

Mastergradsoppgave i samfunnsarbeid

Fontenehuset i Bergen

- en rehabiliteringstilnærming for mennesker med psykiske lidelser



H.C. Andersens fortelling om "Den stygge andungen" er et eventyr. Men det er også en historie om å bli forlatt, forstøtt og utestengt.

Institutt for vernepleie og sosialt arbeid
MA-SAA3 høst 2007

Av Katrine Vidme
Høst 2010

SAMMENDRAG

Mastergradsoppgave i samfunnsarbeid.

Avdeling for helse og sosialfag, institutt for vernepleie og sosialt arbeid, Høgskolen i Bergen.

Tittel: Fontenehuset i Bergen - en rehabiliteringstilnærming for mennesker med psykiske lidelser

Forfatter: Katrine Vidme

Bakgrunn: Forskning viser at omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og at dette for mange kan medføre alvorlige konsekvenser, blant annet med tanke på tilknytning til arbeidsmarkedet. Fontenehuset i Bergen er en privat stiftelse som tilbyr rehabilitering for mennesker med psykiske lidelser, etter en internasjonal klubbhusmodell. Modellen kjennetegnes ved å være arbeidsrelatert, basert på gjensidig medvirkning mellom medarbeidere og medlemmer. Medlemskapet er frivillig, gratis og uten tidsbegrensning.

Formål: Med mitt forskningsarbeid ønsker jeg å vise hvordan medlemmene og medarbeidere ved Fontenehuset i Bergen opplever klubbhusmodellens tilnærming til rehabilitering, samt se hvilke likheter og forskjeller det er mellom Fontenehuset i Bergens rehabiliteringspraksis og samfunnsarbeid.

Metode: Det empiriske materialet er innsamlet gjennom individuelle forskningsintervjuer av 7 medlemmer og et intervju av en fokusgruppe bestående medarbeiderne. Data er analysert ved hjelp av den fenomenologiske og den hermeneutiske orienteringen.

Konklusjon: Fontenehusets rehabiliteringspraksis oppleves som positivt av både medlemmene og medarbeiderne. Det er en rekke likheter mellom Fontenehuset i Bergen og samfunnsarbeid, og en kan kjenne igjen mange av samfunnsarbeidets holdninger og verdier. Av forskjeller er Fontenehusets individrettete fokus det mest fremtredende.

Nøkkelord: Fellesskap, rehabilitering, medvirkning, empowerment, sosial kompetanse.

ABSTRACT

Master's thesis in Community work, Faculty of Health and Social Sciences,
Department of Social Education and Social Work, Bergen University College.

Title: Fountain House in Bergen - a rehabilitation approach for people with mental illness

Author: Katrine Vidme

Background: Research shows that about half of the Norwegian population will suffer from a mental illness during their lifetime, which for many might lead to serious consequences, including with respect to labor market status. Fountain House in Bergen is a private foundation providing rehabilitation according to an international clubhouse model for people with mental illness. The model is characterized by being work-related, based on mutual cooperation between employees and members. Membership is voluntary, free and without time limit.

Purpose: With my research, I want to show how the members and staff of the Fountain House in Bergen experience the clubhouse model approach to rehabilitation, and explore similarities and differences between their rehabilitation practice and community work.

Material and methodology: Empirical data collected through individual research interviews with seven members and an interview of a focus group comprising staff. The data was analyzed based on a phenomenological and hermeneutic orientation.

Conclusions: The Fountain House rehabilitation practice is perceived as positive by members and staff. There are a number of similarities between Fountain House in Bergen and community work, and one can recognize many equal attitudes and values. Regarding differences is the individual directed approach at the Fountain House the most prominent.

Key issues: Community, rehabilitation, participation, empowerment, social competence.

FORORD

Jeg er ved veis ende! Og det har vært litt av en reise - det har vært spennende, lærerikt og utfordrende. Jeg har hatt oppturer og nedturer, det har vært morsomt og frustrerende, og det har fått frem de fleste sider av meg. Selv om prosessen tidvis har vært ensom så har jeg ikke vært alene, og det er flere som må takkes.

For det første vil jeg rette en stor og varm takk til alle på Fontenehuset i Bergen, for at dere tok i mot meg med åpne armer. Dere viste meg en liten del av deres hverdag på Fontenehuset. Dere viste meg hva som gjøres av praktisk arbeid, men inviterte meg også inn i det sosiale fellesskapet - lunsjene på Fontenehuset blir ikke glemt. Både den sosiale rammen og maten laget av kjøkkengruppen har gjort inntrykk. En spesiell takk til dere som deltok på intervjuene, uten dere ville jeg ikke fått gjennomført prosjektet mitt.

Den neste takken går til min veileder, Kjell Underlid. Takk for din tilgjengelighet, for de gode diskusjonene og de grundige tilbakemeldingene. Det har vært en fornøyelse å ha hatt deg som veileder.

Jeg må også takke familie og venner – og går for *ingen nevnt, ingen glemt-prinsippet*. Unnskyld for min tidvis fraværende tilstedeværelse de siste årene. Jeg er klar over at dere er blitt nedprioritert, døgnetts timer har ikke alltid strukket med til mer enn fulltidsjobb og studier. Dette skal jeg gjøre godt igjen, og jeg gleder meg til å være mer sammen med dere i fremtiden. Takk også til dere som har lyttet til mine betraktninger rundt samfunnsarbeid og Fontenehuset, og til dere som har lest gjennom oppgaven.

Jeg må også gi samboeren min, Marcos, en ekstra stor takk. Din tålmodighet og evne til både lytte, analysere og diskutere har vært viktig for meg – jeg er heldig som har hatt en med din fagkompetanse i nærheten under denne prosessen. Takk for at du alltid har trodd på meg og vært min største støttespiller. Gleder meg til mer fritid sammen med deg!

Bergen, oktober 2010.

INNHOOLD

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT.....	3
Kapittel 1: Innledning	7
<i>Bakgrunn for valg av tema og min forforståelse</i>	<i>8</i>
<i>Formålet og relevans</i>	<i>8</i>
<i>Forskningsspørsmålet</i>	<i>10</i>
<i>Tidligere forskning.....</i>	<i>11</i>
<i>Oppgavens oppbygning.....</i>	<i>13</i>
Kapittel 2: Tematisk og teoretisk rammeverk	14
<i>Fontenehuset, nettverk og klubbhusbevegelsen</i>	<i>14</i>
En dag på Fontenehuset i Bergen	16
Det norske nettverk av Fontenehus.....	18
Klubbhusbevegelsen	19
<i>Samfunnsarbeid</i>	<i>22</i>
Empowerment.....	27
Medvirkning.....	33
<i>Psykiske lidelser og rehabilitering</i>	<i>37</i>
Mennesket og diagnosen.....	37
Rehabilitering.....	40
Arbeid	43
Kapittel 3: Metode	46
<i>Tilgang til feltet.....</i>	<i>47</i>
<i>Utvalget.....</i>	<i>49</i>
<i>Intervjuguiden</i>	<i>50</i>
<i>Individuelle forskningsintervju</i>	<i>51</i>
<i>Fokusgruppeintervju</i>	<i>52</i>
<i>Datainnsamling.....</i>	<i>52</i>
<i>Analyse av data</i>	<i>54</i>
<i>Forskningsetiske refleksjoner</i>	<i>55</i>

Kapittel 4: Resultat og diskusjon	57
<i>Rehabiliteringspraksisen ved Fontenehuset i Bergen.....</i>	<i>58</i>
Kommenterte funn	59
Menneskesyn og medvirkning	65
En aktiv, meningsfull hverdag	72
Medarbeiders rolle	75
<i>Individet i fellesskapet</i>	<i>78</i>
Kommenterte funn	79
Fellesskapet og dets ringvirkninger	83
Empowerment på Fontenehuset i Bergen	86
<i>Fontenehuset i samfunnet</i>	<i>92</i>
Kommenterte funn	92
Fontenehuset i lokalsamfunnet	94
Fontenehuset i nasjonal kontekst	95
Fontenehuset og klubbhussamfunnet internasjonalt	98
Kapittel 5: Avsluttende refleksjoner	101
Litteraturliste:	105

1. Meldeskjema NSD
2. Prosjektbeskrivelse REK
3. Tilbakemelding fra REK
4. Samarbeidsavtale med Fontenehuset
5. Samtykkeerklæring
6. Oppslag – Forespørsel om deltakelse
7. Oppslag – Invitasjon
8. Intervjuguide – Individuelt forskningsintervju
9. Intervjuguide – Fokusgruppeintervju
10. ICCD retningslinjer

Kapittel 1: Innledning

I rapporten *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv* utgitt av Norsk Folkehelseinstitutt i 2009 hevdes det at omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. Denne forekomsten samsvarer med funn som er gjort i andre land Norge kan sammenligne seg med, og at de vanligste diagnosene er angstlidelser, depresjonslidelser og rusrelaterte lidelser (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009:15-17). Vi vet at det å få en psykisk lidelse kan medføre alvorlige konsekvenser for den enkelte og deres nærmeste, og at de som har psykiske lidelser kan oppleve store utfordringer med å få innpass på arbeidsmarkedet. I rapporten *Psykisk sykes levekår fra 2008* gjort av Norsk institutt for by og regionforskning oppsummeres det at psykisk syke mennesker gjennomgående har dårligere levekår enn psykisk friske og at de skårer lavere på områder som sysselsetting, helse, utdanning og inntekt (Myrvold, Berglund & Helgesen, 2008:118).

Til sammen resulterer omfanget og konsekvensene i at psykiske lidelser blir omtalt som et folkehelseproblem i Norge (Dahl et al., 2009), med påfølgende økt fokus fra myndighetene hvor hensikten er å bedre menneskers psykiske helse. Dette kan oppsummeres under en fellesbetegnelse; *psykisk helsearbeid*. Begrepet *psykisk helsearbeid* ble introdusert gjennom *Opptrappingsplanen for psykisk helse*, hvor en vektlegger en tverrfaglig tilnærming til psykiske lidelser (Karlsson, 2004). I denne prosessen har det vært et økt fokus på kompetansebygging gjennom en egen videreutdanning i psykisk helsearbeid, hvor målgruppen er helse- og sosialarbeidere som skal jobbe innenfor både den kommunale helse- og sosialtjenesten og i spesialisthelsetjenesten¹. Dette er et konkret eksempel på hvor en bryter med det å tenke psykisk helse som bare en medisins disiplin, men også inkluderer andre fagdisipliner. I følge Helse- og omsorgsdepartementet skal psykisk helsearbeid

¹ Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid, 60 studiepoeng: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269395-rammeplan_for_psykisk_helsearbeid_05.pdf. Lest 02.10.2010.

omfatte utredning, behandling og rehabilitering av både lettere psykiske vansker og alvorlige psykiske lidelser².

Bakgrunn for valg av tema og min forforståelse

Jeg har tidligere jobbet innenfor det offentlige hjelpeapparatet, først i Aetat og så i NAV. Jeg kjenner godt til arbeidsfokuset, tiltakene, metodene som benyttes og det individrettete fokuset, hvor tiltakene blir tilrettelagt behovet og utfordringene som individet har. Jeg jobbet ikke innenfor rehabiliterings- eller attføringsfeltet, men møtte en rekke personer som hadde psykiske lidelser gjennom å være en del av førstelinjetjenesten. November 2008, fire måneder før jeg måtte bestemme meg for en problemstilling til en masteroppgave slutter jeg hos NAV, og jeg jobber nå med noe helt annet. Dette er min bakgrunn. Den er en del av min forforståelse, de tanker og holdninger, og forståelser jeg har rundt det fenomenet som skal forskes på (Holme & Solvang, 1996:91). En annen del av min forforståelse er preget av at jeg er et samfunnsengasjert og nysgjerrig menneske, jeg observerer at det finnes mange ulike forståelser og perspektiver rundt temaer som psykiske lidelser; Er det miljø? Er det arv og genetikk? Er det litt av alt? Forforståelsen er preget av alt dette. Jeg velger å ta tak i nysgjerrigheten min, og forholde meg til mitt møte med mennesket – personene som er på Fontenehuset i Bergen. Jeg kjente verken til Fontenehuset i Bergen eller klubbhusbevegelsen i forkant, og fant tiltaket ved en tilfeldighet. Jeg har min forforståelse med meg, landskapet jeg har beveget meg i har vært helt nytt – og jeg har forsøkt å gå inn i tematikken med et åpent og undrende sinn.

Formålet og relevans

Formålet mitt er å bidra til økt kunnskap om klubbhusmodellens tenkning rundt rehabilitering, og få mer kunnskap om hvordan dette kommer til uttrykk gjennom Fontenehuset i Bergen sin måte å arbeide med rehabilitering av mennesker med psykiske lidelser. Fellesskap, samarbeid og medvirkning er sentrale stikkord, noe som gjør det spennende og relevans å se denne rehabiliteringspraksisen opp mot samfunnsarbeid.

²Psykisk helsearbeid i kommunen. http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/psykisk-helsearbeid-i-kommunene-.html?id=440497. Lest 02.10.2010.

At forskning viser at psykiske lidelser har et stort omfang og at det kan ha omfattende konsekvenser – både for individet, men også for samfunnet, viser også at temaet har stor relevans. Temaene *arbeid, utestengelse fra arbeidsmarkedet, psykiske lidelser, psykiatri* er begreper som stadig dukker opp i samfunnsdebatten og det er mange meninger om hva som kan gjøres for denne gruppen. Tematikken har vært et av flere fokusområder innenfor myndighetenes velferdssatsninger over lengre tid. Det er en aktuell problemstilling at helsetilbudet for mennesker med psykiske lidelser ute i kommunene ikke er blitt tilstrekkelig rustet opp etter at de psykiatriske institusjonene fikk sengepostene sine betraktelig redusert fra midten av 1960-tallet (Pedersen, 2002). Etter årelang kritikk av det psykiske helsevernet i Norge kom St.meld.nr.25, *Psykiatrimeldingen*, i 1996. Den konkluderer blant annet med at denne gruppen ikke har fått den hjelpen de trenger, at myndighetene ikke har maktet å gi befolkningen et fullverdig psykisk tilbud (St.meld.nr. 25, 1996-1997). Dette blir bakgrunnen for at vi i perioden mellom 1999-2006 får en egen *Opptappingsplan for psykisk helse* (St.prp.nr 63, 1998), som for øvrig ble utvidet i ytterligere to år (Brofoss & Frode Larsen i samarbeid med styringsgruppen, 2009:11). Dens formål var, gjennom å legge det økonomiske grunnlaget, å bedre tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser, og den er bygget på et verdigrunnlag som skal fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Sektorer og tjenesteytere fikk som oppgave å bidra til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer (St.prp.nr 63, 1998). I 2009 kom den første evalueringsrapporten og Helsedirektoratet slår fast at det har skjedd en betydelig styrking av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser³. Det er også utarbeidet en egen *Nasjonal Strategiplan for arbeid og psykisk helse* for perioden 2007 – 2012, som skal se arbeidet for personer med psykiske lidelser i sammenheng med NAV-reformen sine muligheter, i disse mulighetene nevnes samarbeid, brukervedvirkning og arbeids- og aktivitetsrettete tiltak (*Arbeids- og Inkluderingsdepartementet & Helse- og Omsorgsdepartementet, 2007:7*).

Det kan virke som at samfunnsarbeid er en lite brukt tilnærming i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser i Norge, hvorpå dette masterprosjektet kan være med på å øke

³ http://www.pandemi.no/psykisk_helse_tjenesten/opptappingsplanen/, lest 20.09.10.

fokuset for samfunnsarbeid innenfor faget psykisk helse. I Norge har samfunnsarbeid i stor grad vært preget av nærmiljøarbeid, altså lokalt utviklingsarbeid. Og det offentlige har i mer eller mindre grad vært medvirkende gjennom finansiering, styringsgrupper og evaluering. Det er sosialpolitiske endringer på gang, og myndighetene har åpnet opp for et økende samarbeid mellom det offentlige hjelpeapparatet og private og frivillige organisasjoner (Økland & Henriksbø, 2009:148 ; Rovainen, 2004 ; Turunen, 2004). Dette kan tolkes dit hen at samfunnsarbeid har fått et bredere felt i Norge, noe som også er et av Hutchinson (2004) poeng hvor hun hevder at samfunnsarbeid også må være en aktuell metode for *alle* som arbeider med personer hvor problemstillingene kan knyttes til system eller samfunnsdimensjon. Hun trekker blant annet frem personer med psykiske lidelser kan være en gruppe som kan nyttegjøre seg denne metoden (Hutchinson, 2004:35).

Fontenehuset i Bergen er ett enkeltstående tiltak, riktignok med forgreninger nasjonalt og internasjonalt, og deres måte å tilnærme seg rehabiliteringspraksis har i liten grad blitt kommunisert ut.

Forskningsspørsmålet

I min tilnærming til temaet har jeg valgt å benytte meg av et viktig prinsipp innen samfunnsarbeidet; *å begynne der folk er*. Det er de som innehar ekspertkunnskapen i forhold til hvorvidt Fontenehuset faktisk er til hjelp og gjør en forskjell i deres hverdag. På bakgrunn av dette stiller jeg følgende to forskningsspørsmål:

Hvordan opplever medlemmene og medarbeidere ved Fontenehuset i Bergen klubbhusmodellens tilnærming til rehabilitering av mennesker med psykiske lidelser?

Hvilke likheter og forskjeller er det mellom denne rehabiliteringspraksisen og samfunnsarbeid?

Det empiriske materiale er blitt til gjennom individuelle forskningsintervjuer av syv medlemmer ved Fontenehuset i Bergen, og et fokusgruppeintervju bestående de tre medarbeiderne som på intervjutidspunktet var ansatt ved Fontenehuset i Bergen.

Tidligere forskning

Selv om Fontenehuset i Bergen har eksistert siden 2004, og registrert i Brønnøysundsregistret som en organisasjon siden 2006, så er det ikke meg bekjent at det er gjort noen forskningsprosjekter rundt akkurat dette tiltaket. Det er begrenset med offentlig, skriftlig materiale om Fontenehuset i Bergen, det samme gjelder for *Det norske nettverket av Fontenehus*. Jeg har derfor basert beskrivelsen av Fontenehuset i Bergen og Det norske nettverket av Fontenehus på innsyn i dokument som presentasjonsmateriale, årsmeldinger, innkallinger til styremøte, små statusreferater, utskrift av e-post mellom Fontenehuset og Det norske nettverket av Fontenehus, nettsiden <http://www.fontenehuset-bergen.no/> og muntlig informasjon fra daglig leder ved Fontenehuset i Bergen.

Når det gjelder litteratur fra andre Fontenehus i Norge, finner jeg et to forskningsrapporter hvor begge er skrevet av Øystein Spjelkavik, seniorforsker ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI). Den første rapporten, *Klubbhus etter Fountain House-modellen*, fra 2001, tar for seg selve klubbhusmodellen og utviklingen av den i våre naboland, Sverige og Finland. Rapporten ser på hindringer og muligheter for etablering og utvikling av Fontenehus i Norge, med utgangspunkt i at Rådet for Psykisk Helse på slutten av 1990-tallet ønsket å etablere et Fontenehus i Oslo. Den andre, *Rehabilitering av personer med psykiske lidelser - Fontenehuset i Oslo*, fra 2003 er en beskrivelse og analyse av etableringen av Fontenehuset i Oslo.

Det finnes noe mer forskning rundt Fontenehuset og klubbhusbevegelsen dersom en inkluderer internasjonale kilder, men det hevdes fra forskerhold at det er blitt gjort bemerkelsesverdig lite forskning innefor fagfeltet (Mowbray et al., 2006:167-168). Mitt hovedanliggende er Fontenehuset i Bergen, og jeg mener det er vesentlig å se rehabiliteringspraksisen opp mot de rammer og betingelser som finnes innenfor den *konteksten* som Fontenehuset befinner seg i. Det er relevant å se Fontenehuset i Bergen innenfor en norsk kontekst. At jeg gjør dette til et poeng finner jeg støtte for i samfunnsarbeid, for som fag er heller ikke det upåvirkelig ut fra hvilke kultur, fagtradisjon og samfunnssystem som det opererer i (Thy Ness, 2006:69).

På bakgrunn at Norge kjennetegnes ved å ha organisert det offentlige hjelpeapparatet gjennom en skandinavisk velferdsmodell, har jeg utvidet litteratursøket til å også omhandle de andre skandinaviske landene - den skandinavisk kontekst. Den skandinaviske velferdsmodellen kjennetegnes ved at den sørger for sine borgeres sikkerhet og i tillegg yter dem en rekke grunnleggende goder som støtte til utdanning, trygder ved sykdom eller fattigdom og pensjon (Pettersen & Simonsen, 2010:8). I Sverige har Anna Meeuwisse (1997), professor i sosialt arbeid, skrevet en doktorgradsavhandling om vennskap og organisering i lys av klubbhusbevegelsen. Dette bidraget har vært vesentlig for å få innsikt i klubbhusbevegelsens ideologi.

Fontenehuset i Bergen ser på seg selv som en *form for selvhjelp*, og de jobber med en gruppe mennesker som kan være utsatt for marginalisering. Det er derfor vært relevant å se på lignende organiseringer, dette har jeg funnet i HiO-rapporten *Selvhjelp blant marginale grupper – alternative strategier* av Sissel Seim, Ole K. Hjemdal og Sigrun Nilsen, hvor de har sett på ulike typer selvhjelpsorganiseringer blant grupper som for eksempel arbeidsløse og fattige.

Innenfor rehabiliteringsfeltet og psykisk helse finnes det mye forskning, og jeg har valgt å ikke gå inn i de tunge, faglige diskusjonene. Jeg er mer opptatt av den politiske dimensjonen, altså de førende prinsipper, av rehabilitering og psykisk helse. Dette fordi de er med på å skape den konteksten som Fontenehuset i Bergen arbeider innenfor, og fordi opplevelsene som medarbeiderne og medlemmene i dette tilfellet vil være mer påvirket av hvordan verden ser ut. som grunnlag har jeg valgt offentlige dokumenter som for eksempel St.meld.nr 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*, St.meld.nr 21 (1998-1999). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*, St.meld.nr 40 (2002-2003) *Nedbygging av funksjonshemmede barrierer - strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne*, St.meld.nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (Psykiatrimeldingen)*, St.prp.nr 63 (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*, og dokument fra Sosial- og helsedirektoratet som *Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen* og *Nasjonal plan for selvhjelp*. Dette for å gi et

bilde av hva som ligger som innenfor de rammene som Fontenehuset i Bergen opererer innefor.

Jeg har tatt utgangspunkt i menneskesynet og klubbhusmodellens tanker rundt det å være psykisk syk, og har funnet inspirasjon innenfor salutogen tenkningen presentert av sosiologen Aaron Antonovsky, hvor en har et fokus på de aktiviteter som styrker eller fremmer vår helse.

