanningen?
 5. Yrket vil innebære at en måtte evne å tenke raskt, og en må være åpen for endringer. Hvordan stiller du deg til endringer som kan innvirke på din arbeidshverdag?
 6. Hvor viktig er lønn for deg?

Framtid og tiltak for rekruttering

1. Hvor ser du deg selv om 3 år?
2. Synes du det er viktig å rekruttere flere menn til helsesektoren i framtiden? Hvorfor?
3. Hvilke tiltak tror du er gunstige for å øke rekrutteringen av menn til helsesektoren?
4. Legges forholdene til rette for en god utdanningshverdag fra NAV?
5. Er det noe du mener burde endres i utdanningsløpet? Hva kunne vært gjort annerledes?

Har du noe å tilføye som jeg har glemt å spørre om?