Oppgavens oppbygning

Kapittel 2 vil omhandle det teoretiske og tematiske rammeverket. Først vil jeg gi et lite innblikk i Fontenehuset hverdag. Jeg vil så omtale de strukturelle forholdene rundt Fontenehuset i Bergen, først gjennom Det norske nettverket av Fontenehus og så tilknytningen til den internasjonale klubbhusbevegelsen. Jeg går så videre til å omtale *samfunnsarbeid* på et generelt grunnlag, og trekke frem to sentrale element – *empowerment* og *medvirkning*. Til slutt vil jeg se på *psykiske lidelser* og *rehabilitering*, dette for å få et bilde av hvem gruppen er og hva som ligger i rehabiliteringsfokuset – dette med utgangspunkt i den *arbeidsorienterte* rehabiliteringen som en finner på Fontenehuset i Bergen.

Kapittel 3 vil omhandle de metodiske verktøyene som ligger til grunn for datamaterialet og analysen min. jeg har benyttet meg av en kvalitativ metodetriangulering representert gjennom et fokusgruppeintervju med medarbeiderne og 7 individuelle forskningsintervju av medlemmene, alle tilknyttet Fontenehuset i Bergen.

Kapittel 4 vil omhandle både resultater og diskusjonen, jeg har valgt å omhandle dette samlet. Jeg har delt diskusjonen inn i tre underkapitler. I den første, *Rehabiliteringspraksisen ved Fontenehuset i Bergen*, fokuserer jeg på rammebetingelsene rundt rehabiliteringen som menneskesyn, medvirkning, det arbeidsorienterte fokuset og medarbeidernes roller. Det andre underkapitlet, *Individet i fellesskapet*, fokuserer jeg på fellesskapets ringvirkninger, og hva Fontenehuset har betydd for individet. Empowerment

vil være sentralt under dette underkapittel. Det siste underkapitlet, *Fontenehuset i samfunnet*, vil se på Fontenehuset i en samfunnsmessig kontekst på tre nivåer, lokalsamfunnet, nasjonalt og opp mot det internasjonale klubbhusbevegelsen.

Kapittel 2: Tematisk og teoretisk rammeverk

Temaet som er sentrale for masterprosjektet er *Fontenehuset i Bergen, klubbhusbevegelsen, samfunnsarbeid og psykiske lidelser*. For at disse skal gi mening i forhold til hverandre og forskningsspørsmålet må jeg si litt om hver av de, og jeg vil begynne med et kort innblikk i Fontenehuset i Bergen, basert på min opplevelse de to ukene i oktober 2009 hvor jeg gjorde datainnsamlingen. Videre vil jeg omtale de rammer og ideologiske føringer som ligger bak, dette er sentralt fordi Fontenehuset i Bergen ikke er et enkeltstående tiltak, men har forgreininger til både et norsk nettverk og til en internasjonal klubbhusbevegelse. Jeg vil så presentere samfunnsarbeid, og tar utgangspunkt i sentrale teorier og begrep som jeg anser som mest hensiktsmessige i forhold til Fontenehuset i Bergen og medlemmenes opplevelser. To sentrale begrep vil bli omtalt, empowerment og medvirkning. Videre vil jeg omtale psykisk helsearbeid, psykiske lidelser og rehabilitering, dette for å gi et innblikk i den samfunnsmessige konteksten som Fontenehuset i Bergen opererer innenfor, sentralt her vil være fokuset på arbeid.

Fontenehuset, nettverk og klubbhusbevegelsen

Fontenehuset i Bergen er et lavterskeltilbud for mennesker med psykiske lidelser, lokalisert sentralt i byen. Fontenehuset er ett av flere Fontenehus i Norge, når jeg videre omtaler Fontenehuset i Bergen vil jeg kalle det for *Fontenehuset*, dersom andre Fontenehus i Norge nevnes så gjøres det med stedsnavnsspesifisering, for eksempel Fontenehuset i Stavanger eller Fontenehuset i Tromsø.

Fontenehuset har tre ansatte medarbeidere og per medio oktober 2010 hadde de 60 medlemmer. En regner med at ca. 1/3 av medlemsmassen til enhver tid benytter seg aktivt av Fontenehuset. Sentralt i den ideologiske forankringen rundt rehabiliteringstilnærmingen

finner vi arbeidet, og alle arbeidsoppgaver er knyttet rundt den arbeidsorienterte hverdagen. Arbeidsoppgavene består i matlaging, vedlikehold, foredragsvirksomhet, resepsjonstjeneste og lignende. Arbeidsoppgaven skal tilrettelegges for den enkeltes funksjonsnivå, og det er et mål at arbeidsoppgavene skal oppleves som en meningsfull aktivitet. Tanken bak denne måten å jobbe på baserer seg på et gjensidig samarbeid mellom medarbeidere og medlemmer, hvor driften av huset er avhengig av at medlemmene bidrar med sitt frivillige arbeid. I dette ligger det at medlemmene inkluderes i alt som skjer på Fontenehuset, også beslutningstaking. Det er fellesskapet som skaper det meningsfylte og trygge miljøet, hvor en bygger på samhold og gjensidig tillit. Medlemskapet hos Fontenehuset er frivillig, gratis og livslangt. Rehabiliteringsarbeidet er preget av troen på at alle mennesker med en psykisk lidelse har en arbeidsressurs i seg, og at en gjennom deltakelse og engasjementet i fellesskap rundt arbeidet gir en kilde til økt selvtilit gjennom et fokus på styrkene til den enkelte, i stedet for sykdommen.

Fontenehuset i Bergen er en privat stiftelse med ansvar for egen drift, men det er også en organisasjon som har søkt om å bli tatt opp som et godkjent Fontenehus gjennom den internasjonale klubbhusbevegelse, *International Center for Clubhouse Development*, heretter omtalt som *ICCD*. Fontenehuset i Bergen sin rehabiliteringspraksis er påvirket av klubbhusbevegelsens definisjon hvor rehabilitering dreier seg om;

Å skape et oppbyggende miljø hvor enkeltpersoner som er sosialt og yrkesmessig uføre på grunn av psykiske lidelser kan hjelpes til å oppnå eller gjenvinne selvtilit og nødvendige ferdigheter som kreves for å leve yrkesmessige produktive og sosialt tilfredsstillende liv

(Beard, Propst & Malamud, 1982:1).

Fontenehuset inngår i et samarbeid med det offentlige hjelpeapparatet, hvorpå de ser på seg et *supplement* til det offentlige hjelpeapparatet. De er avhengig av økonomiske midler for å sikre driften. Dette er til nå blitt ivaretatt gjennom prosjektmidler hos Bergen Kommune, i tillegg har Rådet for Psykisk Helse bidratt, både med rådgivning og med et betydelig beløp fra innsamlingsaksjonen ”Hjerterom”. Helsedirektoratet har bidratt til å dekke en betydelig del av de grunnleggende lønnsutgifter (Fontenehuset i Bergen, 2009a).

I *Prosjektrapport for lokalpsykiatri i Bergen kommune*, som ble utgitt i 2009 omtales Fontenehuset slik:

Fontenehuset, som gir arbeidserfaring gjennom klubbhusmodellen, er under etablering i Bergen. De vil etablere enda et nytt tilbud, der brukerdemokrati, støtte og opplæring står sentralt for å kunne mestre en utvikling mot arbeid.

(Bergen kommune & Helse Bergen, 2009:37)

Fontenehuset i Bergen har utarbeidet eget presentasjonsmateriell som de bruker når de holder foredrag, og tidligere styreleder Kjell Underlid beskriver i dette at Fontenehuset er *en avansert modell for rehabiliteringsprosesser innenfor psykisk helse*. Menneskesynet blir her plassert innenfor den humanistiske tradisjonen og arbeidet og den meningsfulle aktiviteten trekkes frem som et viktig fundament. I dette ligger en tro på mennesket sin egenverdi og likeverdighet, og en iboende tro på at alle mennesker har et iboende vekst og utviklingspotensial. I tillegg nevnes det at empowerment og styrking av selvfølelsen vektlegges, at de er en selvhjelpsorganisasjon og at fokuset ligger på det hele mennesket og ikke på den enkeltes diagnose (Fontenehuset i Bergen, 2009b).

En dag på Fontenehuset i Bergen

I forkant av datainnsamlingsperioden hadde jeg allerede vært på møte med medarbeiderne og noen av medlemmene, alle tillatelser var i orden, det samme var timeplanen over intervjuene mine de neste to uker. Jeg møtte opp til avtalt tid, og ble ønsket velkommen av leder ved Fontenehuset. Vi gikk inn i resepsjonsområdet, der satt allerede de to andre medarbeiderne og et par av medlemmene. Jeg fikk en kaffekopp. Hver morgen samles alle som kommer til morgenkaffe, litt småsnakk om vær og vind, ikke ulikt samtaler jeg kjenner fra min egen arbeidsplass. Morgenmøte - dagens gjøremål fordeles. På en whiteboardtavle står alle de faste arbeidsoppgavene klare til å bli fordelt, alle får anledning til i fellesskap finne en balanse mellom ivareta driften og imøtekommelse av ens behov og ønsker. Intervjuene mine ble satt opp som en egen arbeidsoppgave, det ene stillerommet er reservert til den arbeidsoppgaven, og både jeg og de som intervjues fikk det som arbeidsoppgave den dagen.

Alle gjør sine oppsatte arbeidsoppgaver frem til lunsj. Noen har behov for å trekke seg tilbake, være litt alene – dette brukes stillerommene til. Andre har behov for å bli sett, å ha noen å snakke med. Noen trengte hjelp til å ordne papirer. Lunsj - dagens høydepunkt, alle samles til felles bespisning rundt et stort langbord. Maten lages på huset, det er medlemmene i kjøkkengruppen, som i et samarbeid med en av medarbeiderne som har ansvaret for dette. Maten koster 10,- og smaker fortreffelig. Praten går – noen er mer aktive enn andre, nokså likt en lunsj hos en helt ordinær arbeidsplass. Etter lunsj - en ny arbeidsøkt.

I løpet av en uke blir det gjennomført to fellesmøter utover morgenmøtene. Det ene er et beslutningsmøte, hvor en går gjennom ting som må gjøres, om noen har ønsker og ideer, for den forekommene uken. Det andre ukentlige møtet er et evalueringsmøte hvor en går gjennom uken som har vært. Det stilles to enkle spørsmål; *hva har vært bra* og *hva kunne en gjort bedre*. Hver og en av de fremmøtte, medlemmer som medarbeidere, spørres. Det skrives referater fra alle møtene i en stor loggbok, oppgaven med å være møteleder og ordstyrer går til de som ønsker å gjøre det – dersom ingen medlemmer tar oppgaven gjør medarbeiderne det. Onsdager er fast besøksdag, da kommer potensielle nye medlemmer for en omvisning og en liten prat slik at de selv kan gjøre en vurdering på om Fontenehuset kan passe for dem. Det settes av tid til å møte nye, potensielle medlemmer og oppgaven er utformet som en arbeidsoppgave som både medarbeidere og medlemmer tar del i. Det er flere rom på huset, og alle har sin funksjon. Det er kontorer, møterom, stillerom, bibliotek (under oppbygging), kjøkken med spiseplass til mange og et resepsjonsområde. På flere av rommene henger det whiteboardtavler, noen brukes kontinuerlig med de daglige gjøremål, andre brukes når det er behov for det. I tillegg henges store flippoverark med idèmyldring og planer rundt videre drift.

Praten går – både i pauser og når det jobbes. Det er en god stemning på huset og jeg må innrømme at jeg er overrasket over hvor fort jeg ble inkludert. Mange var nysgjerrige, hva var det egentlig prosjektet mitt gikk ut på? Jeg ble litt etter litt kjent med både medlemmene

og medarbeiderne, vi snakket om alt og ingenting – og det slår meg at vi snakker om hverdagslige ting og ikke har fokus sykdom og diagnoser.

Det norske nettverk av Fontenehus

Fontenehuset i Bergen er et av totalt 8 Fontenehus i Norge, de andre er lokalisert i Oslo, Oslo Øst, Hønefoss, Stavanger, Kongsberg, Drammen og Tromsø⁴. De er organisert gjennom et eget nettverk, *Det norske nettverk av Fontenehus*, heretter omtalt som *Nettverket*. Nettverket ble igangsatt som et prosjekt i regi av Rådet for Psykisk Helse med en prosjektperiode fra 2006-2008. Rådet for Psykisk Helse er en frittstående, humanitær paraplyorganisasjon med 26 medlemsorganisasjoner under seg. De jobber med å være pådriver, bidragsyter og vaktbikkje overfor politikere sentralt og lokalt, utvikle ny kunnskap og sørge for at denne tas i bruk, drive opplysningsarbeid og jobbe for likeverd, inkludering og antistigma, samt bidra faglig og økonomisk til foregangsprosjekter over hele landet⁵. Målsettingen med prosjektet var å opprette kontakt mellom etablerte Fontenehus i Norge, avholde årlige nettverkssamlinger og skape en gruppe hvor eventuelle nye Fontenehus kan henvende til for å få veiledning⁶. Nettverkets oppgave er å representere det enkelte Fontenehus på vegne av fellesskapet overfor offentlige myndigheter, samt jobbe med å få en forutsigbar økonomi for det enkelte Fontenehus.

Rådet for Psykisk Helse har publisert november 2009 en egen *Fontenehushåndbok* på nettstedet sitt, dette for å forsøke å rekruttere og mobilisere til dannelsen av flere Fontenehus i Norge⁷. Rådet for psykisk helse ønsker å være en aktiv samarbeidspartner i etableringsfasen og denne håndboken er et av hjelpemidlene⁸. Rådet for Psykisk Helse har vært en sentral bidragsaktør for Fontenehuset i Bergen ved at de i perioden 2006 til 2009 fikk 2.040.000 kr

⁴ <http://www.fontenehuset.no/>. Lest 02.10.2010.

⁵ <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=1620>. Lest 02.10.2010.

⁶ <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=27510>. Lest 08.10.2020.

⁷ <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29551>. Lest 02.10.2010.

⁸ <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29553>. Lest 08.10.2010.

Nettverket for Fontenehus arbeider etter de internasjonale retningslinjer for klubbhusmodellen, hvor målsettingen er at det enkelte Fontenehus blir sertifisert som godkjent Fontenehus av ICCD. Dette sikres gjennom en signert nettverksavtale hvor alle Fontenehusene forplikter seg til å opptre i tråd med de retningslinjene, Fontenehuset signerte denne 13.05.2009. Selv om det finnes retningslinjer gjennom ICCD vil det være individuelle forskjeller mellom Fontenehusene i Norge, dette kan forklares i at en har ulikt fokus.

Klubbhusbevegelsen

Den verdensomspennende bevegelse omtales ofte som *Fountain House Modell* eller *Club House Modell*, i dette prosjektet har jeg valgt å kalle det for *klubbhusmodellen*. Klubbhusmodellen har sin opprinnelse fra New York, i Nord-Amerika. Hvor det i 1948 var en gruppe mennesker som nylig var blitt utskrevet fra mentalsykehuset Rockland Psychiatric Center i New York som etablerte en gruppe de kalte *We Are Not Alone*. Etter hvert fikk huset navnet Fountain House, derav navnet Fontenehus på norsk (Spjelkavik, 2003:32). Initiativtakerne hadde både et sterkt ønske og et stort behov for å skape et sted som bare var deres, hvor de følte at de ble satt pris på, var ønsket, at var behov for de og at de var akseptert. De hadde alle sammen delt erfaringen ved å være psykiatrisk pasient og opplevd isolasjon, anonymisering, stigmatisering, mangel på venner og arbeid samt svake familiebånd å støtte seg på. Det ble et viktig poeng for dem å kunne definere seg som en klubb, og hvor de fikk et statusskifte fra *utskrevet pasient* til *medlem* (Spjelkavik, 2001:15). I første omgang var dette et enkeltstående selvhjelpstiltak, men etter hvert som tiden har gått har Fountain House utviklet seg til å bli et symbol på en verdensomspennende klubbhusbevegelse.

En viktig bidragsyter i utarbeidelsen av Fountain House og utviklingen fra et enkeltstående tiltak til en klubbhusbevegelse var John Beard, leder ved Fountain House i New York fra 1955 til 1982. Før 1955 jobbet Beard som sosialarbeider ved et stort mentalsykehus i Michigan hvor han gjennom fokus på den friske delen av mennesket og aktivitet hjalp pasienter ut i jobb. Som leder for Fountain House New York fikk han videreutviklet denne

ideen som videre er blitt *klubbhusideologien* (Meeuwisse, 1997:109). Beard sin målsetting var å integrere medlemmene til samfunnet gjennom felles anstrengelser, og han var overbevist om at meningsfylt arbeid ga personlig utvikling og hadde en helende kraft (Meeuwisse, 1997:110). De kortsiktige målene ved denne rehabiliteringsmodellen er å hjelpe medlemmene å gjenoppbygge hverdagsrutiner og etablere sosiale kontakter. De langsiktige målene er å støtte, veilede og følge opp medlemmene til å komme i arbeid eller utdanning (Spjelkavik, 2001:1). Denne prosessen knytter klubbhusbevegelsen til en modell innenfor *empowerment* (Campo, Wolcott et al.) 1997:329).

I 1977 mottok Fountain House New York en flerårig bevilgning fra National Institute of Mental Health med det formål å etablere et nasjonalt opplæringsprogram på bakgrunn av denne spesifikke klubbhusmodellen. I tillegg har andre land kopiert modellen. Denne utvidelsen har hatt noen utfordringer, og i 1993 ble egne retningslinjer vedtatt av verdenskonferansen for klubbhus, og i 1994 ble etablert et internasjonalt støtte- og kontrollorgan for de klubbhusene som arbeidet etter Fountain House-modellen, dette organet heter *International Center for Clubhouse Development* (ICCD) (Spjelkavik, 2003:18). I dag er ICCD en stadig voksende organisasjon som hjelper klubbhus til å hjelpe hverandre rundt om i hele verden (International Center for Clubhouse Development, 2009). Per i dag finnes over 450 klubbhus som drives etter retningslinjene til ICCD i 32 land ⁹.

Klubbhusbevegelsen har 35 konkrete retningslinjer som danner grunnlag for å vurdere kvaliteten på klubbhuset. Vurderingen gjøres gjennom en egen sertifiseringsprosess som utføres av ICCD. Retningslinjene blir av Øystein Spjelkavik (2003), forsker ved Arbeidsforskningsinstituttet, beskrevet som en blanding av regler, praktiske beskrivelser og mål – de er med på å definere Fontenehuset (Spjelkavik, 2003:18). De regulerer driften innenfor 8 hovedområder; medlemskap, relasjoner, lokaler, den arbeidsorienterte dagen, sysselsetting, utdanning, klubbhusets funksjoner og finansiering, styre og administrasjon (International Center for Clubhouse Development, 2008). Retningslinjene til ICCD vil være å finne som det siste vedlegg bakerst i oppgaven.

⁹<http://www.fontenehuset-bergen.no/side14.html.Lest> 27.09.2010

Fontenehuset i Bergen ser retningslinjene som veiledende og forsøker å leve etter filosofien som ligger bak. I retningslinjene ligger også føringer om hva tjenestetilbudet til et Fontenehus skal inneholde, Fontenehuset i Bergen innfrir per dags dato ikke alle kriteriene – men sertifiseringen er en prosess mot et fastsatt mål, så at Fontenehuset ikke innfrir kravene per dags er ikke til hinder for at de forholder seg til ideologien bak.

Det ideologiske fundamentet bak klubbhusmodellens kjerne kan beskrives gjennom fire punkter;

- 1. Fontenehuset tilhører den som deltar, og den som deltar bidrar til å gjøre huset levende. Deltakerne kalles medlemmer, denne betegnelsen ansees for å være tilhørighetsskapende.*
- 2. Alle har behov for å føle seg velkomne.*
- 3. Alle trenger å føle seg ønsket og som en viktig bidragsyter. Fontenehuset er avhengig av medlemmenes bidrag for å ivareta den daglige driften av huset gjennom samarbeid.*
- 4. Alle trenger å føle at det er behov for en, derfor er fellesskapet mellom medarbeiderne og medlemmene tuftet på gjensidig støtte og omsorg.*

(Beard, Propst & Malamud, 1982:1-3).

Dette er tuftet på en overbevisning og en fundamental tro på at mennesker med en psykisk lidelse har en iboende potensiell produktivitet i seg. Arbeidet, spesielt muligheten til å strekke seg etter og oppnå en lønnet sysselsetting, utviklende og reintegrerende kraft i seg opp mot alle mennesker. Deltakelse og engasjementet i arbeidet på klubbhuset er en god forberedelse til og en kilde til selvtillit for den enkelte medlems muligheter for å få et lønnet arbeid utenfor Fontenehuset. Arbeid betraktes også som en sosial arena (Beard, Propst & Malamud, 1982:1-3). Arbeidets sentrale plassering i klubbhusbevegelsen er forankret i FN sin menneskerettighetserklæring, artikkel 23 som omhandler retten til arbeid (United Nation (UN), 1948).

Ideen som gjennomsyrrer hele klubbhusmodellen er at mennesker med psykiske lidelser har de samme behov og drømmer som andre mennesker. Det er denne likheten i våre behov for

anerkjennelse som Fontenehuset ønsker å fokusere på; *du* er verdifull, ønsket og at det er behov for deg (Meeuwisse, 1997:111). Med anerkjennelse menes den idealtypiske forståelsen av gjensidighet mellom mennesker hvor en ser hverandre som likeverdige, til tross forskjellighetene (Pettersen & Simonsen, 2010:16).

Klubbhusideologien har ikke som målsetting å kurere, opprettholde eller utskrive pasienten, men heller gi de som har en psykisk lidelse et langsiktig engasjement som medlemmer av et samfunn som klarer å møte deres behov og gjøre seg nytte av deres evner (Beard, Propst & Malamud, 1982).

Selvhjelpsperspektivet til Beard baserte seg på det meningsfylte arbeidet og et genuint samarbeid mellom ”friske” og ”syke”. Han mente dette bidro mer til å endre ens selvoppfattelse og etablering av kontakt inn mot det omliggende samfunnet enn den ordinære selvhjelpsorganiseringen. Beard mente for øvrig at den tradisjonelle måten å se selvhjelp på bidro til fortsatt ekskludering og segregering (Meeuwisse, 1997:110). Spjelkavik (2003) omtaler denne formen for selvhjelp som *selvhjelp gjennom samarbeid* (Spjelkavik, 2003:31). I dette ligger en spissing av selvhjelpen vekk fra tradisjonell tenkning av selvhjelp der innblanding av profesjonelle ikke sees som forenlig med selvstendiggjøring, og hvor den profesjonelles rolle heller er med på å definere et hierarki hvor løsningsforslagene kommer fra hjelperen (Thyness 2006:36-37). Dette kan ansees for å være klubbhusbevegelsens ideologiske fundament i forhold til selvhjelp.

Samfunnsarbeid

Samfunnsarbeid er ikke en metode, eller en teori – det kan gjerne kategoriseres som en måte å tenke endringsprosesser på med fokus på en kollektiv bevisstgjøring eller endringer på et system- eller strukturnivå – altså noe som får en betydning for mer enn en person (Hutchinson, 2003:20). Det er den kollektive handlingen, prosessen, som gjør at mennesker går sammen for å skape en løsning (Ledwith, Campling et al. 2005:7). Det finnes mange definisjoner av samfunnsarbeid, og det finnes ulike tilnærminer, nivåer og retninger. I problemstillingen ønsker jeg å identifisere likheter og forskjeller mellom

rehabiliteringspraksisen ved Fontenehuset og samfunnsarbeid, og derfor ser jeg det som mest hensiktsmessig å gi en mer generell presentasjon, jeg har valgt en definisjon som jeg mener dekker kjernen i samfunnsarbeid og som har en kobling til

...community work is the process of assisting people to improve their own communities by undertaking collective action

(Twelvetrees, 2002:1)

Sentralt innenfor samfunnsarbeid finner en forebygging og avhjelping av sosiale problemer på organisasjons-, institusjons-, lokalsamfunns- eller samfunnsnivå (Pedersen, 2006:261), noe som er sentralt når en skal inn i et felt som klassifiseres som et folkehelseproblem – for problemene som gir seg uttrykk på et individnivå settes her i en samfunnsmessig kontekst (Hutchinson, 2010:13). Et eksempel på dette kan være mennesker med psykiske lidelser og de utfordringene de står ovenfor i forhold til å få innpass i arbeidslivet.

Det er hensiktsmessig å se på det engelske oversettelsen av samfunnsarbeid for å få et bilde i hva som ligger bak begrepet. I England kalles samfunnsarbeid for *community work*, mens i Nord-Amerika er den vanligste måten å omtale metoden som *community organization* – begrepene er ulike, men betydningen bak er i stor grad den samme (Labonte, 2005, Thyness 2006, Bracht, Kingsbury et al. 1999). Ordet *community* er likt hos dem begge, på norsk oversettes det til *samfunn*. Her trenges en ytterligere konkretisering, for den engelske betydningen av ordet *community* gir en dobbeltbetydning – det kan bety både samfunn og fellesskap. Betydningen av *samfunn* er altså her av en utvidet karakter, hvor samfunn ikke bare er et territorielt avgrenset område, men også et fellesskap på bakgrunn av sosiale system for interaksjon, følelser av samhørighet og/eller symbolsk tilhørighet (Turunen, 2004:10)

Samfunnsbegrepets utvidete karakter samsvarer med Twelvetrees (2002) sine to beskrivelser, *community of interest* og *community of needs*. Begrepene benyttes om hverandre, og indikerer at samfunnsarbeid ikke kun er for gruppen som opplever å være underprivilegerte i forhold til andre grupper i samfunnet (Twelvetrees, 2002). Twelvetrees (2002) viser til at noen slike grupper ivaretar sine egne interesser i brukerorganisasjoner

drevet av gruppen selv. Han mener at disse gruppene følger hovedprinsippene i samfunnsarbeidsperspektivet (Twelvetrees 2002:112).

Klubbhusbevegelsen beskriver seg selv som et *intentional community*, basert på overbevisningen om at medlemmer kan og vil nå sine mål i livet da gitt muligheter, tid, støtte og fellesskap (Beard, Propst & Malamud, 1982:186). Fontenehuset kan kategoriseres som både et sosialt system og som en følelse av samhørighet gjennom både å være en arbeidsplass, men også å være et sted hvor en får en tilhørighet gjennom å dele felles utfordring. Samfunnsarbeid dreier seg om gruppebasert arbeid, for Fontenehuset er gruppens eneste kjennetegn er at medlemmene deler erfaringene ved å ha psykiske lidelser.

Det å finne fellesskapsfølelsen kan kreve en viss innsats, og Dalton, Elias og Wandersman (2001) viser til en undersøkelse som er gjort innenfor sosiologi og sosialpsykologi er særlig fire elementer peker seg ut; medlemskap, innflytelse, integrering og behovsoppfyllelse (McMillan & Chavis 1986 in Dalton, Wandersman & Elias, 2001:193). Det er innenfor fellesskapets prosesser en finner rom for igangsettelse av endringer, noe som igjen vil medføre at enkeltindividets livsbetingelser forbedres (Thyness, 2006:69). Selvhjelpsgrupper kan være et eksempel på et slikt fellesskap, gjennom å være nettverksorientert arbeid på et gruppenivå (Fyrand, 2005:270). Selvhjelpsorganisering kan også sees på som en kritikk til det eksisterende hjelpetilbudet, og ser en på selvhjelp som bevegelse for forandring vil en kunne identifisere ønske om endring på to nivåer; mikro- og makronivå (Skårderud, 1988:155-156). Myndighetene knytter selvhjelp opp som et viktig virkemiddel for mennesker med psykiske lidelser, både i St.meld.nr.16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*, i *Opptappingsplanen* og gjennom *Nasjonal plan for selvhjelp* (Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Norsk selvhjelpsforum, 2004 ; St.meld.nr 16, 2002-2003 ; St.prp.nr 63, 1998). Selvhjelp sees på som et viktig supplement til det ordinære oppfølgingsapparatet, og medvirkning, styrking, selvstendiggjøring og egenmestring står sentralt og kan gi økt livskvalitet og øke den enkeltes muligheter til å delta i samfunnet – fra å være en passiv mottaker til en aktiv deltaker i eget liv (St.meld.nr 16, 2002-2003:57). Selvhjelp kan sees på flere måter, i dette masterprosjektet sees det på som en form for kollektiv organisering av mennesker som deler et felles behov eller

problem, hvor de kan komme sammen for gjensidig hjelp med å finne løsninger eller lindring. Arbeidsform og størrelse varierer, det samme gjelder grad av involvering fra profesjonelle. Ideologien bak selvhjelpsgruppen er nødvendig for å skape enighet om innhold eller mål (Seim, Hjemdal & Nilsen, 1997:kap.2).

En samfunnsarbeiders rolle er å forsøke å synliggjøre hvilke oppgaver som egner seg for kollektiv innsats, og mobilisere folk til felles problemløsning (Turunen, 2004:65). Dette gir seg utslag i forskjellige måter å tilnærme seg feltet på, og en kan være alt fra igangsetter, katalysator, organisator, megler, advokat, administrator og så videre (Twelvetrees, 2002 ; Hutchinson, 2010). I følge Twelvetrees (2002) er det vanlig å tenke at samfunnsarbeideren på sikt skal gjøre seg overflødig, i denne ligger det også en forventning om at samfunnsarbeideren også skal kunne trekke seg ut (Twelvetrees, 2002:49-50).

Menneskesynet til samfunnsarbeid er optimistisk og idealistisk, og fokuset er preget av muligheter og ressurser, aktivitet og medvirkning (Thyness, 2006:80). En har tro på mennesket og dets muligheter til å vokse, mobilisere og til å handle og påvirke omgivelsene (Hutchinson, 2010:17 ; Sudmann & Henriksbø, 2009). Innunder dette finnes en rekke delte grunnverdier, som rettferdighet, respekt, demokrati, kjærlighet, empowerment å skape bedre vilkår for personer som på ett eller annet vis er marginaliserte. Det er på bakgrunn av disse verdiene en finner en tilnærming, ferdigheter og teknikker som kan defineres som samfunnsarbeid (Twelvetrees 2002:9). Her er flere sammenfallende elementer med Fontenehuset, dette vil bli omtalt senere, men med et særlig fokus på empowerment og medvirkning.

Menneskerettighetene kan sees på som et verdifullt rammeverk for samfunnsarbeid, selv om det finnes en rekke elementer som problematiserer en slik sammenligning, kan en si at det finnes en forankring mellom menneskerettighetene og samfunnsarbeid (Ife & Fiske, 2006 ; Sudmann & Henriksbø, 2009). For Klubbhusbevegelsen er menneskerettighetene helt sentrale da de bygger på FN sin menneskerettighetserklæring, artikkel 23 som omtaler retten til arbeid.

Samfunnsarbeid dreier det seg om endringsarbeid, hvor dets medborgere gjennom felles innsats jobber frem endringer som bedrer deres livsvilkår. Dette åpner opp for at en kan se samfunnsarbeid i et virksomhetsteoretisk lys, hvor en ser på det dialektiske forholdet som finnes mellom individet og samfunnet. Det er den dialektiske vekselvirkningen mellom individ og samfunn som er utslagsgivende for vår utvikling (Hammerlin & Larsen, 1997:218).

I virksomhetsteorien skjer menneskets utvikling, sosialt, psykologisk og erfaringsmessig, innenfor forskjellige virksomhetsarenaer. De av virksomhetene som har viktigst betydning for vår utvikling kalles for dominerende virksomheter, og hva som er dominerende vil variere ut fra hvilken livssituasjon vi står i. Det er også oppdelt i nødvendige livsbehov som for eksempel arbeidsvirksomhet og frie behov som for eksempel lekevirksomheten. Det er helheten av alle virksomheter som er arenaer for den enkeltes utvikling og personlighetsdannelse (Hammerlin & Larsen, 1997:208). Virksomhetsteorien representerer det materialistisk-dialektiske menneskesyn som kjennetegnes ved at mennesket betraktes som handlende og skapende subjekter, og at subjektet har et aktivt forhold til det objektive gjennom det å bli påvirket og det å påvirke. Subjektet er med på å skape det objektive, gjenstandene og forholdene (Hammerlin & Larsen, 1997:35). Mennesket er ikke kun et produkt av samfunnet, men også en premissleverandør - vi både produserer, reproducerer og forandrer livsbetingelsene våre. Alt dette skjer særlig i samvirke og i kollektive virksomheter (Hammerlin & Larsen, 1997:35). Virksomhetsteorien er både individ-, gruppe- og samfunnsorientert (Hammerlin & Larsen, 1997:220).

Innenfor virksomhetsteorien vil synet på psykiske lidelser betone seg som et resultat av samfunnsmessig virksomhet, lidelsesproduksjon og av menneskes egen livsførsel, det er med andre ord ikke noe som kommer *kun* innenfra eller *kun* utenfra (Hammerlin & Larsen, 1997:218). Miljøet rundt oss preger oss i både følelses- og bevissthetsoppbyggingen, men det er fullt mulig å for individene å bryte ut, og stille seg kritiske til forholdene (Hammerlin & Larsen, 1997:36). Disse prosessene er sentrale i samfunnsarbeid, og omtales som empowerment.

Empowerment

Empowerment er selve grunnlaget for samfunnsarbeid, og kan sees på gjennom en maktmobilisering som skjer når individet utvikler en *kritisk bevissthet* om sin egen situasjon. Dette fører videre til økende deltakelse for å endre undertrykkende samfunnsforhold (Ledwith, 2005:1). Dette er tuftet på et menneskesyn hvor en anerkjenner alle mennesker ressurser og kapasitet til selv å definere egne problemer og utvikling av handlingsstrategier (Andersen & Vinther-Jensen, 1997:16).

Bruken av begrepet empowerment er ikke uproblematisk, og ofte brukes det uten at det defineres hva som ligger bak – dette kan være med på å legitimere pseudodemokrati hvor det er avvik mellom det en sier og det en gjør (Aude, 2000). Det blir derfor viktig å si litt om noen av tilnærmingene og perspektivene. Jeg har valgt å legge følgende definisjon til grunn;

...a social action process by which individuals, communities and organizations gain mastery over their lives in the context of changing their social and political environment to improve equity and quality of life.

(Minkler & Wallerstein, 2005:26).

Empowerment er et engelsk ord, og vi har ingen fullgod oversettelse i Norge. Power betyr makt, styrke og kraft. Askheim og Starrin (2007) kobler empowerment sammen med begreper som gir assosiasjoner til selvtillit, sosial støtte, stolthet, delaktighet, egenkontroll, kompetanse, borgerrettigheter, selvstyre, samarbeid og deltakelse (Starrin & Askheim, 2007:18). Empowerment er en følelse hver enkelt kan oppnå, en handling, det er en prosess og et produkt, det er middel og mål og det er strategi og metode (Andersen & Vinther-Jensen, 1997:76). Innenfor helseprofesjonene anerkjennes empowerment som en helsefremmende strategi (Andrews, 2003:6).

Empowerment kommer i ulike tilnærminger, og Askheim (2007) presenterer følgende inndeling; *empowerment som etablering av motmakt, en terapeutisk posisjon og en markedsorientert tilnærming* (Askheim & (red.), 2007:22). Innenfor disse tilnærmingene finnes igjen ulike forståelser, fra den radikale til den liberalistiske. I dette prosjektet har jeg

tatt utgangspunkt i en radikal tilnærming til begrepet hvor det er en viktig målsetting for empowerment å bedre livsvilkårene for den gruppen det gjelder, at gruppen får større innsikt, handlingskompetanse og makt til å definere sine egne problemer og løsninger. Ønsket om å endre de gitte betingelsene i samfunnet for å oppnå en større rettferdighet og likhet står sterkt (Andersen & Vinther-Jensen, 1997:58).

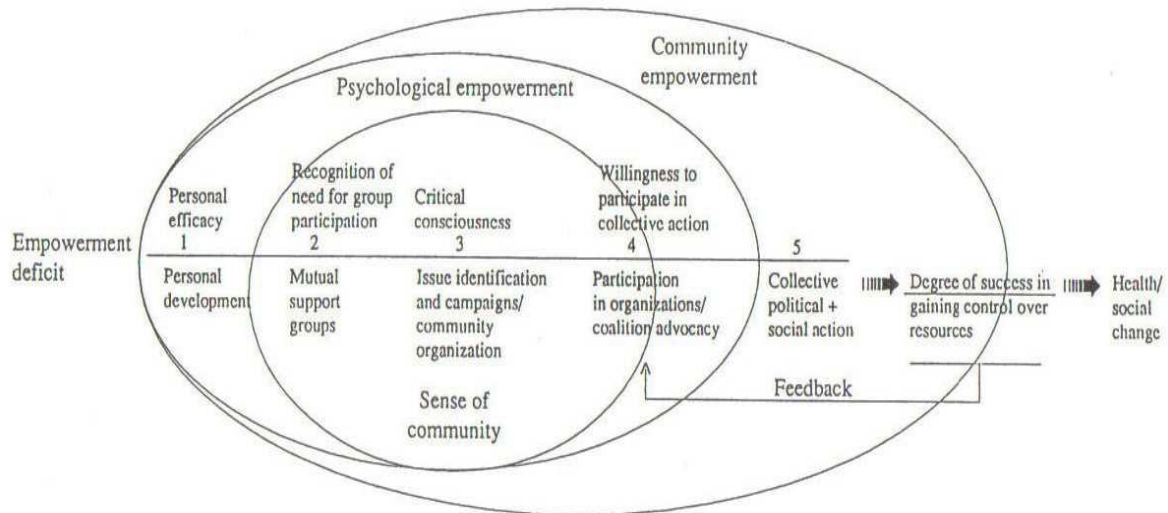
Den terapeutiske tilnærmingen er interessant i forhold til faget psykisk helse, for den er fremtredende innenfor det helsefremmede arbeid. Det terapeutiske kan gi assosiasjoner til behandling (Hutchinson, 2010:93). Dette empowermentbegrepet har sine røtter i psykoanalysen og Freud, hvor en fokuserer på de tanker og forestillinger som hindrer ens utvikling (Rønning, 2007:41). Her forstås empowerment som *myndiggjøring* og maktdimensjonen er mindre fremtredende, og på andre måter, og en er mer opptatt av styrking- og kraftdimensjonen ved begrepet (Rønning, 2007 ; Askheim & (red.), 2007). Rollen til de profesjonelle endres fra å være styrende til å være en samtalepartner, og brukererfaringen skal likestilles med fagkompetansen (Askheim & (red.), 2007:29). Denne tilnærmingen kan gjerne sies å være mer tilpasset vårt velferdssystem, noe som også belyses gjennom empowerment settes i et folkehelseperspektiv i Stortingsmelding 21 (1998-99), *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* (St.meld.nr 21, 1998-1999).

Empowerment som etablering av motmakt viser til individets livssituasjon og samfunnsmessige, strukturelle forhold (Askheim & (red.), 2007:22). Denne tilnærmingen innefor empowerment har sine røtter i marxismen, og kan oversettes med *maktmobilisering* hvor en har fokus på å fri seg fra undertrykkende objektive maktrelasjoner gjennom organisering og maktmobilisering (Rønning, 2007:41). Jeg har innledningsvis sagt at mennesker med psykiske lidelser i større grad enn andre kan ha problemer med å få innpass på arbeidsmarkedet, med alt det medfører. I tillegg til styrkings- og kraftdimensjonen, vil makt være et viktig element her, dette synliggjøres gjerne best ved å se avmakten som kan karakterisere denne gruppen. Det kan være nyttig å skille mellom makt *til* å forandre en situasjon og makt *over* andre (Aude, 2000:15).

I en forlengelse av dette kan det være hensiktsmessig, som Bracht, Kingsbury og Rissel (1999) argumenterer for, å dele empowerment inn i to nivåer, psykologisk empowerment (*psychological empowerment*) og samfunns/fellesskaps empowerment (*community empowerment*). Med psykologisk empowerment mener de den subjektive følelsen av større kontroll over eget liv som kan oppleves som følge av en aktiv deltakelse i en gruppe eller i en organisasjon. Følelsen av å tilhøre et fellesskap viktig, men empowerment kan skje uten deltakelse i kollektiv politisk handling (Bracht, Kingsbury & Rissel, 1999:86-87).

Samfunns/fellesskaps empowerment er mer en tilstand som oppnås når en har oppnådd en faktisk styrking av makt som en følge av fordelingen av ressurser, beslutningsmyndighet og økte ressurser (Bracht, Kingsbury & Rissel, 1999:86-87). Med fellesskap menes en samling av mennesker, som en naturlig enhet hvor en har et felles grunnlag og en enighet rundt dette. De faktorene som binder denne samlingen av mennesker antas å være sterkere enn de faktorene som kan splitte, og hvor forskjellene mellom medlemmene er underordnet likheten (Bauman & May, 2004:59). Dette er et høyere nivå enn psykologisk empowerment, hvor den kritiske bevisstheten inngår som et viktig element for å gi grobunn for kritisk tenkning og bevisstgjøring rundt egen situasjon, som igjen kan motivere/føre til handling hvor en forsøker å gjøre noe med egne og gruppens betingelser og livsvilkår (Andersen & Vinther-Jensen, 1997:15, Bracht, Kingsbury et al. 1999:87, Minkler & Wallerstein, 2005).

Modellen under fremstiller fem elementer som er viktige i forhold til å se prosessen mellom disse to nivåene:



Figur 1. Modell of the Critical Components of Psychological and Community Empowerment.

(Bracht, Kingsbury & Rissel, 1999:90)

Disse to nivåene, *psykologisk-* og *samfunns/fellesskap* empowerment må sees i sammenheng med hverandre – for elementene påvirker hverandre. Jeg viser her til dialektikken som tidligere ble nevnt innenfor det virksamhetsteoretiske perspektivet. Dersom en tar utgangspunkt i modellen til Bracht (1999) kan dette symboliseres gjennom den ytterste sirkelen. Prosessen mellom disse to krever at en har en bevissthet og en kritisk tenkning rundt seg selv og sin situasjon (Andersen & Vinther-Jensen, 1997). En stor inspirasjon til denne retningen er den søramerikanske pedagogen Paulo Freire som med sin bok, *De undertryktes pedagogikk*, omtaler prosessen rundt bevissthet og kritisk tenkning, hvor dialogen er hans redskap for forståelse og utforskning (Hutchinson, 2010). Den dreier seg om at individet blir et subjekt i eget liv, om å bli bevisstgjort og aktivt handlende. Denne bevisstgjøringen går på å bli kjent med de strukturelle forholdene rundt en som gjør at en aksepterer situasjonen (Freire & Nordland, 1999). Tenkningen bunner i en overbevisning om at mennesker ikke kan inspireres og engasjeres til handling dersom de ikke kjenner sin egen situasjon her og nå (Pople, 1995:64).

Freires utgangspunkt var fattige landarbeidere og deres livssituasjon, men hans pedagogikk har overføringsverdi til andre grupper hvor mennesker holdes utenfor og undertrykkes. Undertrykkelsen bærer preg av stigmatisering, rangering, gradering og at en kategoriseres ut fra språk, arbeid (eller mangel av arbeid), hudfarge, helse (Freire & Nordland, 1999:14). Avmakt og følelse av oppgitthet gjennom uvitenhet og apati er sentral i Freires litteratur (Hutchinson, 2010:17), og Freire (1999) trekker selv frem *trygdemottakeren* som eksempel på en undertrykt person, og han understreker at dette er fordi enkeltindividene det gjelder avviker i fra den gjeldende forestillingen av hva som er *det gode samfunn* (Freire & Nordland, 1999:57). Både helseutfordringer og det å være en mottaker av ulike trygdeordninger kobler hans teori til gruppen mennesker med psykiske lidelser.

Hans pedagogikk består av erkjennende handling gjennom likeverdig dialog i et fellesskap, og ikke overføring av kunnskap. Overføring av kunnskap, er for Freire med på å opprettholde undertrykkelsen da den ene parten er et aktivt subjekt og den andre parten er et passivt objekt som - en lærer, med en fasit, og flere elever som lærer på en mekanisk måte (Freire & Nordland, 1999). Målsettingen er å frigjøre den enkeltes rike muligheter, men det forutsetter igjen at vedkommende ikke er utrygg, passivisert eller undertrykt (Freire & Nordland, 1999:13). Dialogen som Freire snakker om har som mål å bli praxis, altså en interaksjon mellom refleksjon og handling med sikte på personlig- og fellesskapsendring. Dette for å skape en felles virkelighetsforståelse, og at de problemene gruppen har til felles blir sees i lys av, og analysert, i den sosiale konteksten (Wallerstein, Sanchez et al. 2005:221). Gjennom selv å definere egne problemer og se de i lys av en større sammenheng kan gruppen i fellesskap jobbe sammen for en løsning som gagnar dem. Løsningen gagnar kanskje ikke myndighetene, men så er det gjerne den instansen som får status som undertrykker. I skjæringspunktet mellom psykologiske- og samfunns/fellesskaps empowerment ligger et ønske om å redusere sosiale og psykiske risikofaktorer, dette gjøres gjennom å skape en fellesskapsfølelse hvor en øker ens deltakelse i beslutninger og i aktiviteter og aksjoner på et gruppe- eller samfunnsnivå (Andersen & Vinther-Jensen, 1997:15).

Innenfor det offentlige hjelpeapparatet brukes empowerment ofte om grupper som ansees for å være i en *avmaktsposisjon*, et eksempel som gis av Askheim (2007) er mennesker med psykiske lidelser (Askheim & (red.), 2007:21). Det er gjort en del forskning på feltet rundt empowerment og helse, og i NOU 1998:18, *Det er bruk for alle*, henvises det til Nina Wallerstein (1993) sin forskning hvor hun hevder at disse gruppene, som omtales som *marginaliserte*, er mer utsatt for sykdom enn andre, de opplever maktesløshet og mangel på kontroll over egen livssituasjon (NOU 1998:18:3). Med maktesløshet menes en manglende kontroll over eget liv og skjebne (Andersen & Vinther-Jensen, 1997:12)

Ved at empowerment kan omtales som maktmobiliserende (Hutchinson, 2003:4 ; 2010), vil det være naturlig å også trekke inn maktbegrepet. Maktbegrepet er komplisert og det finnes en rekke former for makt. Det er nødvendig å nevne at det psykiske helsevesenet har en særlig mulighet for å utøve makt og sosial kontroll og at dette også kan inkludere bruk av lovhjemmet tvang (Norvoll, 2002:121), dette gjøres når det er fare for eget og andres liv og helse. I tillegg til kontrollaspektet har fagfolket også definisjonsmakten (Schafft, 2008:31). En konsekvens av dette kan være at muligheten til å medvirke påvirkes. Max Weber (1995) sin definisjon av makt gir en allmenn forståelse, og det understrekets at den som har mest makt i en situasjon også er den som har størst sjanse for å få gjennomslag for sin vilje. Webers definisjon på makt er som følger;

...et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand.

(Weber, 1995:53)

Ens mulighet til å bli ivaretatt påvirkes av hvor stor makt en har, og de som ikke føler de får det de trenger, fordi de ikke er i posisjon til det, vil kunne komme i en avmaktsposisjon etter hvert. Konsekvensen av en slik avmaktsprosess er at en mister troen på at endring er mulig (Hutchinson, 2010:81).

Klubbhusbevegelsens tilnærming til empowerment finner en gjennom begrepet *mutual empowerment*, dette kan oversettes til norsk som *gjensidig empowerment*. Klubbhusbevegelsen tar her avstand til brukerstyring, maktdemonstrasjon og at personer

skal ha en individuell valgfrihet. Empowerment sees på som en gjensidig prosess der en gjennom interaksjon med den signifikante andre får styren til *do or act* (Meeuwisse, 1997:127-129).

Medvirkning

I samfunnsarbeid er medvirkning sentralt, for uten den vil en ikke kunne kalle noe for samfunnsarbeid (Hutchinson, 2003:27). Samfunnsarbeidets utgangspunkt at man skal kunne arbeide sammen *med*, fremfor å arbeide *for* de det gjelder (Hutchinson, 2003 ; Twelvetrees, 2002). Medvirkning fremheves ofte som noe positivt for individet, og at det derfor også kan ha en terapeutisk effekt. I tillegg trekkes det frem som en menneskerettighet og en god mulighet for å utøve demokrati i praksis (Thyness, 2004:252) Hvordan medvirkning gir seg utslag i praksis vil derimot kunne utarte seg på forskjellig vis ut fra hvilken tilnærming en velger, og hvor stor grad av deltakelse som er forventet av den det gjelder.

En skal være bevist på at det finnes flere nivåer for utforming og graderinger av både deltakelse, medbestemmelse og medvirkning, og her ligger ulike former for makt. Dette er helt vesentlig innenfor et felt som psykisk helsearbeid og rehabilitering, dette fordi medvirkningsbegrepet er et godt integrert virkemiddel innenfor det offentlige hjelpeapparatet, men også fordi dette er innenfor en disiplin som har en lang tradisjon på å være ekspertorientert og individrettet.

Et av Opptrappingsplanens poeng var en styrking av brukermedvirkningen (Sverdrup, Myrvold & Kristofersen, 2007:58). Veldig ofte brukes begrepet *brukermedvirkning* innenfor det offentlige hjelpeapparatet når en snakker om medvirkning, St.meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring - Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* (1998-1999) er et godt eksempel, hvor beskrivelsen av *brukernes* behov for deltakelse fremstår som en av de politiske intensjonene bak brukermedvirkningen.

Det er en intensjon at en skal endre praksisen fra at hjelper skal være en tilrettelegger til å oppmuntre til aktiv deltakelse, og hvor fagmiljøet skal anerkjenne brukererfaring;

Brukarmedverknad inneber at den enkelte sjølv har eit medansvar. Eit viktig utgangspunkt for rehabilitering er at ein kan oppnå gevinstar når menneske blir oppmoda til å vere aktive og sjølve ta ansvar. Tenesteapparatet si primære rolle vil i stor grad vere å leggje tilhøva til rette og gi støtte og råd - å yte hjelp til sjølvhjelp.

(St.meld.nr 21, 1998-1999: kap.1.2)

Dette gir indikasjoner om de verdier som finnes i samfunnet - hvordan mottakerne av en ytelse eller tjeneste skal få mer innflytelse på eget liv og kvalitet på tjenestene (St.prp.nr 63, 1998:kap.4.1.1). Brukarmedvirkningen er et *normativt* begrep, innenfor det offentlige hjelpeapparatet vil dette gi seg utslag i en forståelse av brukarmedvirkningen som noe positivt – noe som representerer likeverdighet og demokrati (NAV Interim, 2006:3). I tillegg til dette er det en juridisk rettighet (Ot.prp. nr. 12, 1998-1999) Fontenehuset tilnærming til begrepet *bruker* stiller seg noe annerledes da de velger å omtale de som bruker huset for *medlemmer* og ikke brukere. Dette bunner i et syn hvor de mener at *bruker* står i et avhengighetsforhold til den andre, *hjelperen*. Dette beskrives som en prosess hvor en går fra å ha en subjektstatus til å få en objektstatus, hvor en blir en gjenstand for andres handlinger, vurderinger og avgjørelser (Skau, 1994:49).

Innenfor det offentlige hjelpeapparatet nevnes brukarmedvirkning ofte sammen med empowerment. Grunnen til dette er ifølge Rønning (2007) at begge er lansert som en metode for å styrke brukernes situasjon innenfor det offentlige hjelpeapparatet. Det som skiller de er at innenfor brukarmedvirkningen så er bruker definert i forhold til hjelpeapparatet, mens empowerment omhandler brukers allmenne forhold til samfunnet (Rønning, 2007:34). Praksisen av brukarmedvirkning kan tolkes, defineres og utøves på ulike måter. Dette er også Løkens utgangspunkt (2007), hvor hun peker på at brukarmedvirkningen er personavhengig og varierer ut fra forståelsen og interessen for temaet fra både leder og tjenesteutøver (Løken, 2007:142).

Dette kan igjen settes i sammenheng med medvirkning generelt og i hvor stor grad deltakelse som tillates. For å klare å skille graderingene og typer av deltakelse er det blitt

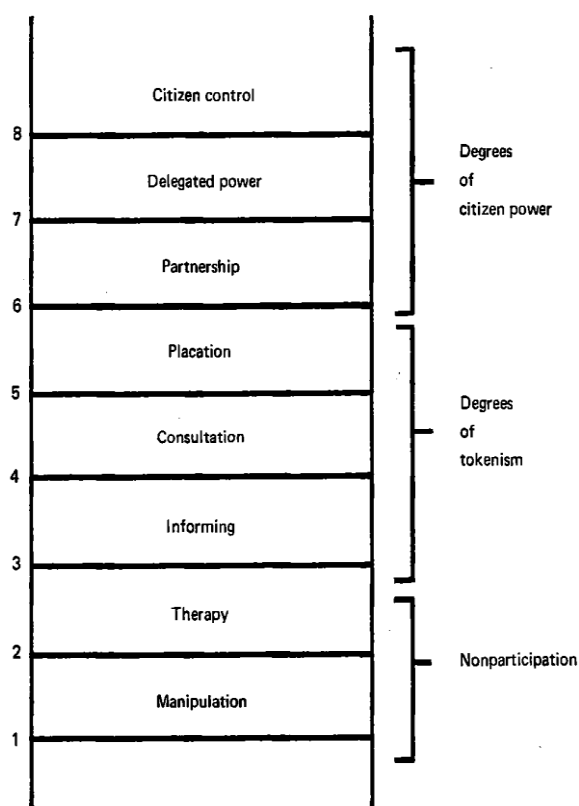
laget ulike typologer. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Sherry Arnsteins (1969) billedliggjørende deltakelsesstige, *Ladder of Citizen Participation*, hvor maktstrukturer og dets samhandlinger i samfunnet omtales. Det Arnstein omtaler som *citizen participation* ser jeg i lys av *brukermedvirkning*. Utgangspunktet for Arnstein sin stige er de som er på mottakersiden (brukerne), hvor på deltakelse sees ut fra deres perspektiv. Dette kan passe godt i forhold til gruppen som omtales i denne oppgaven, mennesker med en psykisk lidelse, som i stor grad er mottakere av både økonomiske trygdeytelser og offentlig hjelpetiltak. Arnsteins stige, i følge Cornwall (2008), en av de best kjente typologiene og til tross for at den ble utviklet på slutten av 1960-tallet så har den beholdt relevansen frem til i dag. Det kan være mange grunner til dette, men som Cornwall sier;

What Arnstein's reminds us is that participations ultimately about power and control.

(Cornwall, 2008:270-271).

Typologien gir en illustrasjon over det samspillet som skjer mellom de som har makt og de som ikke har makt – og hvordan grupper holdes utenfor selv om det fremstår som at de har deltakelse og medvirkningsmuligheter (Arnstein 1969:216). Stigen er en forenkling av virkeligheten – dette er helt nødvendig, fordi bruken av begrepet *brukermedvirkning* er nå så utstrakt at det betegner nesten alt som involverer mennesker (Cornwall, 2008:269). Det betyr at jeg ikke kommer til å problematisere typologien utover det den presenteres i deltakelsesstigens åtte makttrinn.

De to første trinnene, *manipulasjon* og *terapi*, gir i følge Arnstein ikke en reell deltakelse. Målsettingen er ikke deltakelse i planleggingsfasen eller gjennomføringen, men heller et



Figur 2. Eight Rungs on a Ladder of Citizen Participation

fokus på at folks skal endres gjennom utdanning eller helbreding. Istedenfor å se på muligheter for å endre samfunnet, går en heller inn og forsøker å tilpasse det enkelte individet. Trinn tre og fire, *informasjon* og *konsultasjon* gir tillatelse til de som står utenfor til å ha en stemme, men ingen medbestemmelse. Det femte omtales som *placation*, på norsk vil det kunne oversettes til å *blidgjøre* eller å *stoppe munnen på*. Her gis en mulighet til å gi råd, men en er fremdeles utelatt fra retten til å ta avgjørelser. Disse tre trinnene representerer ulike nivåer for *tokenisme*, symbolsk påvirkning. Det sjette

trinnet, *partnerskap*, ligger samarbeid mellom partene, både på planleggingsnivå

og i forhold til avgjørelser. Trinn syv og åtte, *delegert makt* og *brukerkontroll*, representerer det nivået hvor de som er holdt utenfor har innhentet flertallet av beslutningsprosessen eller har full ledelsesmessig makt (Arnstein, 1969:221-223).

I følge Arnstein (1969) er denne forenklingsmodellen av virkeligheten mulig fordi makteliten ser de som står utenfor *som ett*. Dette er en sosial kategoriseringsmekanisme som mennesker benytter seg av både for å rydde opp i den store mengden med informasjon, men også for å definere individets plass i samfunnet (Akman 1993:69). Jeg mener Bauman og May (2004) beskriver dette på en god måte ved å si at *vi* er den gruppen vi selv tilhører, mens *de* er den gruppe vi ikke tilhører. At vi ikke er i *de-gruppen* kan både være noe vi blir nektet, eller noe vi ikke ønsker. Videre sier de at bildet av *de* ofte er oppdelt og utydelig, og

at det ofte er et resultat av manglende forståelse og frykt. Vi representerer selvidentiteten vår (Bauman & May, 2004:43).

Dette kan kobles til en medvirkningsprosess som omtales som *recovery*. På norsk kan det oversettes til bedring og tilfriskning, hvor personen som opplever problemene og konsekvensen for den enkelte, er i fokus. Det sentrale er at den enkelte lærer å leve med og finne måter å overkomme barrierene sine på og gjennom det oppnå en større kontroll (Borg, 2007:19). Egeninnsatsen vektlegges og begrepet er tett knyttet til empowerment (Schafft, 2009:20-28). Med egeninnsats kreves også medbestemmelse, eller medvirkning som det tidligere er blitt omtalt her, denne medbestemmelsen krever at relasjonen mellom partene preges av gjensidighet. Gjensidigheten og engasjementet til begge parter ansees som avgjørende i forhold til bedringsprosessen – det handler om å bli sett og hørt og vite at det er noen der (Topor, 2003:54-62). Recovery kan ikke betraktes som en metode hvor en lager en manual eller bruksanvisning, det er mer en måte å tenke det hele mennesket på – at en ikke kan se individet uavhengig av alt som er innenfor vår hverdag (Borg, 2007:50).

Psykiske lidelser og rehabilitering

Fontenehuset er for mennesker med psykiske lidelser, for å kunne se på klubbhusmodellens rehabiliteringstilnærming og Fontenehuset rehabiliteringspraksis mener jeg det er nødvendig å gi en kort presentasjon om hva dette innebærer. Jeg har valgt å kort si noe om hva som kjennetegner gruppen før jeg vil si noe om det offentlige hjelpeapparatet dette er rammen rundt det totale rehabiliteringsfokuset. Det arbeidsorienterte fokuset er sentralt, jeg vil derfor omtale arbeidet funksjon og verdi.

Mennesket og diagnosen

Mennesker med psykiske lidelser utgjør en stor gruppe, og den er langt fra homogen – alder, kjønn, utdanning og yrkesbakgrunn, hvor lenge en har vært syk, hvilket nettverk en har, hvilke mestringstrategier, personlig styrke og evne til å håndtere stress og belastninger varierer (Borg, 2003c:42). Det opereres med forskjellige diagnoser, ulike kombinasjoner av diagnoser og store individuelle variasjoner innenfor den enkelte diagnosen. Nasjonalt

Folkehelseinstitutt, definerer psykiske lidelser som plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Begrepet psykiske lidelser omfatter alt fra mildere plager som fobier og lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som for eksempel schizofreni (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009:10-15). Psykiatrien selv, som har som hovedoppgaver å stille diagnoser, behandle og forebygge psykiske lidelser, påpekes at det derimot at det ikke finnes en kort og enkel definisjon på psykiske lidelser (Malt, Retterstøl & Dahl, 2003:9). Norge følger en internasjonal klassifikasjonsmodell, utarbeidet av Verdens helseorganisasjon, som heter ICD-10. ICD står for *International Classification of Diseases*, og tallet 10 viser at vi benytter den tiende utgaven. Det er et hjelpemiddel for å kategorisere informasjon om pasienten og gi en diagnose. Diagnosen er en samling av kliniske opplysninger og utgjør summen av en rekke symptom og vurderinger (Håkonsen, 2000:34-35).

I forhold til samfunnsarbeid og dets fokus på deltakelse og aktiv medvirkning blir det understreket av sosiolog Sunniva Ørstavik (2002) at det finnes noen felles kjennetegn ved psykiske lidelser som kan hemme medvirkningen og deltakelse, og grunngir dette med at noen diagnoser kan medføre tilbaketrekning, isolasjon og angst, vrangforestillinger og paranoia. Det understrekes at selv om det finnes en rekke utfordringer, så anser en gjerne deltakelse og medvirkning som enda viktigere for behandling og rehabilitering når det dreier seg om ens psyke, enn om det var en fysisk skade/sykdom (Ørstavik, 2002:159).

Diagnoser er både på godt og ondt. Diagnose er et verdifullt instrument innenfor psykiatrien for å identifisere riktig behandling og profesjonell hjelp, det er i tillegg inngangskriteriet for en del rettighetsbaserte ytelser i regi av NAV. Men det kan også være et samfunnsmessig instrument for undertrykking. I det så ligger det at et slikt kategoriseringssystem så løper en risikoen ved å stå i veien for en mer personlig tilnærming og forståelse. Det kan føre til en selvoppfyllende profeti, gi en uheldig sosial *stempling* på bakgrunn av at samfunnet rundt er preget av å ha en rekke fordommer mot psykiske lidelser og at diagnosen i seg selv kan stå i veien for å forstå de psykiske lidelsen gjennom andre innfallsvinkler ved å kun fokusere på diagnosen til individet og ikke se den totale helheten rundt (Håkonsen, 2000:36-37). En annen konsekvens påpekes av Thesen

(2001) hvor hun oppsummerer resultatene fra sin forskning. Hun påpeker at det å få en psykiatrisk diagnose kan medføre et skifte av identitet fra å være et menneske til å være en psykiatrisk pasient. Dette knytter hun til Goffman sitt begrep *stigmatized identity* (Thesen, 2001:254). I dette ligger det at den stigmatiserte har en tendens til å dele den samme identitetsoppfattelse som alle andre har (Goffman, 1986:7).

Det å ha en psykisk lidelse, en diagnose, kan innebære å ha et *stigma*. Med stigma menes å ha en egenskap ved seg som kategoriseres som ufordelaktig av den som kategoriseres, dette blir en del av ens *sosiale status*. Denne ufordelaktigheten avviker av hva som forventes er ”normalt”, Goffman nevner spesielt tre typer stigma; den første går på fysiske abnormaliteter, den andre på skavanker ved ens personlige karakter og det siste er knyttet til ens tilhørighet i forhold til etnisitet, nasjonalitet og religion (Goffman, 1986:2-5). Mennesker med psykiske lidelser kategoriseres gjerne ved at de har skavanker ved ens personlige karakter, men det ene utelukker ikke det andre. Innenfor psykiatrien kan dette relateres til hva en omtaler som *gi merkelappseffekten* ved diagnosesetting. I det ligger det at både behandlere, pårørende og pasient selv kan knytte bestemte forestillinger om forløp og prognose til diagnosen. Et annet element som trekkes inn er *klebeffekten*, den innebærer de vansker en kan ha med å bli kvitt en diagnose når den først er satt. Også den er problematisk (Malt, Retterstøl & Dahl, 2003:16). Den kan også ”låse” folk i en pasientrolle hvor en sees, og gjerne ser på seg selv, som pasient og hjelpetrengende (Løken, 2007:148).

I et sosialpsykologisk perspektiv på stigmatisering trekkes tap av selvfølelse inn som en vesentlig konsekvens ved å få en psykisk lidelse, og at dette kan utløse faktorer som gjør at de utsettes for diskriminering, for eksempel at en ikke får innpass på arbeidsmarkedet (Link et al., 2001:1621). Ens *selvbilde* påvirkes i negativ retning, noe som også kan medføre at en har manglende tiltro til egne ressurser, evner og muligheter. Det å leve med psykiske lidelser kan i perioder bety mye kaos, og både funksjonsevne og dagsform kan svinge. Det kan være vanskelig å gjøre de enkleste ting, og for omverden vil en gjerne fremstå som ustabil i og med at en gjerne ikke klarer å møte til avtaler og lignende (Løken, 2006:192-193). At stigmatisering kan ha alvorlige konsekvenser for den enkeltes selvbilde

og offentlige aktelse påpekes også av Thesen (2001), i dette inkluderes isolasjon og ensomhet, lav selvfølelse, ikke betalt arbeid, mangel på penger, diskriminering og trakassering (Thesen, 2001).

Rehabilitering

Rehabiliteringsbegrepet er ikke uproblematisk, og det eksisterer store diskusjoner rundt begrepet. Jeg har valgt å ikke gå inn i den diskusjonen fordi mitt anliggende er klubbhusbevegelsens rehabiliteringstilnærming og Fontenehusets rehabiliteringspraksis, sett opp mot likheter og forskjeller til samfunnsarbeid. Fontenehuset ser seg som et supplement til det de offentlige tjenestene, og jeg mener at det er hensiktsmessig å se på hva som ligger i myndighetenes definisjon, jeg har valgt å ta utgangspunkt i forskrift om habilitering og rehabilitering som trådte i kraft 1.juli 2001;

”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”

(Lovdata 2001).

Slik denne definisjonen fremstiller rehabiliteringen, kommer individets prosess frem som et sentralt element. Dette understrekes gjennom at målet er å kunne leve så optimalt som mulig med sin funksjonshemning, som deltaker i samfunnet og i forhold til *egne* ønsker og mål (Bautz-Holter et al., 2007). Det understrekes også at det er flere enn en aktør inne i bildet, og at de skal opptre som en eller annen form for støtte slik at det er individet som oppnår målsettingen. Grue (2006) gir en parallell mellom rehabilitering som et forsøk på å *erstatte det tapte*, hvorpå tapet ofte beskrives i forhold til en norm for hvordan noe skal eller bør være (Grue, 2006:41).

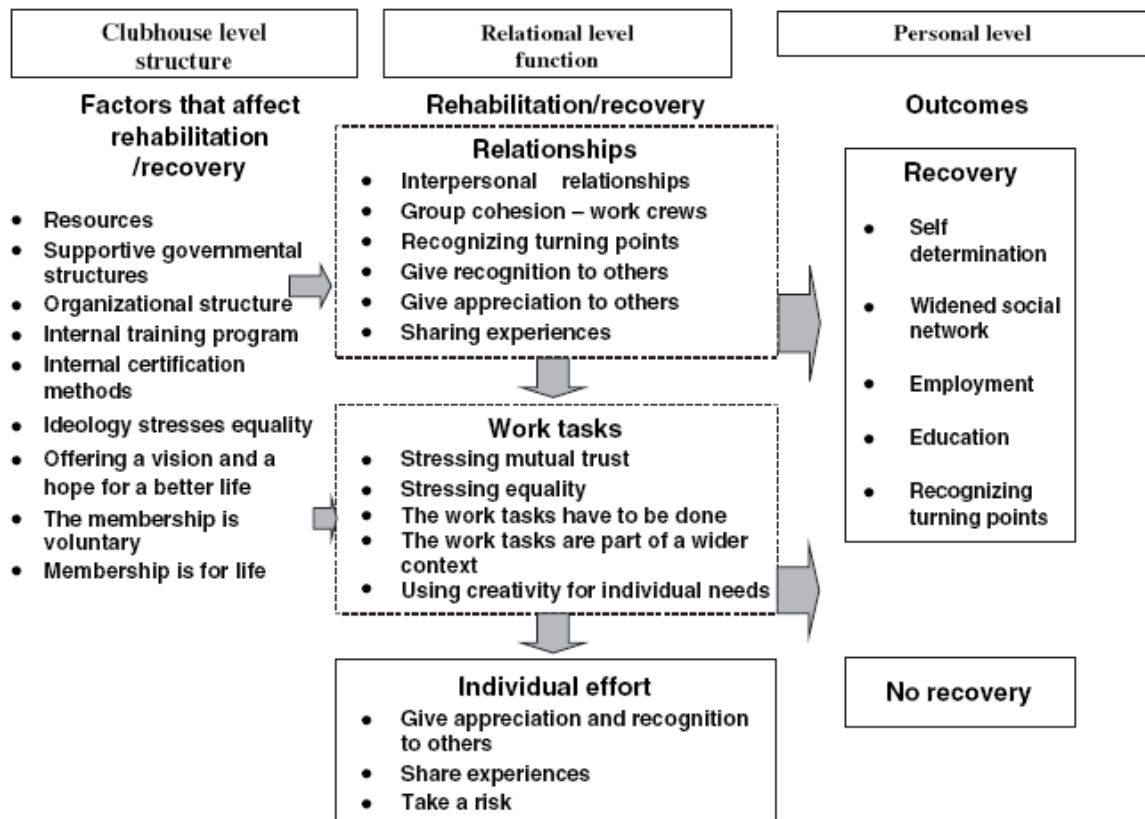
Det er viktig å skille mellom behandling og rehabilitering innenfor psykiatrien, men ut fra en tradisjonell tilnærming kan en si at de begge er tuftet på en medisinsk-individuell tankegang. Den medisinske forståelse, slik den presenteres i Stortingsmelding 40 (2002-2003) innebærer at en ser funksjonshemning som en konsekvens av sykdom, lyte eller andre biologiske avvik (St.meld.nr 40, 2002-2003:9). Innenfor behandling vil fokuset være

kurering eller symptomdemping, mens rehabilitering går ut på å assistere mennesker med en psykisk lidelse, med det mål å hjelpe de slik at de kan fungere på en best mulig måte i sitt miljø. Er dette vellykket vil utfordringen bestå, mens personen er blitt i stand til å mestre det (Campo et al., 1997:330). Ofte opptrer disse i en tiltakskjede, først behandling, så rehabilitering.

Alle oppgavene på Fontenehuset vil, ideelt sett, være knyttet til rehabilitering. Rehabiliteringen omtales gjerne som en *sosial rehabilitering*, med det menes at gjennom sosial trening og arbeidstrening vil medlemmenes muligheter til å leve selvstendige liv i samfunnet styrkes (Meeuwisse 1997:108). Under *Formål og relevans* beskrev jeg hva som kjennetegner klubbhusbevegelsens rehabiliteringstilnærming, for å gi en kort oppsummering så dreier det seg om å styrke det enkelte individet slik at de selv kan gjenerobre styringen i eget liv. Klubbhusmodellens rehabiliteringstilnærming kan kategoriseres inn under normaliseringsparadigmet og innenfor et yrkesmessig rehabiliteringsperspektiv av personer med psykiske lidelser (Spjelkavik, 2003:32). Normalitet kan sees både som en undertykkelsesstruktur, med konsekvenser som ekskludering. Men det er også et nødvendig uttrykk for sosial orden (Solvang, 2006:167-169).

Rehabilitering sett i lys av klubbhusmodellen inkluderer både den enkelte personen og dens bedring, men har også som mål å lage koblinger mellom mennesker som er preget av gjensidig tillit, samarbeidsvaner, solidaritet og frivilligbaserte meningsfylte arbeidsoppgaver. For å belyse dette har Kristina Norman (2006) har utarbeidet en modell som viser dette på en hensiktsmessig måte.

Modellen er utarbeidet over tid, på bakgrunn av en studie hvor hun utforsket medlemmenes oppfatning av rehabiliteringsprosessene ved Fontenehuset i Göteborg;



Figur 3. The process of rehabilitation over time

(Norman, 2006:190)

Fokuset på diagnosen og det syke er fremtredende innenfor myndighetenes syn, noe som også følger den medisinske tradisjonen. Det som er fremtrendene hos Fontenehuset er det manglende fokuset på diagnose og sykdom, noe som gir et brudd fra den vanlige tilnærmingen.

Dette kan være med å gi rehabiliteringsprosessen er mer salutogen tilnærming, hvor fokuset på strykning av mestringskompetter kommer i fokus og hvor en kan lede hjelper til å se nye muligheter og ubrukte ressurser – både i individet og i deres omgivelser (Langeland, 2006:89). *Salutogenese* er læren om hva som gir god helse, til forskjell fra den patogene tilnærmingen som har fokus på hva som gir sykdom (Walseth & Malterud, 2004:65). Sentralt i denne tenkningen er sosiologen Aaron Antonovsky, han har fokus på de

aktiviteter som styrker eller fremmer vår helse. Helse forstås her som et kontinuum på en akse mellom sykdom og friskhet (Tellnes, 2007:145). Et sentralt begrep innenfor salutogenese er *sense of coherens*, også omtalt som *SOC*. Det kan oversettes med *opplevelse av sammenheng*, hvor en persons motstandskraft og evne til mestring av stressfaktorer og kriser kommer av den enkeltes opplevelse av sammenheng, hvorvidt ting er forståelig, håndterbart og meningsfylt (Heggen, 2007:76). Dette er SOC-begrep sine tre komponenter, hvor den meningsfulle komponenten er en forutsetning for at de to første komponentene, å ansees for å være begrepets motivasjonselement;

1. *Forståelse. At det som inntreffer er kognitivt forståelig og at en opplever informasjonen som ordnet, strukturert og tydelig. Dette gjelder både det som kommer fra ens indre og ytre miljø.*
2. *Håndterbarhet. At en opplever å ha tilstrekkelige ressurser til rådighet for å håndtere og møte ulike situasjoner i livet.*
3. *Meningsfullhet. At det som skjer er verdt å engasjere seg i følelsesmessig, et annet ord for det vil være å se problemer som utfordring og gjøre det beste ut av det. Det er viktig å føle at en har delaktighet til det som skjer.*

(Antonovsky & Lev, 2000:34-37)

Medvirkning er sentralt innenfor salutogenese. Dette fordi det er i relasjon mellom den som hjelpes og den som skal hjelpe at denne kilden skal finnes. Dersom en setter dette i lys av psykiske lidelser så vil målsettingen innenfor dette perspektivet være at personene skal lære seg til å leve med situasjonen og mestre hverdagens utfordringer, til tross sine utfordringer i forhold til psykisk helse (Langeland, 2006:88-89). Teoretisk gir salutogenese et forståelse av hvordan mestring skapes, men Langeland (2006) påpeker at denne teorien ikke er godt nok utprøvd innenfor psykisk helse (Langeland, 2006:89).

Arbeid

Som tidligere nevnt vet vi at mennesker med psykiske lidelser stenge i større grad enn friske mennesker stenges ute fra arbeidsmarkedet, dette fører til en rekke konsekvenser. Marit Borg (2006) hevder at av alternativene av reelle muligheter for mennesker med psykiske lidelser ikke er mange, de kan være uføretrygdet uten jobb, eller være i en aktivitet gjennom et aktivitetssenter eller i en tilrettelagt arbeidssituasjon (Borg, 2006b:53).

Det er en relasjon mellom det å være uten arbeid og dårlig helse (Bartley, 2004). Det er gjort mye forskning innenfor dette feltet, og spesielt fire identifiserte hovedområder nevnes på det individuelle planet; økonomiske forhold, virksomhet, mellommenneskelige relasjoner og fremtidsperspektiv (Underlid, 1992:9-10). Mye av denne forskningen er basert på konsekvensen ved å være arbeidsledig. Her kan det være mer aktuelt å si at det dreier seg om de konsekvensene det har å være uten arbeid. Med bakgrunn i en slik tilnærming til arbeid, eller rettere mangelen av arbeid, kan en anta at det å stå utenfor arbeidsmarkedet kan medføre en ekstrabelastning for de som har psykiske lidelser.

Arbeid er også sentralt i forhold til min problemstilling av andre grunner, for det første representerer den kjernevirksomheten til klubbhusbevegelsen, for det andre er det et satsningsområde innenfor det offentlige hjelpeapparatet få folk i arbeid. Dette understrekes ved følgende sitat fra Nasjonal Strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012;

Deltakelse i arbeidslivet er en sentral verdi i vårt samfunn. Arbeidsdeltakelse har betydning for den enkeltes identitet og stilling i samfunnet. Deltakelse sikrer inntekt og reduserer fattigdom, og er avgjørende for verdiskapingen. Mestring og selvtillit er i stor grad knyttet til arbeid.

(Arbeids- og Inkluderingsdepartementet & Helse- og Omsorgsdepartementet, 2007:11)

Betegnelsen *vårt samfunn* må her forstås som det vestlige, industrielle samfunn. I denne forståelsesrammen sidestilles arbeid ofte med lønnsarbeid, og fravær av arbeid kan i en slik forståelse derfor gi negative konsekvenser i form av dårlig økonomi. Men arbeid kan også være i en utvidet betydning slik at det også inkluderer ulønnede arbeidsorienterte aktiviteter, som for eksempel organisasjons-, politisk-, frivillig-, dugnads- og omsorgsarbeid (Wadel, 1984:47).

I forhold til denne særskilte gruppen så er mange, på grunn sin diagnose, sikret en inntekt gjennom velferdsstatens ytelser. Dersom en ikke kvalifiserer for disse ytelsene og likevel er uten arbeid vil en kunne motta økonomisk sosialhjelp. Borg (2006) hevder at det å leve med langvarige psykiske lidelser kan for mange innebære fattigdom (Borg, 2006b:53). Fattigdom i seg selv kan by på utfordringer, og Kjell Underlid (2006) oppsummerer

hovedfunnene sine i studiet *Fattigdommens psykologi* med å si at relativ fattigdom kan medføre opplevelser av utrygghet, autonomisvekkelse, sosial devaluering og et truet selvilde. Dette kan igjen medføre følelser som aggresjon, engstelse, depressive tendenser og skam- og skyldfølelser (Underlid, 2006:227 ; Kelvin, 1981). Arbeidsmarkedet er konkurransepreget, noe som gir konsekvenser for de som i utgangspunktet har dårlige kvalifikasjoner eller forutsetninger (Kolstad, 2006:133).

Retten til arbeid er sentral den skandinaviske velferdsmodellen, og innpass i arbeidslivet sees på som en viktig faktor for deltakelse i samfunnet for øvrig (Lorentzen, 1997). En slik beskrivelse av samfunnet forklarer også hvorfor fokuset på arbeid og psykisk syke er et tema i myndighetenes satsning for et mer inkluderende arbeidsliv. Nasjonalt Folkehelseinstitutt mener at arbeid kan være med på å forebygge psykiske lidelser og at fravær fra arbeid er forbundet med økt forekomst av ulike former for helseproblemer, også psykiske lidelser. De elementene som nevnes som forebyggende elementer er at arbeidet gir daglige rutiner og aktiviteter, sosialt samvær, mening i tilværelsen, inntekt og tilhørighet (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009:26). Dette representerer det jeg tidligere har omtalt som et *middel* for rehabiliteringen. Arbeid har en verdi i vårt samfunn, arbeidsrollen er høyt verdsatt og representerer en kilde til egenverd. Er du i jobb er du *noen* i kraft av dette (Borg, 2006b:53 ; Kelvin, 1981). Grunnen til at dette understrekes i arbeidet med psykisk syke er fordi de har større problemer med å få innpass, og fordi arbeidet kan ha en annen funksjon enn kun forsørgelse - arbeidet kan ha en terapeutisk virkning for enkeltindividet. Med det menes muligheten til å delta i samfunnet som aktive borgere, og overvinne barrierer som for eksempel stigmatisering, forhåndsdomming og diskriminering (Boardman et al., 2003:327). Arbeid er tett knyttet til identitet, og dermed også for ens selvilde. For tenk etter - hva er de to første tingene vi ofte spør personer vi akkurat har møtt? ”Hva heter du” og ”hva jobber du med”. Ens sosiale anseelse kan påvirkes negativt ved å ikke ha en jobb (Lorentzen, 1997:67 ; Underlid, 1992).

Kapittel 3: Metode

Problemstillingen min består av to spørsmål, i den første ønsker jeg å forstå *hvordan* en spesiell tilnærningsmåte innenfor rehabilitering oppleves for medlemmene og medarbeiderne, altså de som til sammen utgjør fellesskapet på Fontenehuset. For å få til dette har jeg valgt å gå i dybden og få en mer fullstendig forståelse av et tema, hvor dataene uttrykkes i form av tekst eller bilder. Dette omtales som den *kvalitative metode* (Grønmo, 2004:33; Holme & Solvang, 1996:98-99).

Innenfor det kvalitative intervjuet er det vanlig å forankre det i forståelsesformer som postmoderne tenkning, hermeneutikk, fenomenologi og dialektikk (Kvale, 1997:49). Mitt utgangspunkt for forskningsdesignet ble både den fenomenologiske og den hermeneutiske orienteringen. Fordi jeg skulle *beskrive* opplevelsen til hvordan medlemmene og medarbeiderne var det hensiktsmessig å forankere det i fenomenologien, den beskriver menneskers og deres erfaringer med og forståelse av et fenomen. Som forsker vil en derfor forsøke å forstå meningen med et fenomen, det kan være handling eller ytring, sett gjennom en gruppe menneskers øyne for å få økt forståelse og innsikt i deres livsverden (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006:20-21). Jeg skal også forsøke å forstå og tolke medlemmenes og medarbeidernes opplevelser og erfaringer, dette gjør at jeg også forholder meg til en hermeneutisk tilnærming. D

en tar utgangspunkt i aktøren og aktørens egen forståelse av sine handlinger (Grønmo, 2004:371-372). Hermeneutikk betyr *læren om tolkning* (Dalen, 2004:20). Den gir et større dybdegrunnlag og jeg får muligheten til å studere fenomenet i en større sammenheng. All data, som innenfor samfunnsvitenskaplig forskning kan være uttrykt gjennom handling, tekster eller muntlige ytringer, består av meningsfulle fenomener (Gilje & Grimen, 1993:144).

Jeg har gjort lydopptak av alle intervjuene, og alle informantenes utsagn ble gjort om til skriftlig materiale gjennom transkribering. I denne prosessen er flere tolkningsprosesser inne i bildet, først gjennom skapelsen av teksten, så gjennom fortolkningen av den. Meningsfortolkningen er karakterisert ved en hermeneutisk sirkel. Forståelsen av en tekst skjer gjennom en prosess, hvor betydningen til de enkelte deler sees i sammenheng med

tekstens helhet (Kvale, 1997:56-58). Ens forståelse bygger alltid på ens forforståelse, den bidrar til at alt sys sammen (Halkier 2002:86). Et annet ord for forforståelse kan også være fordommer, og det vil alltid være der. Vi forstår ut fra den forutsetningen vi har til å forstå (Gilje & Grimen, 1993:148).

Det finnes forskjellige metoder innenfor den kvalitative verden, og jeg valgte å benytte meg av metodetriangulering, det vil si at datainnsamlingen består av mer enn én metode (Halkier, 2002:18). I dette masterprosjektet har jeg benyttet meg av individuelle forskningsintervju og fokusgruppeintervju.

Tilgang til feltet

For gjennomføring av kvalitative studier trengte jeg innpass til forskningsfeltet, og jeg brukte veilederen min, Kjell Underlid, som døråpner. Han var på det tidspunktet jeg hadde bestemt meg for problemstilling styreleder for Fontenehuset i Bergen. Jeg ble introdusert for Fontenehuset ved et møte hvor medarbeidere, representant fra styret og representant fra medlemsgruppen var til stede, hvorpå jeg la frem mitt ønske om å skrive om Fontenehuset i masteroppgaven min. Jeg fikk klarsignal etter at henvendelsen min hadde vært oppe til drøfting i et fellesmøte på Fontenehuset i Bergen. Det ble utarbeidet samarbeidsavtale, signert av begge parter. Jeg signerte taushetserklæring og det ble utarbeidet samtykkeerklæringer for informantene til bruk under intervjuene. Det ble utarbeidet informasjonsskriv og invitasjon som ble hengt opp på Fontenehuset. Alle disse dokumentene ligger vedlagt bakerst i oppgaven. Det ble avtalt at gjennomføringen av datainnsamlingen skulle foregå over to uker i oktober 2009.

I forkant ble det søkt om godkjenning hos Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD). Tilbakemeldingen fra NSD var at det måtte sjekkes hvorvidt prosjektet også var meldepliktig hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Dette grunnet ny helseforskningslov fra 01.07.2009, hvor alle prosjekt som skal utvikle ny kunnskap om helse og sykdom, er fremleggelsespliktig for REK. Masteroppgavens

problemstilling var ikke meldepliktig da jeg ikke har hatt fokus på diagnoser. Masteroppgaven ble godkjent, dokumentene ligger vedlagt bakerst i oppgaven.

Jeg så for meg å gjennomføre en kombinasjon av individuelle forskningsintervju og fokusgruppeintervju av mellom 8 og 14 informanter, dette for å få en bredere dybdeforståelse og for å gi informantene mulighet til å velge en intervjuform de var mest komfortable med. Dette har jeg gjort for å sikre at jeg i det hele tatt fikk informanter. Jeg ønsket heller ikke å blande medlemmene og medarbeiderne i et fokusgruppeintervju, dette for å ha mulighet til å belyse problemstillingen ut fra de to gruppene som er representert på Fontenehuset. Ved å representere forskjellige målgrupper i intervjuene, bidrar til at en kan få belyst problemstillingene på forskjellige måter, fange opp flere nyanser og gi et mangfold (Dalen, 2004:56).

I rekrutteringsfasen ble informasjonsskriv og invitasjon til deltakelse hengt opp på Fontenehuset, og jeg åpnet opp for at de kunne melde sin interesse for deltagelse gjennom en skriftlig tilbakemelding til meg. Fontenehuset valgte å lage en egen påmeldingsliste da dette passet bedre inn i deres måte å organisere hverdagen sin på. Noen av medlemmene ønsket mer informasjon før de ga sitt endelige svar, dette ble gjort per telefon eller ved et personlig møte med meg på Fontenehuset. Fontenehuset har i tillegg til dette tatt kontakt med en person som de visste kunne tenke seg å bli intervjuet. Denne måten å rekruttere informanter på omtales som *snøballmetoden* i metodelitteraturen, den kjennetegnes ved at informanter rekrutteres gjennom at en forhører seg om hvem som vet mye om temaet og som forsker bør komme i kontakt med (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006:109).

Under rekrutteringsprosessen ble det tydelig at det var liten stemning for deltakelse i fokusgruppeintervjuer blant medlemmene, jeg bestemte meg derfor for å kun gjennomføre individuelle forskningsintervjuer blant medlemmene. Medarbeiderne sa seg villige til å delta på et fokusgruppeintervju. Alle informantene måtte signere en samtykkeerklæring i forkant av intervjuet og de ble opplyst om at jeg var underlagt taushetserklæring. De ble også informert om at deltakelsen i intervjuene ikke ville gå utover deres relasjon til Fontenehuset i Bergen, og at dette også gjaldt dersom noen ønsket å trekke seg i etterkant.

Utvalget

I kvalitative intervju er utvelgingen av informanter et avgjørende element, det er derfor en forutsetning at alle mine informanter hadde en tilknytning til Fontenehuset. Utvalget mitt er derfor ikke tilfeldig, men strategisk valgt. Jeg gikk åpent ut, alle kunne melde seg på. Ingen av informantene valgte å trekke seg under prosessen.

Utvalget besto av 10 informanter fra Fontenehuset i Bergen, 7 medlemmer og 3 medarbeidere. I følge leder ved Fontenehuset var det i oktober 2009 ca 40 medlemmer tilknyttet Fontenehuset, hvorav 20 personer var innom en eller flere ganger i løpet av den gitte måneden. Mitt inntrykk er at jeg møtte et nokså bredt utvalg av Fontenehusets medlemmer i forhold til dagsform og helsesituasjon, inntrykket baserer jeg på hva som har kommet frem i intervjuene, jeg har verken ønske om eller kompetanse til å vurdere *grad av friskhet*. Det må legges til grunn at medlemskapet hos Fontenehuset er frivillig, og utvalget vil være representert av mennesker som *ønsker* å være på Fontenehuset, med den konsekvensen at datamaterialet kan ha mangler i form av et kritisk syn på både klubbhusmodellen og Fontenehuset sin rehabiliteringspraksis. De som ikke ønsker å være en del av Fontenehuset blir heller ikke medlem, eller de velger å bryte kontakten dersom de finner ut at tiltaket ikke passer for dem.

Det ble ikke stilt betingelser i form av hvor lenge de har vært medlemmer eller hvor lenge medarbeiderne hadde vært ansatt. Det samme gjaldt i forhold til hvor mye medlemmene benyttet seg av tilbudet og hvorfor de var på Fontenehuset. Jeg var oppmerksom på at noen kunne falle fra på grunn av at sykdomsbildet kunne endre seg, jeg stilte meg derfor åpen for muligheten om å gjennomføre intervjuer på et senere tidspunkt enn det planlagte tidsrommet. Dette har det ikke vært behov for da alle informantene hadde mulighet til å stille på de avtalte tidspunktene.

Anonymitet er satt høyt, og konfidensialitetsprinsippet dreier seg om at informanten har rett til beskyttelse av sitt privatliv, noe som innebærer at personen ikke skal kunne identifiseres (Thagaard, 1998:199-201). Det er et viktig prinsipp at det ikke formidles informasjon som kan tilbakeføres til enkeltindividet (Johannessen, Tufte & Kristoffersen,

2006:98). For å ivareta dette har jeg valgt å ikke opplyse om hvilket kjønn disse navnene representerer, alder, diagnose, nåværende eller tidligere yrkestittel, utdanningsbakgrunn eller hvorvidt de mottar en økonomisk ytelse fra NAV. Fraværet av diagnose er basert på Fontenehusets eget standpunkt ved å la det være et ikke-tema, dette har jeg respektert i mitt møte med dem.

Alle medlemmene fikk pseudonymer i erstatning for faktiske navn, jeg valgte å gi alle sammen et kvinnelig navn. I forholdt til navnevalg på pseudonymene så benyttet jeg meg av nettsiden www.norskenavn.no og dets ti på topp-liste fra desember 2009. Jeg kommer derfor til å omtale Emma, Ida, Julie, Nora, Sara, Thea og Hanna når jeg refererer fra medlemmene. Datamateriale fra fokusgruppeintervjuet er blitt behandlet under ett, og jeg kommer til å omtale de som *medarbeiderne* når jeg refererer til fokusgruppeintervjuet.

Jeg ser at denne type informasjon kunne gitt deg som leser et bedre bilde av hvem de er, og for å kompensere dette kan jeg gi et generelt bilde; Aldersmessig ligger de mellom 20 og 50 år, alle medlemmene har hatt kontakt med behandlerapparatet innenfor psykiatrien, men i varierende lengde. Flere av informantene har ved en eller flere anledninger vært innlagt på en psykiatrisk avdeling og flere går på eller har gått på medisiner. Slik jeg forsto det har alle på en eller annen måte kontakt med behandlerapparatet, det kan være alt fra kontakt med en psykiatrisk sykepleier, psykolog eller psykiater.

Jamfør samarbeidsavtalen med Fontenehuset skal leder gis anledning til å lese igjennom og kommentere oppgaven før innlevering, dette gjør jeg for å kvalitetssikre at anonymiseringen er tilstrekkelig ivaretatt og at det ikke fremkommer opplysninger som kan være til skade for informantene. Dette ble gjennomført i forbindelse med ferdigstillelsen av masteroppgaven. Fontenehusets leder mente at anonymiteten var godt ivaretatt.

Intervjuguiden

Intervjuguiden er et verktøy som omfatter sentrale temaer og spørsmål som skal belyse problemstillingens fokus (Dalen, 2004:30). Begge intervjuguidene innehar mye av de

samme kjernespørsmålene, men med noen tilpassninger ut fra om det er et individuelt forskningsintervju eller et fokusgruppeintervju. Rollen som forsker er forskjellig mellom de to metodene, dette kommer jeg tilbake til senere. Jeg betrakter intervjuguidene som bindeleddet mellom problemstillingen, teori og empiri. Intervjuguidene ligger vedlagt bakerst i oppgaven.

Rekkefølgen av spørsmålene, spesielt for intervjuguiden til det individuelle forskningsintervjuet, er ikke tilfeldig. De innledende spørsmålene har dreid seg om ”ufarlige” ting, som for eksempel hvorvidt de opplever at Fontenehuset er en arena for rehabilitering, om de ser det som en selvhjelpsgruppe og om de opplever at det er brukermedvirkning. Dette er gjort for å skape en avslappet stemning, noe som gjorde det mulig å etter hvert gå inn på mer personlige ting som hva Fontenehuset har betydd for dem. Spørsmålene ble stilt i en slik form at de inviterte til at fortellingen om deres opplevelser og tanker kom frem. Det ble understreket at det var greit å ikke svare på noe en ikke ønsket å svare på, dette for å forhindre at noen følte seg presset til å si mer enn de ville.

Jeg valgte å forklare hva samfunnsarbeid er før jeg har spurt informantene om deres tanker rundt temaet. Jeg har også definert empowermentbegrepet i forkant av spørsmålet, da dette kan kategoriseres som et fagbegrep. Forankringen av begrepsforklaringen finnes i den teoretiske delen av oppgaven. Dette gjelder også for fokusgruppeintervjuet.

Individuelle forskningsintervju

Et intervju er egentlig en *utveksling av synspunkter*, og ikke en vanlig samtale mellom to personer (Dalen, 2004:36). Jeg har gjennomført respondentintervju, det vil si at intervjupersonen er en del av det fenomenet som studeres (Holme & Solvang, 1996:100). Det var kun meg og informanten til stede under intervjuet og det var en sterk grad av interaksjon mellom oss – dette kan belyses med å dele opp den engelske oversettelsen i to; ”inter view”. Det er en handling mellom intervjuer og den som blir intervjuet, og en påvirker hverandre gjensidig (Kvale, 1997-46). Det individuelle forskningsintervjuet bar

preg av å være en halvstrukturert samtale. Dette passer godt med at kvalitative intervjuer kjennetegnes ved mangelen på et sett regler eller mal som en gjerne finner innenfor naturvitenskapen. Formålet med intervjuet er å innhete beskrivelser av den intervjuedes livsverden med henblikk på fortolke de beskrevne fenomener (Kvale, 1997:19). Det er temaene som ligger i intervjuguiden som styrer samtalen.

Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er ikke det samme som gruppeintervju. Et gruppeintervju er en samtale mellom forsker og flere informanter, et fokusgruppeintervju er en samtale mellom informantene – hvor forsker holder seg mer tilbake. Dette gir data som belyser normer, gruppens praksis og fortolkninger (Halkier 2002:11-13). Min rolle i fokusgruppeintervjuet er mer som en moderator; lytte, ha en balanse mellom innlevelse og distanse, skape det sosiale rommet for diskusjonen (Halkier 2002:54). Jeg valgte å gjennomføre fokusgruppeintervjuet alene, selv om det ofte anbefales å være to – en observatør og en ordstyrer. Gruppen besto av tre medlemmer, og jeg mente det var overkommelig alene. Det viste seg tidlig at gruppen var godt vant til å diskutere i fellesskap og at de hadde en god rutine for at alle skulle høres og at ingen skulle avbryte hverandre unødig. Det var derfor ikke nødvendig med innblanding fra min sin side. I gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet startet jeg med en introduksjon, dette er i tråd med intervjuguiden som ble utarbeidet, for så å la diskusjonen bli en åpen dialog mellom deltakerne. Dette omtales som en traktmodell, dette gir mulighet for at det blir mye plass til deltakernes perspektiver og interaksjon, samtidig som at jeg sikrer å få belyst mine forskningsspørsmål (Halkier 2002:43-45).

Datainnsamling

For å sikre gode data fra intervjuene ønsket jeg å bruke en lydopptaker, dette var frivillig og alle fikk mulighet til å reservere seg mot dette i forkant av intervjuet, dette fremkommer også på samtykkeerklæringene som medlemmene måtte signere. Jeg benyttet meg av en mp3-spiller med opptaksfunksjon, *Crative Zen Vision:M*. Fordelen med en slik innretning

er at den har integrert mikrofon og at den utseendemessig ligner på en mobiltelefon. Mobiltelefoner er noe vi er blitt vant til at ligger fremme, noe som kan ha gjort det mindre ubehaglig å ha i nærheten enn en synlig mikrofon.

Alle data ble transkribert umiddelbart etter intervjuet. Det ga en bedre mulighet for å gjengi hva informanten faktisk hadde sagt, og jeg som forsker fikk en unik anledning til å bli godt kjent med eget datamateriale. Denne nærheten til intervjuene vil kunne være en styrke i analyseprosessen (Dalen, 2004:64). Det anbefales at en beholder de muntlige særpregene i transkriberingsprosessen for å ikke miste stemningen og språktonen i intervjuet (Holme & Solvang, 1996:132). Jeg valgte å gjøre all tale om til bokmål og skriftspråk, dette fordi det var flere forskjellige dialekter representert, noe som vill medføre mulighet for identifisering av informantene. Hensynet til anonymitet gikk foran hensynet til stemning.

Jeg har hatt i overkant av 10 timer med intervjuer, dette inkluderer både det individuelle forskningsintervjuet og fokusgruppeintervjuet, og jeg har transkribert alt. Jeg har skrevet i kursiv hva som skjer rundt, for eksempel at det *”fylles i mer kaffe”* og *”begge ler”*. Lange pauser er blitt markert som *”....”* og alle muntlige bekreftelser som *”mmm”* er skrevet inn med en forklaring i kursiv, for eksempel *”det nikkes”* eller *”som om han/hun undrer seg”*. Lydkvaliteten har vært god, og jeg har ikke opplevd å ikke ha fått med meg hva som er blitt sagt ordrett. Jeg har også sikret meg med å lytte gjennom datamaterialet etter transkribering for å kontrollere at alt er tatt med, og at alt er forstått av meg. Alle lydfilene er slettet, det transkriberte materialet vil bli slettet etter sensur.

Stedet for gjennomføring av kvalitative intervjuer er også noe en må ta stiling til fordi den fysiske lokaliseringen vil være med på å påvirke empiriproduksjonen (Halkier 2002:41). Jeg valgte å gjennomføre samtlige intervjuer i Fontenehusets lokaler. Problemstillingen min var tett knyttet opp til det å være en del av Fontenehuset, noe som også gjorde det naturlig å gjennomføre intervjuene der. Trygghetsfølelsen ved å være tilknyttet til Fontenehuset ville kunne blitt forstyrret dersom jeg hadde valgt en fremmed og/eller offentlig sted. Faren ved dette er muligheten for forstyrrelser av andre medlemmer eller medarbeidere, og at de som deltar på intervjuer *skal bare* i forkant og under intervjuet. At

de individuelle forskningsintervjuene var inkludert som en arbeidsoppgave gjorde det tydelig at det ene stillerommet ville være opptatt. Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført på en dag da Fontenehuset var stengt, for å unngå forstyrrelser fra medlemmene, og fordi det ville vært vanskelig å ta ut alle tre medarbeiderne ut av den daglige driften i to timer mens det var medlemmer på huset.

Analyse av data

Analysens formål er å føre frem til en helhetsforståelse av dataenes meningsinnhold (Thagaard, 1998:125). Til tross min utålmodige natur hvor jeg kunne vært tilbøyelig til å gjøre fortolkningsarbeidet umiddelbart har jeg tatt til meg gode råd fra faglitteraturen som understreker behovet for å starte med en systematisering av datamaterialet, for systematiseringen er forutsetningen for forståelse (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006:158). Jeg valgte å lese nøye igjennom alt jeg hadde av skriftlig materiale samtidig som jeg pekte ut noen kjerneord som gikk igjen, dette kalles å *indeksere* og er den prosessen som gjør det mulig å identifisere og finne spesielle temaer i datamaterialet. Når kjerneordene er identifisert er en inne i en prosess som kalles kategorisk inndeling (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006:160). Prosessen var tidkrevende, men den ga meg også et nært forhold til mitt eget materiale og en følelse av innsikt i et av Fontenehusets mange aspekter. De kategoriene jeg satt igjen med vil bli gjenspeilet i del 4, *resultat og diskusjon*, gjennom de kapitlene som der presenteres.

På et generelt nivå kan en si at en sikrer god kvalitet på et kvalitativt forskningsopplegg gjennom å benytte to kriterier; reliabilitet og validitet. Med reliabilitet menes pålitelighet, og en måte å styrke sin egen pålitelighet er å gi en inngående beskrivelse på hvordan en har gått frem gjennom hele prosessen. (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006:198-199). Det har jeg forsøkt å ivareta gjennom å beskrive hele prosessen. Med validitet menes forholdet mellom forskers funn, studiets formål og representasjon av virkeligheten. En måte for å øke ens troverdighet er å benytte seg av metodetriangulering, en annen måte er å tilbakeføre resultatene til informantene for å få bekreftet resultatene (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006:199).

Forskningsetiske refleksjoner

Det er mange etiske avveininger som gjøres under et slik forskningsprosess, og mange ting en må ta hensyn til. Jeg har allerede beskrevet at det ble signert samarbeidsavtale og taushetserklæring med Fontenehuset, og at det ble innhentet samtykkeerklæring fra alle informantene i forkant av intervjuene. Jeg har omtalt viktigheten av anonymitet og beskrevet hva jeg har gjort i den forbindelse, samt prinsippet om valgfrihet og frivillighet. Med frivillighet mener jeg presiseringen som er gjort i forhold til at ikke-deltakelse eller det at en trekker seg ikke skal gi konsekvenser i forhold til deres forhold på Fontenehuset.

Da jeg møtte opp på Fontenehuset første dag i datainnsamlingsperioden ble det klart at Fontenehuset hadde valgt å forholde seg til meg som likeverdig med medarbeiderne og medlemmene. I det ligger at jeg ble registrert inn de dagene jeg kom, mine arbeidsoppgaver ble ført opp på tavlen – intervjuene som skulle gjennomføres ble mine arbeidsoppgaver som jeg delte med informanten. Mellom intervjuene var det ønskelig at jeg var på huset, at jeg deltok på lunsjen og at jeg ble med på fellesmøtene. Min tilstedeværelse på Fontenehuset var godkjent av både medlemmer og medarbeidere i plenum, og tidsperioden for når jeg skulle være der var tydelig kommunisert gjennom skriftlige oppslag. Min tilnærming til dette *kan* kategoriseres som en åpen, deltakende observasjon, dette er en metode som krever at en har fått innpass i miljøet og oppnår tillit i gruppen, jeg valgte også å innta en aktiv rolle i miljøet – og være en del av det sosiale fellesskapet (Holme & Solvang, 1996:107-109). Til tross for at jeg var på Fontenehuset i en relativt kort tidsperiode oppnådde jeg tillit hos de andre medlemmene som ikke ønsket å la seg intervju. Dette kan eksemplifiseres gjennom at flere personer oppsøkte meg å slå av en prat, det understrekes at det ikke ble gjort lydopptak eller notater fra disse samtalene. Derimot kan min tilstedeværelse på Fontenehuset i forkant av intervjuene ha medført en økt trygghetsfølelse for informanten.

Som tidligere nevnt finnes det lite skriftlig materiale tilgjengelig om Fontenehuset og om det norske nettverket av Fontenehus i Norge, det var derfor nødvendig for meg å kunne gjennomgå skriftlig materiale ved Fontenehuset for å danne meg et bilde. Jeg har gått igjennom referater fra styremøter og andre nedskrevne dokumenter fra oppstarte og frem til

september 2009, her under inkluderes også årsmeldinger. Jeg har også gått igjennom det som finnes av skriftlig materiale mellom Fontenehuset i Bergen og Fontenehusnettverket i Norge. Dette har blant annet dannet grunnlaget for å kunne si noe generelt om det norske nettverket av Fontenehus. Jeg har hatt innsyn i loggboken, dette er en oversikt over hver uke, inndelt i dager, arbeidsoppgavene som skal gjennomgås. I tillegg til dette blir det også skrevet inn hva en har diskutert og blitt enige om under fellesmøtene. Det fremkommer ikke hvem som sier hva i loggboken (om det er medlem eller medarbeider). Dette er en metode som *kan* defineres som arkivdata, og jeg har forholdt meg til informasjon rundt Fontenehuset og det norske nettverket av Fontenehus på en generell måte. Heller ikke her har det fremkommet personopplysninger som kan identifisere enkeltindivid, verken direkte eller indirekte.

Jeg kan heller ikke komme utenom at jeg følte meg veldig godt mottatt hos Fontenehuset i Bergen og at jeg fra første dag ble inkludert i Fontenehuset daglige drift, gjennom bare å være der og gjennom mine oppsatte arbeidsoppgaver, intervjuene. Gjennom dette fikk jeg et forhold til Fontenehuset og menneskene der som jeg ikke hadde forutsett. En forskers objektivitet er sentral, men at en får et forhold til de menneskene en forsker på er for meg en uunngåelig konsekvens. Jeg har forsøkt å være bevisst på faren over å bli ”blind” på bakgrunn av egne subjektive meninger. Samtidig vil jeg si at møtet med Fontenehuset ga meg et økt engasjement for selve masteroppgaven, noe som har kommet godt med når en skal slutføre et så stort prosjekt.

En annen utfordring er at jeg, som en fremmed kommer inn og opparbeider meg tillit, for så å forsvinne igjen. Jeg var hele tiden åpen på at jeg var der den gitte perioden, men at jeg også kom til å stikke innom nå og da i etterkant. Jeg har fått tilbakemelding på at jeg var savnet, noe som selvfølgelig er fint for meg som person å høre, men som en også skal være bevisst på. Jeg har forsøkt å være bevisst på at jeg lovet noe jeg ikke kunne holde, av de tingene jeg har lovet er at Fontenehuset er frie til å benytte seg av masteroppgaven etter at den er ferdigstilt. Et av medlemmene har bedt om å få et tilsendt et eksemplar, dette er løfter som vil bli holdt.

Jeg har også hatt fokus på at intervjuene skal være en god opplevelse, dette løste jeg ved å sette av godt med tid under intervjuene. Vi hadde en ytre tidsramme på 2 timer, men var fleksibel i forhold til tiden, intervjuenes lengde var mellom 40 minutt til 2 timer. En av utfordringene ved intervjuer er gjerne at informantene ikke har tenkt igjennom de problemstillingene og spørsmålene jeg stiller i forkant, og det å la folk få tid til å tenke seg om er viktig. Det høres banalt ut, men det å klare å lytte og være til stede, vise interesse og respekt og gjøre det hele om til en god opplevelse for begge parter er viktig (Dalen, 2004:37-41). Tilbakemeldingene har vært positive, med det så menes ikke kun at det har vært en positiv opplevelse, men at spørsmålene som ble stilt under intervjuene har vært med på å sette i gang noen tanker rundt det å være en del av et Fontenehus.

Kapittel 4: Resultat og diskusjon

Kjernen i rehabiliteringstilnærmingen til klubbhusmodellen kjennetegnes ved å være en metode hvor en etterstreber mobilisering og styrking av menneskers egne krefter, slik at en kan gjenerobre styring av eget liv mot egne behov og mål. Dette gjøres i et fellesskap, hvor hensikten er å hjelpe til å oppnå eller gjenvinne selvtillit og nødvendige ferdigheter som kreves for å leve yrkesmessige produktive og sosialt tilfredsstillende liv (Beard, Propst & Malamud, 1982:1). Utgangspunkt for dette masterprosjektet var to problemstillinger;

Hvordan opplever medlemmer og medarbeidere ved Fontenehuset i Bergen klubbhusmodellens tilnærming til rehabilitering av mennesker med psykiske lidelser?

Dette skal jeg se i lys av rehabiliteringspraksisen ved Fontenehuset og de likheter og forskjeller som finnes mellom den og samfunnsarbeidet.

Dette vil bli belyst gjennom tre underkapitler, *Rehabiliteringspraksisen ved Fontenehuset i Bergen, Individet i fellesskapet og Fontenehuset i samfunnet*. Underkapitlene er et resultat av hele prosessen, fra problemstillingen til ferdig analyse av datamaterialet. Hovedformålet med dette kapittelet er å svare på de spørsmålene som jeg stiller i problemstillingen, og jeg har valgt å gjøre dette ved å behandle de empiriske funnene og diskusjonen i ett under

hvert av kapitlene for å få en mer helhetlig tilnærming til forskningsspørsmålene mine. Jeg har valgt å dele hvert underkapittel i to deler;

1. *Kommenterte funn.* Her presenteres datamaterialet fra de individuelle intervjuene av medlemmene og fokusgruppeintervjuet som besto av medarbeiderne. Her vil en finne kjernen til svaret på den første delen av problemstillingen hvor fokuset er på medlemmenes og medarbeidernes opplevelser.
2. Den andre delen vil være diskusjonen. Den vil igjen være inndelt i temaer, de vil indikere hvilket kjerneområde som omtales. Disse temaene er utarbeidet som et resultat av dataanalysen. Datamaterialet, og den første problemstillingen, vil bli sett opp mot den andre problemstillingen min hvor jeg ser på likheter og forskjeller mellom Fontenehusets rehabiliteringspraksis og samfunnsarbeid. I tillegg trekkes relevant teori inn. Jeg har valgt å trekke noen av de kommenterte funnene inn i diskusjonen for å visuelt sett lage en bedre kobling mellom teorien og mellom de to problemstillingene.

Jeg har valgt å i størst grad fokusere på datamateriale fra de individuelle forskningsintervjuene av medlemmene, mens medarbeidernes stemme representerer refleksjoner over praksisen til Fontenehuset. Det er helheten mellom disse to gruppene som utgjør Fontenehuset.

Rehabiliteringspraksisen ved Fontenehuset i Bergen

I dette underkapitlet vil jeg fokusere på hva som ligger i rammene rundt rehabiliteringstilnærmingen til klubbhusbevegelsen. Jeg vil si noe om hva som oppleves som de viktigste faktorene innenfor Fontenehuset rehabiliteringspraksis og hvilket menneskesyn dette representerer – dette vil bli omtalt under temaet *Menneskesyn og medvirkning*. Rehabilitering og aktivitet hører sammen hos Fontenehuset, både som middel og som målsetting. I forlengelse av rehabiliteringen blir det arbeidsorienterte fokuset også omtalt, det gjøres under *En aktiv, meningsfull hverdag*. I rammene som ligger til grunn for

Fontenehuset er medarbeidernes rolle sentral, jeg vil derfor gå videre til å omtale *Medarbeidernes rolle*.

Når Fontenehuset skal omtale seg selv og sin virksomhet sier de at de er *en avansert modell for rehabiliteringsprosesser innen psykisk helse* (Fontenehuset i Bergen 2009). Kjennetegnet på Fontenehusets måte å tenke rehabilitering på er *helhetstanken*, at veien blir til mens en går – og at det er noe som må gjøres i eget tempo og i egen rytme. Trygghet understrekes som et viktig behov som må dekkes for å kunne klare å fokusere på denne utviklingsprosessen. Arbeidet er virkemiddelet innenfor rehabiliteringen, hvor en fokuserer på det friske og produktive i hver og en.

Kommenterte funn

For informantene er rehabilitering et kjent begrep, ikke bare fordi det er kjernevirksomheten til Fontenehuset, men også fordi det er en del av fokuset innenfor det offentlige hjelpeapparatet når en opplever å bli syk. En har et aktivt forhold til begrepet rehabilitering på Fontenehuset, noe som ga seg utslag i stort engasjement under intervjuene. Sara frem er hva som legges i begrepet rehabilitering;

Det er ikke slik at "nå er du rehabilitert, nå kan du gå ut..." Jeg tror det er en prosess og at vi rehabiliteres hele tiden, det tror jeg gjelder egentlig oss alle. Det handler om utvikling. Rehabilitering går veldig enkelt ut på å kunne ta seg selv på alvor. Finne ut hva de trenger og ha vilje til å være med i et sosialt fellesskap. Og på den måten blir rehabilitering en prosess.

Rehabilitering gjøres til en naturlig utvikling, noe som alle gjennomgår på ett eller annet vis, og prosessene som en gjennomgår sees på som et ledd i ens egen bedring. Dette kan sees på som en alminneliggjøring av det å gjennomgå en rehabiliteringsprosess. Medarbeiderne er også bevisste på dette og det de oppsummerer kjernen i deres rehabiliteringsarbeid på følgende måte:

Vi skal ikke drive rehabilitering, da blir det på en måte "vi" og "de", hvor "vi skal rehabilitere de". Det blir feil. Vi skal legge til rette for at folk skal kunne rehabiliteres. Og da gjelder det å finne de ressursene, at den enkelte ser sine ressurser for å kunne gjøre det... Vi etablerer en arbeidsstruktur og sikrer at det er

en stabilitet over tid, og er med på å bevisstgjøre folk i arbeidsprosessen. Det å gi folk trygghet i arbeidsprosessene virker. Det å etablere rammer og strukturer som folk kan fungere innenfor... Vår rolle er i strukturene å gi en trygghet og likeverdighet sånn at folk er med på likefot.

I denne prosessen blir det tydelig at den enkelte selv må definere hva som er riktig for seg, og dette karakteriserer tanken bak hele klubbhusbevegelsen - det å skape et *miljø* hvor mennesker med en psykisk lidelse kan oppnå eller gjenvinne selvtillit og nødvendige ferdigheter som kreves for å leve yrkesmessige produktive og sosialt tilfredsstillende liv (Beard, Propst & Malamud, 1982:1). Under intervjuene ble det tydelig at det noen suksessfaktorer gikk igjen. Nora sin refleksjon trekker frem hva hun mener kjennetegner Fontenehuset, med en sammenligning til andre tiltak hun kjenner:

Fontenehuset er en motsetning til mange andre steder innenfor det med rehabilitering, som for eksempel en poliklinikk som har lange ventelister og påtrykk, og en cost-benefit tanke. "Nå har du gått her et år, og nå har vi en forventning", "tror du ikke nå at det vil gå greit?", "kanskje vi skal gå over til å sees en gang i måneden?". Jeg kan jo ikke ta plassen til noen andre som sikkert trenger det mer enn meg, også stuper en ut av døren før en egentlig er klar for det.

At en ikke har en sluttdato og at det er rom for å ta den tiden som en trenger oppleves som svært viktig for flere av informantene. Sara setter ord på hvordan hun opplever det:

Men her har du liksom all tid i hele verden. Sant. Du kan være her hele livet vist du vil. Og det synes jeg er en veldig bra måte å kunne rehabilitere seg på da... Jeg tror det er kjempeviktig at en bruker tid på det. Det er viktig at en får bruke den tiden en trenger og at rehabilitering skjer i det tempoet som er rett. Du skal selv kjenne etter hva som er rett for deg... Du kan ikke dra en blomst opp, du må vente på at den gror!

Det er spesielt to elementer som blir synlige for meg, det første er tiden og det andre er tempoet. Det må være noe en styrer selv. Dette med den tilmålte tiden, er noe hele klubbhusbevegelsen har et forhold til gjennom at alle medlemskap er uten tidsbegrensninger. Tempoet styrer en selv ved å kjenne etter hva som er rett, i dette inngår å bli kjent med egnen kropp og egne grenser, slik som Hanna beskriver sin erfaring ved å få en psykisk lidelse;

Det viktigste av alt er at du får gå i ditt eget tempo. Ikke presset hele tiden. Det er en styrke her. Du kan si "vet du hva, i dag klarer jeg bare ikke å gjøre det..." Og "Ok, i dag kommer jeg ikke". Og responsen er "så flott at du kan si nei, at du ser og stopper i tide". Det blir tilbakemeldingen fra Fontenehuset. For et menneske som sliter psykisk så er det å presse seg, det er det vi kan, det vi har gjort, det er det vi får beskjed om, det er det som blir forventet av oss – "ta deg sammen!", "ligger du og sover å igjen?", "har du ikke stått opp ennå". Det er sånn du får høre ute. "Nå må du ta deg en tur ut, da kommer du deg..."

Også Julie beskriver dette, men hun vektlegger behovet for å kunne være et sted uten de store forventningene til deltakelse og arbeid, fordi det er det hun trenger når hun har en dårlig periode;

Og da har det absolutt vært rom for at jeg skal få lov til å være her. Og si at jeg ikke vil gjøre noe, men at jeg vil bare være her. Ja. Og det er laget et miljø for det altså.

Medvirkning er sentralt innenfor Fontenehuset, hva som ligger i den praktiske utformingen av begrepet kom tydelig frem da jeg spurte om hvorvidt en så på Fontenehuset som en selvhjelpsgruppe. Nora sier selv hva hun forstår ved begrepet selvhjelpsgruppe, basert på hennes egne erfaringer:

En selvhjelpsgruppe er som oftest brukerstyrt, hvor medlemmene har da det til felles at de har et eller annet problem, så skal de være til støtte og oppmuntring for hverandre og gjerne finne på kjekke ting. Og, men fokuset blir da veldig på det problemet som de har felles... Mens på Fontenehuset så har vi ikke brukerstyring, men brukermedvirkning. Og personalet som er her nå, og at det er personale, det er gjerne det som skiller det fra tradisjonelle interessegrupper og støttegrupper.

Å kategorisere Fontenehuset inn i en tradisjonell selvhjelpskategori oppleves også som for snevert av flere av de andre medlemmene, for selv om mange opplever å få hjelp til å hjelpe seg selv videre, så er oppleves også Fontenehuset som en sosial arbeidsplass. Det er noe mer enn en vanlig støttegruppe. Dette er helt i tråd med at klubbhusbevegelsens grunnlegger selv påpeker at det er samarbeidet mellom medlemmene og medarbeiderne som hos Fontenehuset utgjør selvhjelpsperspektivet, og at den tradisjonelle måten å se selvhjelp heller bidro til fortsatt ekskludering og segregering (Meeuwisse, 1997:110).

At medvirkning ikke bare er et normativt ideal, men gir praktiske utslag i hverdagen, bekreftes av medlemmene og deres opplevelser ved å være en del av Fontenehuset. Stikkord som samarbeid, tas med i beslutningene og at alle blir lyttet til er noe som går

igjen. Det at rehabiliteringsprosessene i stor grad er basert på at den enkelte selv skal være aktivt deltakende krever sitt av organiseringen mellom medlemmer og medarbeidere, og Fontenehuset har en klar profil som brukarmedvirkende, og ikke brukerstyrende. Hvorfor dette har vært et viktig prinsipp for Fontenehuset kommer frem i fokusgruppeintervjuet – og det fremkommer to viktige perspektiver hvor det ene baserer seg på at medarbeidernes rolle er som tilretteleggere oppe i en ellers så tøff prosess, og det andre går på likeverdighet.;

Brukerstyring var en ting som skulle være riktig godt å gi til bruker slik at de selv kunne styre tingene, være sjef i eget liv. Men problemet er bare at det er en rimelig stor oppgave å gjøre når en også skal være i en rehabiliteringsprosess eller utviklingsprosess kan vi kalle det... En utviklingsprosess med seg selv, også skal en ha et overblikket over sosiale sammenhenger, grupper og hvordan den fungerer. Derfor har en funnet på å ha ansatte som tar seg av den der, så da blir det heller brukarmedvirkning. Da jeg [en av medarbeiderne, min kommentar] startet var det en tendens til at brukers ord var mer verdt enn vårt [medarbeiderens, min kommentar], og vi skulle bare legge til rette og ikke si et ord, og jeg synes at hele vitsen ligger i likeverdigheten. For selvfølgelig skal jeg også kunne være aktiv og ha like mye jeg skulle ha sagt som brukerne, like stor vekt på hva jeg sier som menneske.

Medarbeiderne får mye av æren for at medlemmene opplever den bedringen de gjør, og at de klarer å plukke frem de positive tingene i det enkelte menneske – det å gi folk muligheten til selv å se at de kan noe, at de er flinke. Ida oppsummerte det mange har formidlet;

Medarbeiderne her er jo helt utrolige, de er jo tre veldig forskjellige folk, og de dekker liksom alle de tingene folk gjerne har behov for i et menneske for å si det sånn. På grunn av den måten de er på så tør jeg å prøve meg på å utvikle meg selv.

Medarbeiderne ved Fontenehuset har en bred og mangfoldig bakgrunn, ingen av dem har bakgrunn fra psykiatrien tidligere. At de ansattes væremåte, hvor likeverdighet og respekt er i sentrum, fungerer ovenfor medlemmene er noe som kommer frem gjennom intervjuene, Sara forteller:

Det gjelder også de ansatte... vist de var sånn ovenfra og ned, "jeg er ansatt, jeg vet hva du trenger" – veldig sånn lukket, ingen personlighet. Da hadde det ikke funket.

Men det er helt motsatt, det er flat struktur. Det er ikke noe fasitsvar. Det fungerer kjempebra for meg. Og vi blir så involvert i de som jobber der... Ekte mennesker.

Jeg omtaler rehabiliteringen som Fontenehusets kjernevirksomhet, og det er det arbeidsorienterte fokuset som er rehabiliteringens virkemiddel. Det som er vesentlig for Fontenehuset er at arbeidsaktiviteten ikke bare skal være for aktivitetens skyld, men at det er en oppgave som skal utføres som er viktig for driften av Fontenehuset. Alt som skjer innenfor Fontenehuset er gjennomsyret av dette, og jeg vil bruke medarbeidernes formuleringer for å belyse akkurat dette;

Dette huset skal drives som en arbeidsplass, og for at det skal drives er det mange ting som må gjøres, og disse tingene er oppskrevet. Så kan en faktisk gå inn og plukke sine oppgaver og gjøre det til sine faste dersom en vil ha et ordnet arbeidsforhold. Også kan man også gå inn og ta en helt enkel oppgave, men en har likevel gjort en viktig oppgave for driften... Det skal være mulig å se seg selv i en arbeidsmessig sosial sammenheng. Det er ikke kun å være på et sted og utføre et stykke arbeide, men også det å være sammen sosialt og mestre det.

At dette er et viktig blir understreket i flere av intervjuene, Nora begynte med å snakke om hva tap av arbeid har betydd for henne og hvor viktig hun mener at dette er;

Det å bli psykisk syk og måtte tape på arena etter arena etter arena, det gjør noe med din selvfølelse og verdighet altså. Det er veldig tøft på det området der. Og det med tap av arbeid, det er akkurat noe jeg har tenkt på. Jeg tror ikke psykiatrien og rehabiliteringsinstitusjonene innenfor psykiatrien for fullt ut fatter eller favner hvor viktig det er med arbeid er for et menneske. For i det hele tatt å bli frisk. Du kan ikke bare gå hjemme og bli frisk, en snakker så mye om det å ta tiden til hjelp – jeg spyrr når folk sier det altså!

Det å være i en form for aktivitet ansees for å være viktig for å komme seg videre, og for Emma er dette vesentlig;

Jeg må være aktiv på grunn av min psykiske sykdom... så for det om en er ufør så trenger ikke det dermed være sagt at en ikke trenger å være aktiv i livet!

Den meningsfulle aktiviteten, og ikke kun aktivitet for aktivitetens skyld kommer frem som sentralt hos flere, og det er her Fontenehusets egenart fremfor andre, lignende tiltak for denne gruppen blir synelig for meg. Den arbeidsorienterte aktiviteten står her sentralt, og med det et alternativ til aktiviteter som bærer preg av å være hobbyrelatert. Nora forteller om hvordan hun opplevde det å være tilknyttet et dagsenter;

Og så sa de til meg at "du har jo så mange ressurser og du er jo så flink til å male, tegne, du kan gjøre det..." Ja, men for meg er det hobby. Og jeg hadde behov for å føle at jeg begynte på veien tilbake til å være et helt menneske igjen og da hjelper det ikke for meg å sette meg ned med sånne hobbyaktiviteter... Jeg trenger å føle at jeg kommer i gang og at det jeg holder på med gjør en forskjell i livet mitt, at det bringer meg et hakk lengre... Jeg pleier å si at på Fontenehuset der leker vi ikke butikk, der driver vi butikk. Det gjør ikke vi, for på Fontenehuset holder vi faktisk på med noe ekte greier. Vi holder ikke på med en aktivitet for aktivitetens skyld, bare for å holde hendene i gang, vi holder på med noe for det er en del av en større helhet og at det faktisk må til for å holde driften i gang.

En annen innfallsvinkel i det å være en del av å drifte Fontenehuset, og føle at en er på jobb er hva det gjør for ens selvbilde og Sara forteller hva det har gjort for henne;

Jeg har fått en identitet av å ha en jobb, selv om jeg utleverer mye av meg selv med å si hva jeg jobber med... Men likevel, jeg kan si at jeg jobber et sted, jeg sitter ikke bare hjemme og depper. Eller går på tur. Jeg gjør noe håndfast!... Og det er veldig viktig å ha en identitet som ett eller annet, mer enn en diagnose.

Dette at en får identitet som *noe annet* er viktig, og Nora har kjent dette på kroppen. Hun forteller at det å ikke ha en jobb har vært vanskelig, spesielt i møte med andre mennesker hvor spørsmålet om hva en jobber med kommer opp som tema. Det var også mye fokus på sykdommen, noe som kan forklares i at hun var i en dårlig periode;

Jeg hadde kontakt med hjemmehjelp, psykiatrisk sykepleier, psykiater, vært innlagt – masse fokus på det der. Så plutselig på et tidspunkt så, hvem er jeg? Er jeg person med psykiske problemer? Og med det ble jeg nesten en diagnose... Det er ikke sykdommen som er i fokus her... Det å henvende seg til personen som en samarbeidspartner, og det å anerkjenne at du har kompetanse på din egen sykdom – det å få anerkjennelse for din egen kompetanse og bli tatt med på diskusjonen.

Fraværet fra arbeid, og det å ikke ha noe å gå til oppleves også som vanskelig. For uten arbeid eller studie har en heller ingenting som definerer ens fritid – fri har en jo fra noe. Nora setter dette i sammenheng med det å fylle tiden med noe meningsfylt;

En får fritid, og det er ganske dyrt å fylle fritiden med noe meningsfylt. Dem sier at det er mange ting som ikke koster penger, men det er pinadø veldig mange masse som gjør det også!

Menneskesyn og medvirkning

Klubbhusmodellens rehabiliteringstilnærming ligger som et grunnlag for Fontenehusets praksis, det dreier seg om å tilrettelegge for at rehabiliteringsprosessene kan skje, samt sørge for at rammene rundt den enkelte er stabile og trygge. Å jobbe med rehabilitering kan sees på som å jobbe med endringsprosesser, og hvilket menneskesyn en baserer seg på i et slikt arbeid er ikke uvesentlig. Fontenehuset ser på mennesker med psykiske lidelser som en ressurs. Menneskesynet kommer til kjenne ved fokuset på det hele mennesket, og ikke et ensidig fokus på diagnosen. Fontenehuset og samfunnsarbeid har mange likheter i forhold til synet på mennesket, begge er preget av optimisme med fokus på muligheter og ressurser, aktivitet og medvirkning. Begge bygger på et positivt menneskesyn med en stor grad av tro på muligheter for endring og på den enkeltes ressurser, også fokuset på aktiviteter og medvirkning er tilstedeværende hos begge parter. Begge er påvirket av holdninger fra internasjonale retningslinjer Fontenehuset gjennom ICCD og forankringen i menneskerettighetene, og samfunnsarbeidet gjennom rammeverket som menneskerettighetene gir. Både samfunnsarbeidet i Norge og Fontenehuset i Bergen har for øvrig tilpasset seg det samfunnet de opererer i, innenfor den norske konteksten og den skandinaviske velferdsmodell.

At Fontenehuset og samfunnsarbeid kan tilsies å dele et felles grunnleggende menneskesyn kan sees på som et godt utgangspunkt med tanke på videre refleksjoner rundt likheter og forskjeller – for uten en plattform hvor en har noen delte grunnpilarer ville det vært vanskelig å skille likhetene og forskjellene på bakgrunn av rehabiliteringspraksisen. Det kan også tenkes at på grunn av dette så har samfunnsarbeidet som metode et potensial i forhold til implementering hos samfunnsarbeidet.

Fordi Fontenehuset jobber med rehabilitering av mennesker med psykiske lidelser kan det være hensiktsmessig å se klubbhusbevegelsen opp mot en måte å tenke på innenfor psykisk helsefag. Jeg mener at en *salutogen tilnærming* er relevant i forhold til å se på klubbhusbevegelsens tilnærming til psykiske lidelser gjennom sitt begrensede fokus på sykdom og diagnose. Dette er en tilnærming til mennesker med psykiske lidelser som bryter med den tradisjonelle, medisinsk orienterte måten å tenke på, hvor bistanden er

knyttet til en personlig diagnose. Fontenehuset fokuserer på den enkeltes ressurser, hvor fokuset om ens diagnose kan ansees å være fraværende. Dette kan relateres til det positive helsebegrepet og det helsefremmende arbeidet som kjennetegner salutogenese, hvor fraværet av fokus på sykdom og diagnose kan i seg selv gi en helsegevinst diagnose (Antonovsky & Lev, 2000:76). Dette kan oppnås gjennom et fokus på å aktivere ressurser og potensialet til den enkelte (Langeland 2006), noe som igjen kan knyttes direkte til klubbhusbevegelsens klare korttidsmålsetting til klubbhusbevegelsen hvor mennesket skal hjelpes til å gjenoppbygge hverdagslivets rutiner og etablere et sosiale kontakter (Spjelkavik 2001). Det sosiale trekkes også frem som viktig under intervjuene, og hvordan en må lære å mestre det sosiale livet.

Mestring er sentralt innenfor salutogenese, dette gjennom *SOC-begrepet*, altså opplevelsen av sammenheng. De tre komponentene som utgjør SOC, forståelse, håndterbarhet og meningsfullhet, utgjør til sammen graden av mestring i forhold til stressfaktorer og kriser. Selv om ens tidligere opplevelser har mye å si i forhold til utvikling av ens ressurser understrekes det også av Antonovsky (2002) at hjelpeapparatet har et ansvar ved å sørge for at situasjonen er forståelig. Måten dette bør gjøres på er fokus på ressursene som personen har tilgang til, og motivere til engasjement og medvirkning (Antonovsky & Lev, 2000:77). Sentralt innenfor SOC er altså *medvirkning* og *engasjement*, engasjement kan sees som *deltakelse*. Dette er sentrale faktorer for Fontenehusets rehabiliteringspraksis, og på dette punktet kan en se en klar parallell til samfunnsarbeid – uten medvirkning og deltakelse kan en heller ikke mobilisere individet til en *kollektiv endring*. Ofte omhandles empowerment og medvirkning samtidig i faglitteraturen, men da i betegnelsen *brukermedvirkning* som tidligere nevnt under delkapitel *Empowerment*. At den enkelte gis mulighet til å medvirke er ikke uvesentlig for bedringen, en erkjennelse som er gjort i forhold til hva som gir bedring og mestring finnes innenfor recovery-tenkningen, hvor det er menneskene i prosessen som er viktig (Borg, 2006a:58). Jeg vil komme tilbake til empowerment under neste underkapittel, *Individet i fellesskapet*.

Opplevelsen av rehabiliteringspraksisen ved Fontenehuset er sentralt, og for at medvirkningstilnærmingen til Fontenehuset skal gi mening ønsker jeg å trekke frem de to

faktorene som ble understreket som vesentlige av informantene; *tid* og *tempo*. Nå kan det hevdes at dette ligger implisitt under medlemskapet kriterier - frivillig, gratis og uten tidsbegrensninger, som representerer klubbhusmodellens tilnærming. I den praktiske hverdagen mener jeg at metaforen som *Sara* kom med under intervjuet, på en god måte billedliggjør viktigheten av tid og tempo; *du kan ikke trekke en blomst opp, du må vente på at den gror*. Det dreier seg om å få muligheten til å vokse i det tempoet som passer en selv. Utgangspunktet for fremhevingen av faktorene *tid* og *tempo* som viktig finner jeg i utsagnene som baserer seg på informantenes tidligere opplevelser. Flere av informantene nevner følelsen av å bli presset ut før en var klar. Det understrekes at denne opplevelsen inkluderer også medlemmenes opplevelser av behandlingsfasen, men jeg legger til grunn at dette har overføringsverdi til rehabiliteringsprosessen på bakgrunn av at rehabilitering ansees for å være *tidsavgrenset* og at en har *planlagte prosesser med mål og virkemiddel* fra myndighetenes side (Lovdata 2001). Jeg får inntrykk av at overganene mellom behandling og rehabilitering virker noe uklare, dette kan gjerne forklares med at det ikke er to forskjellige bokser en snakker om, men glidende overganger. Flere har kontakt med behandlerapparatet mens de er i en rehabiliteringsfase – felles for de begge er ønsket om fremgang for den enkelte. Mitt inntrykk bekreftes av Normann m.fl (2008) hvor de hevder at innenfor en del miljøer innenfor psykisk helse så finnes de dem som hevder at alt kunne bli kalt behandling (Normann, 2008:93).

Fontenehuset har en bevisst politikk hvor alle som benytter huset omtales som *medlemmer*, og ikke pasienter, klienter eller brukere. Brukerbegrepet er normativt og medarbeiderne ved Fontenehuset mener det representerer et hierarkisk menneskesyn. Samtidig er begrepet *bruker* så innarbeidet i det offentlige begrepsapparatet, så når en hos Fontenehuset snakker om medvirkning må det oversettes til *brukermedvirkning* for å skape forståelse av at vi omtaler det samme begrepet. På grunn av brukermedvirkningsbegrepets tunge forankring innenfor det offentlige hjelpeapparatet velger jeg derfor å omtale medvirkning hos Fontenehuset også som brukermedvirkning heretter.

Innenfor det offentlige hjelpeapparatet er en tydelig på at en aktiv deltakelse kan gi gevinst, dette ser en igjen i den velferdspolitiske satsningen på brukermedvirkning innenfor

rehabiliteringsarbeidet, jeg sikter her til *Opptappingsplanen for psykisk helse* (St.prp.nr 63, 1998). Til tross et økt fokus på brukermedvirkning konkluderer evalueringsrapporten til Opptappingsplanen at det fortsatt finnes utfordringer og at kommunene har et godt stykke vei igjen for å nå Opptappingsplanens intensjoner om å styrke brukeren og brukerens stilling (Brofoss & Frode Larsen i samarbeid med styringsgruppen, 2009).

Det finnes variasjoner i vilkårene for brukermedvirkning. Dette er gjerne spesielt fremtredende for denne gruppen, fordi psykiske lidelser kan gjøre det vanskelig å medvirke. Sykdommen i seg selv kan medføre vanskeligheter i forhold til aktivitet og deltakelse, noe som igjen gjør det vanskelig å medvirke (Ørstavik, 2002:159). Fontenehuset er et godt eksempel på hvor krevende det er å innføre en faktisk medvirkning. Det tar tid og det krever et kontinuerlig fokus, både fra medarbeiderne og medlemmene. Medarbeiderne må stadig stå i mot fristelsen for å skjære igjennom demokratiske prosesser når de selv er uenige, samt jobbe med innarbeidete holdninger som for eksempel at leder har autoritet, og det forventes at leder bestemmer.

På denne måten blir makt en sentral faktor, psykiatriens historie har mange eksempler på bruk av makt, både i tilfeller hvor en i etterpåklokskapens lys kan kategorisere handlinger som maktovergrep, men også fordi maktbruk er et virkemiddel for å beskytte den syke mot seg selv i perioder hvor det er behov for det. Makt er nærværende i hjelperelasjoner, *fagfolket* har definisjonsmakten og det er en innarbeidete holdning at de, fagfolket, vet best (Borg, 2003a:113). Jeg går ikke videre inn i en diskusjon rundt dette, men jeg mener det likevel er viktig å trekke inn makt som faktor fordi maktmobilisering er samfunnsarbeidets grunnlag, og maktmobilisering kan igjen oversettes til empowerment. I tillegg påpekes det at *viljen* til å gjennomføre brukermedvirkning sitter hos den som utøver, den part som har definisjonsmakten (Borg, 2003a:113).

Å se brukermedvirkning og faktisk mulighet til å medvirke i et maktperspektiv gjør at en også kan skille ut forskjellen på brukermedvirkningen ut fra enkle, visuelle hjelpemiddel. Under delkapitel *Medvirkning* benyttet jeg meg av Arnsteins (1969) illustrasjon over grad av deltakelse, for å enklere belyse hva deltakelse og medvirkning betyr i forhold rehabiliteringsarbeidet. Dersom en setter rehabilitering inn i en slik illustrasjon vil trinn to,

terapi, være en riktig plassering for den tradisjonelle behandlingen innenfor psykiatrien. Rehabiliteringsarbeidet innenfor psykisk helse er gjerne noe vanskeligere å plassere. Det er politisk bestemt at en skal bruke *brukermedvirkning* – noe som fremkommer tydelig i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Jeg mener det er mest korrekt å plassere rehabiliteringsarbeidet inn under et av de trinnene som representerer ulike nivåer for tokenisme, *informasjon*, *konsultasjon* og *placiation*. Her er det nødvendig å trekke inn en tilleggsfaktor som går på ens forhold til det offentlige hjelpeapparatet. Ved å ha en psykisk lidelse og være i en posisjon hvor en er ekskludert fra arbeidsmarkedet er det en stor sannsynlighet for at vedkommende mottar en økonomisk ytelse fra NAV. Dette medfører en regulering gjennom både vilkårsfastsettelse og regler for hva som kan tillates og ikke tillates i form av ønske om for eksempel tiltak. En vil kunne bli hørt, men avgjørelsen blir basert på utenforliggende forhold i form av et lovverk som regulerer hvor mye en kan få, hvor lenge og hvilke tiltak som er tilgjengelige. Det individuelt tilpassete løpet som skal legges for den enkelte vil være preget av dette. Et eksempel som kan gis er kravet om gjennomgått ytterligere medisinsk behandling og/eller arbeidsrettede tiltak¹⁰ for å kunne søke om uførepensjon, og at en i denne fasen gjerne må gjennom tiltak som en gjerne ikke ønsker.

Jeg mener Fontenehuset har tatt dette med medvirkning enda litt lenger, og kan derfor plasseres under trinn seks, *partnerskap*, hvor samarbeid mellom partene er idealet, både på planleggingsnivå og i avgjørelser. *Samarbeid* er en viktig ferdighet for å kunne delta i samfunnet, noe som krever en utvikling på individuelt nivå, som gruppemedlem og som samfunnsmedlem (Hammerlin & Larsen, 1997:216). Men Fontenehuset stopper der, de har tatt et bevisst valg på at deres virksomhet ikke skal være *brukerstyrt*. Partnerskapet, basert på et gjensidig samarbeid mellom medarbeider og medlem, mellom *friske* og *syke*, er det som er kjernen både for å endre medlemmenes selvoppfattelse og etablere kontakt inn mot det omliggende samfunnet og i å som forhindre ekskludering og segregering (Meeuwisse, 1997:110). Fontenehuset har jobbet mye med implementering av reell medvirkning, og de har erfart at dette krever både tid og energi i form av å alltid ha fokus på at det skal være

¹⁰ Om uførepensjon, NAV. Lest 08.08.2010.

<http://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Uf%C3%B8reytelser/Uf%C3%B8repensjon>

medvirkning på alle nivåer innenfor organiseringen. Det skal likevel presiseres at i dette partnerskapet så har Fontenehusets leder, i følge klubbhusmodellens retningslinje nr. 30, et særlig ansvar for driften av Fontenehuset. I dette ansvaret ligger det å engasjere medlemmene og medarbeiderne i aller deler av klubbhusdriften (International Center for Clubhouse Development, 2008).

Det kan være interessant å se Arnsteins stige opp mot det jeg tidligere har presentert som viktige elementer ved brukermedvirkningen slik den fremstår i Stortingsmelding nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring - Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* (1998-1999). Her fremkommer det at den enkelte et medansvarlig, dette ligger jo i medvirkningsprinsippet. Videre trekkes det frem at tjenesteapparatet i stor grad skal gi hjelp til *selvhjelp* gjennom å omdefinere sin rolle til i stor grad være tilrettelegger og støttespiller (Helsedepartement 1998-1999: kap.1.2). Det ligger ingen maktanalyse bak dette utsagnet, snarere en beskrivelse av ansvarsfordeling mellom partene – hvordan denne igjen tolkes i hjelpeapparatet vil sikkert variere.

Innenfor samfunnsarbeid kan en kunne kategorisere Fontenehuset innenfor en selvhjelpskategori, men vi ser også at det kommer frem en motstand til å definere selvhjelp slik de opplever at det brukes innenfor det offentlige hjelpeapparatet. Tidligere erfaringer gjør at noen av informantene trekker paralleller mellom selvhjelp og brukerstyring. Sett i lys av Arnsteins (1969) illustrasjon vil dette kunne kategoriseres som trinn syv og åtte, *delegert makt* og *brukerkontroll*, som igjen kan defineres som brukerstyring (Arnstein, 1969:221-223).

Selv om selvhjelpsgrupper kan kategoriseres som *brukerstyrte* kan det være profesjonelle inne i bildet, i hvor stor grad vil være forskjellig fra gruppe til gruppe. En profesjonell sin rolle vil være annerledes enn den tradisjonelle ekspertrollen, og heller være en som initierer og legger til rette forholdene og eventuelt være en støttespiller underveis (Fyrand, 2005:286). I et slikt lys kan en lett kjenne igjen medarbeiderne på Fontenehuset; som *tilretteleggere* og *støttespillere*. Medarbeidernes spiller sentral rolle i klubbhusbevegelsen, og representerer ”den friske” – for det er *samarbeidet* mellom ”den friske” og ”den syke”,

rundt den meningsfulle oppgaven som er kjernen til John Beard sin tolkning av selvhjelp. Dette kan omtales som en *partnerskapsmodell* innenfor selvhjelp (Meeuwisse, 1998).

Bakgrunnen for at Fontenehuset ikke er brukerstyrt ligger i en forståelse av at det å gjennomgå en rehabiliteringsprosess i seg selv er en stor oppgave for den enkelte, og at det dermed kan være vanskelig å også ha et overblikk over alt som skjer i sosiale sammenhenger og i gruppen. I tillegg ligger likeverdigheten mellom medlem og medarbeider som førende, noe som medfører at alles ord er like viktige – uansett om en er medarbeider eller medlem. Kanskje kan en si at Fontenehuset har funnet sin grense for hva som er *passe* brukermedvirkning i forhold til sitt formål. Det som er viktig er at de sier noe om *hva* som ligger bak ordet i form av praksis – noe jeg tror kan være med på å igjen skape den tryggheten og forutsigbarheten som medlemmene trenger. Selvhjelp har klare forankringer i samfunnsarbeid, og Fontenehusets arbeidsgruppe som jobber i foredragsgruppen hvor de fremmer sitt syn på brukermedvirkning kan sees på som en måte å stille spørsmål til hvordan andre tenker rundt medvirkning og gjennom det forsøke å flytte noen toleransegrenser, jeg vil komme tilbake til under kapitlet *Fontenehuset i samfunnet*.

Fontenehusets motstand til å kategorisere seg som et ordinær selvhjelpsgruppe kan en finne igjen i klubbhusbevegelsens ideologiske grunnlag. Men det virket ikke som Beard sitt syn på *selvhjelp gjennom samarbeid* og avstand fra den ordinære måten å betrakte begrepet, som ble presenter under delkapitel *Klubbhusbevegelsen*, var kjent på Fontenehuset medlemmer eller medlemmer. Beard sin tilnærming til selvhjelp er ikke nevnt i retningslinjene til ICCD. Dersom mine antakelser er korrekte kan Fontenehusets betraktninger rundt selvhjelp være et eksempel på en kritisk betraktning på et veletablert begrep innenfor det offentlige hjelpeapparatet.

Høy grad av medvirkning er essensielt for samfunnsarbeidet, dette må sees i sammenheng med de prosesser som samfunnsarbeid søker å oppnå gjennom å se individuelle problemer i sammenheng med samfunnsmessige strukturer og prosesser. Her er empowerment sentralt, og den krever aktiv deltakelse og bevissthet rundt seg selv, sin situasjon og sin gruppes

situasjon. Men det dreier seg også om å ta den det gjelder på alvor, og å lytte til den det gjelder – eller for å si det som samfunnsarbeideren gjerne ville ha sagt; *en må starte der folk er*. Det å la den det gjelder få ta del i prosessen, og selv definere sine egen behov og ønsker understrekes som viktig, og Campo, Wolcott et al. (1997) mener at suksesskriteriet for rehabiliteringsarbeid avhenger av hvor aktivt involvert den enkelte er i forhold til sin egen rehabiliteringsprosess. De fortsetter med å si at dersom en person ikke ønsker de målene som er forventet, så er den profesjonelle hjelperen hjelpsløs (Campo, Wolcott et al. 1997:330). Her er det to elementer som er fremtredende – aktiv involvering og ønsket målsetting. Jeg ser dette som en mulig kjede, dersom en har vært aktivt deltakende i hele prosessen, også i defineringen av hva som er ens ønsker og begrensninger så vil sannsynligheten for at en er enig i målene som settes være høyere enn om en ikke er aktivt deltakende. Det dreier seg om å få lov til å ta del i eget liv.

Jeg har påpekt en rekke likheter mellom rehabiliteringspraksisen til Fontenehuset, belyst gjennom salutogenese, og samfunnsarbeid. Samtidig ligger en vesensforskjell i form av hvem en har fokus på, Fontenehuset og rehabiliteringsfeltet for øvrig har et fokus på individet og individets muligheter til å mestre livet. Samfunnsarbeidet har fokus på nivåene over individet, hvor det dreier seg om å ha fokus på en kollektiv bevisstgjøring eller endringer på et system- eller strukturnivå – altså noe som får en betydning for mer enn en person (Hutchinson, 2003:20).

En aktiv, meningsfull hverdag

Rehabilitering skjer ikke sånn uten videre, det trenges et virkemiddel. For Fontenehuset er dette basert rundt den arbeidsorienterte hverdagen. I kapittel *Tematisk og teoretisk rammeverk*, trekkes det frem flere vesentlige faktorer; klubbhusbevegelsens forankring menneskerettighetserklæringen artikkel 23 som omhandler retten til arbeid og den sterke troen på at alle mennesker, også mennesker med en psykisk lidelse, har en iboende produktivitet i seg, at alle har en ressurs. Beard (1982) mente at arbeidet har en utviklende kraft, gjennom deltakelse og engasjement, som gir muligheter til strekke seg etter og kanskje å oppnå lønnet arbeid (Beard, Propst & Malamud, 1982). I tillegg trakk jeg frem

myndighetenes arbeidsorienterte fokus på en gruppe mennesker som vi vet ekskluderes fra arbeidslivet, samt at en vet at arbeid og aktivitet kan bidra til bedring.

Den arbeidsorienterte aktiviteten som ligger nedfelt hos både klubbhusmodellens rehabiliteringstilnærming og Fontenehuset rehabiliteringspraksis består i å sikre den daglige driften, uten medlemmenes frivillige innsats kan ikke Fontenehuset eksistere. At aktiviteten ikke bare skal være en aktivitet, men også være meningsfull, kommer tydelig frem under intervjuene og er noe som ligger som et fundament for klubbhusbevegelsen. Hva som ligger bak et begrep som *meningsfull* kan være så mangt, en måte å se det på er at arbeidsoppgaven skal fylle en funksjon som er viktig, og dermed også være med på gjøre noe som betyr noe for andre. *Du* skal føle deg meningsfull, det skal være behov for *deg* – dette kan være med på å gi personlig vekst. En *blir* noen. Dette mener jeg at en kan se i sammenheng med Fontenehusets bruk av medlemsbegrepet, for begge deler – det å være likeverdig medvirkende og det å gjøre noe for andre bidrar til at en får et statusskifte. Arild Granerud (2004) konkluderer i sin studie om mennesker med psykiske lidelser og sosial integrering med at *sosiale nettverk* og *sosial støtte* har betydning i forhold til opplevelsen av et meningsfylt liv, og at hans informanter opplevde at dette ble oversett av hjelperne, og at det var ønske om hjelp til å bli mer aktive. Som løsningsforslag trekker han frem brukermedvirkning og aktiviteter som fremmer gjensidighet, hvor Fontenehusemodellen trekkes frem som et eksempel for hvordan en kan imøtekomme dette (Granerud, 2004). Også her finnes en parallell til SOC-begrepet innenfor salutogenese, gjennom en presisering av den siste komponenten *meningsfullhet*. Med det menes at en person som skårer høyt på denne komponenten i SOC også vil ha større sannsynlighet til å klare å ta de utfordringer som byr på seg, og være motivert for å jobbe seg gjennom det (Antonovsky & Lev, 2000).

Utgangspunktet for den meningsfulle aktiviteten finner en i aktivitetens karakter, her er det de arbeidsrelaterte oppgavene som er sentrale, dette var svært viktig for *Nora*. Hun har hatt et stort behov for å føle at hun kommer seg videre og se seg selv som et helt menneske igjen, og da ble det feil for henne å gjøre *hobbyrelaterte aktiviteter*. For henne representerer hobby fritiden, og for oppnå den effekten av et aktivitetsbasert tiltak hadde hun behov for å kunne skille mellom arbeid og fritid. Noras erfaringer er basert på hennes opplevelser ved å

gå på et psykiatrisk dagsenter, hvor aktiviteten hun fikk tilbud var hobbyrelatert. Denne formen for aktiviteter kategoriseres som sysselsettingsterapeutiske hvor fokuset er aktivitet, motivering og sosial trening (Schafft, 2009:70). Dette behovet for skille mellom fritid og arbeid kan en relatere til hva en legger i aktiviteten, fritidsaktiviteter sees i et sånt lys som lek, mens arbeid oppfattes som mer ekte. Det å gjøre en aktivitet for aktivitetens skyld er ikke nok, aktiviteten må *engasjere*. Den arbeidsorienterte strukturen som *Nora* opplever ved å være på Fontenehuset dreier seg ikke kun om å få en struktur i hverdagen, men også hva som er kilden bak strukturen (Kelvin, 1981).

Dette kan sees i en forlengelse av hvordan en ser på seg selv, for fokuset på arbeid og den arbeidsorienterte aktivitet ansees som en mulighet for den enkelte å forlate *sykerollen* (Borg, 2006b:53). Med sykerollen tenker jeg på den rollen som er knyttet til det å ha en diagnose, det å være psykisk syk. I tillegg til å omtale alle som bruker huset som medlemmer har Fontenehuset en klar og tydelig holdning til at diagnoser ikke skal være en del av fokuset. Flere av medlemmene beskrev at fokuset de hadde opplevd tidligere rundt seg selv og sin diagnose til slutt gjorde at de følte at de ble diagnosen. Dersom en ser dette i et virksomhetsteoretisk syn, hvor ens bilde blir påvirket av den virksomheten som ansees å være din dominerende, vil diagnosen her kunne ansees som det dominerende. Sykdommen blir det som definerer deg (Thesen, 2001). Det å skifte ut ens dominerende virksomhet, med noe annet, kan beskrives som et skifte av identitet og en bevisstgjøring av å tilhøre en annen gruppe eller kategori av mennesker. En kan forkaste sykerollen, og erstatte den med en *sosial rolle* som et *integrert* individ i samfunnet (Borg, 2006b:53).

Det å ha en psykisk diagnose er tilknyttet et *stigma*, og kanskje kan prosessen ved at ens hovedvirksomhet skiftes ut være med på å redefinere ens rolle. *Sara* ser hennes virksomhet på Fontenehuset som arbeid, hvor hun har mulighet til å se seg selv i en arbeidsmessig sosial sammenheng. Arbeidet som medlemmene gjør på Fontenehuset kan kategoriseres som en frivillig, ulønnet arbeidsorientert aktivitet, noe som sammenfaller med Wadel sitt utvidete arbeidsbegrep (Wadel 1984:47). Det kan tenkes at en person oppnår såpass tilbedring og begynner i et ordinært studieløp eller kommer seg ut i ordinært arbeidsliv, og dette er flott – for noen betyr det at en har oppnådd målsettingen sin. Det å leve med stigma

er vanskelig, og for noen blir det viktig å forsøke å skjule sitt stigma for omverden, dette kaller Goffman for *passing* (Goffman, 1986:73-91). Sara har valgt å si hvor hun jobber, altså på Fontenehuset, og hun er klar over at det utleverer henne. Det kan se ut som at for henne så er identiteten som noe annet enn en diagnose viktigere enn å skjule stigmat sitt. At Sara velger å tilnærme seg sitt stigma på den måten er valgfritt, og det kan tenkes at mange har vegringer for å gjøre som henne. I lys av samfunnsarbeid kan ønsket om hemmeligholdelse rundt stigmaet by på utfordringer, for dersom en ser på samfunnsarbeidets kjerne så jobber en med problemstillinger på et kollektivt nivå. I dette ligger det en fare for at en kan bli identifisert og gjenkjent, og en kan oppleve å måtte ta et valg mellom å skjule stigmaet sitt og være ”normal” eller å stå frem, og være med på å utfordre normalitetsbegrepet. Thesen (2001) peker på det fraværende fokuset på stigma innenfor hjelpeapparatet i sin studie, for selv om temaet er velkjent og mye diskutert så er det ikke blitt inkludert i tilstrekkelig grad i den faglige kunnskapsbasen og er lite tilstedeværende i forhold til diskusjoner rundt kvaliteten på hjelpetilbudet. Dette mener hun at er et problem dersom en skal kunne klare å tenke nytt og øke kvaliteten på hjelpetilbudet (Thesen, 2001).

Medarbeiders rolle

I overgangen fra de meningsfulle aktiviteter til medarbeidernes rolle kan det være hensiktsmessig å nevne at meningsfullhet også er noe som skapes i dialogen mellom de to partene (Borg, 2006b), *medarbeider* og *medlem*. Det som understrekes som vesentlige er at medlemmet selv definerer hva som er ønsket aktivitet, og at dette er noe som utprøves i situasjoner som krever samhandling med andre. Da jeg tidligere beskrev Fontenehuset og selvhjelp ble det nevnt at medarbeidernes rolle er sentral, hele klubbhusmodellens rehabiliteringstilnærming går ut på at det er samarbeidet og relasjonen mellom disse to parter, og det er den som ligger til grunn for bedringen.

Medlemmene trekker selv frem at medarbeiderne er viktige for dem, og sentralt er måten de fremstår på, det trekkes frem en opplevelse av medarbeiderne som *personlige* og *private*. De, medarbeiderne og medlemmene, har et felles prosjekt, og det er å sikre den daglige

driften til Fontenehuset. Dette kan igjen relateres til hva som gjør en arbeidsoppgave verdifull, det å ha et felles mål forener en – noe som igjen kan medføre en følelse av *oss*, og ikke *vi* – *de*. Medarbeiderne ved Fontenehuset har en allsidig bakgrunn, men har ikke bakgrunn som profesjonelle innefor psykisk helse. For klubbhusbevegelsen er ikke ens yrkesbakgrunn det som er mest sentralt, vel så viktig er ens personlige egenskaper. De har ikke en bevisst politikk som sier at en ikke skal bruke profesjonene, men det er en bevissthet om de holdninger og verdier som medarbeider med en slik type bakgrunn kan ha med seg av tankesett (Meeuwisse, 1997). For å belyse kan en trekke frem begrepsbruken igjen, hvor en innenfor hjelpeapparatet vil være naturlig å snakke om pasient, klient eller bruker. Å jobbe innenfor klubbhusmodellen krever at en som profesjonell går *utenfor boksen* sin og ser på et fagfelt med nye øyner. Denne prosessen kan minimalisere de byråkratiske grensene partene i mellom, noe som også trekkes frem som positivt. Det er ikke min påstand at noe lignende ikke kan oppnås innenfor det offentlig hjelpeapparatet, men det er mulig at skillelinjene mellom hjelper og mottaker blir tydeligere innenfor et fagmiljø som er mer preget av den tradisjonelle måten å tenke rehabilitering på. Hernes (1988) trekker frem det å jobbe med en nettverkstilnærming som en annen innfallsvinkel hvor fokuset dreier seg fra individets privatiserte problem til samhandling, relasjoner og sosiale miljøbetingelser. I dette ligger også en prosess hvor den profesjonelle gir avkall på noe av den autoriteten som lå innbakt i psykiatrien (Hernes, 1988:36).

Denne prosessen kan relateres til gjensidigheten som innenfor recovery-tenkningen mener kan være med på å utfordre den profesjonelle rollen, hvor det er ønskelig at begge parter får noe ut av møtet og gjennom det bygge ned den distansen som den profesjonelle rollen kan gi, dette er sentralt hos Topor (2003). Det er interessant å se hvordan en tenker at hjelpen kan gå begge veier, slik at det skal være mulig for den som mottar hjelp å også få lov til å gi noe tilbake. Denne tanken er basert på at kun det å være en mottaker gjør noe med ens identitet (Topor, 2003:54-63). Dette kan relateres til rolleforståelsen og rolleendring som tidligere omtalt. For å gi et eksempel fra Fontenehuset så kan kjøkkengruppen nevnes. Det er en medarbeider som har ansvar, men personen er avhengig av at medlemmer deltar på denne avdeling dersom Fontenehuset skal klare å servere varmmat til alle sammen kl 12:00. Selve matlagingen er en del av oppgaven, planlegging av ukemeny, handlelister og oversikt

over hva en har og hva en trenger, rydding og vasking på kjøkken inkluderes også. Det var et poeng fra Beard at antall medarbeidere skulle være så få at de var avhengige av hjelp fra medlemmene, og at ingen arbeidsoppgaver skulle være av en sånn art at medarbeiderne kunne overlate det totale ansvaret til medlemmene. Samarbeid fremtrer igjen som et sentralt virkemiddel (Meeuwisse, 1997).

Jeg har nevnt både likeverdighet og gjensidighet, og jeg mener de to elementene omfavner noe vesentlig for oss mennesker, *anerkjennelse*. Honneth (2008) trekker frem tre sfærer for anerkjennelse; den private, rettslige og solidariske. Den private sfæren bygger på kjærlighet og tillit. Den rettslige sfæren omhandler menneskets tilhørighet til et samfunn, med de rettigheter og plikter det medfører og hvor anerkjennelse kommer i det individet oppfattes som et fullverdig medlem av det spesifikke samfunnet. Den solidariske sfæren dreier seg om hvor mennesket anerkjennes gjennom sin deltakelse i fellesskapet, viktige stikkord er ens kvaliteter og kompetanse som menneske (Honneth, 2008). Det å bli anerkjent som noe annet, og noe mer enn kun en person med en psykisk lidelse oppleves som viktig - igjen ser en det hele mennesket. Topor (2003) hevder at gjensidighet er avgjørende faktor for bedring, hvor engasjementet fra medarbeiderne kommer frem som et viktig element (Topor, 2003:61-62). Denne gjensidigheten kommer som uttrykk i alle de tre sfærene, og Fontenehuset som et samfunn, gjennom den utvidete betydningen, vil dermed kunne være en viktig bidragsyter i at det enkelte individet opplever anerkjennelse.

I et samfunnsarbeidsperspektiv vil en samfunnsarbeider ofte betraktes som en *katalysator*, en *igangsetter*, dette kan samsvare med synet på den profesjonelles rolle i selvhjelpen. Ofte er det en målsetting at samfunnsarbeideren skal kunne trekke seg ut etter å ha bidratt til oppstart, og hvor gruppen har blitt levedyktig på egenhånd. Dette bryter med Fontenehusets kjerne ved samarbeid mellom medlemmene og medarbeiderne. Når alt kommer til alt er det medarbeidernes ansvar å sikre rammene, kontinuiteten og trygghet ved Fontenehuset. Fontenehusets funksjon er å være et stabilt sted hvor medlemmene får tid og mulighet til å utvikle seg, etter hvert som folk blir klare for å gå videre vil medlemmene søke seg ut av Fontenehuset – med den visshet om at Fontenehuset er der, og blir der. Det blir stående som en rømningsvei tilbake til noe trygt dersom en skulle oppleve at livet igjen ikke er så

enkelt å mestre. Det betyr at Fontenehusets sammensetting av medlemmer vil endres over tid, og at det er forskjell i hvor stor grad de benytter Fontenehuset i det daglig, og hva de har av behov. I den grad en kan se medarbeiderne som katalysatorer og igangsettere så vil jeg hevde at det er på et individuelt nivå, hvor det enkelte medlem får bistand til selv å sette i gang. Dersom en ser samfunnsarbeid på den måten, og hvor samfunnsarbeideren blir den som sikrer kontinuitet kan det å se medarbeiderne i lys av å være samfunnsarbeidere være aktuelt.

At medarbeidernes tilstedeværelse er svært viktig for å sikre kontinuitet kan belyses ved å se på gruppens felles kjennetegn, for på lik linje som at individer er forskjellige og har ulike behov vil også grupper være forskjellige. Jeg har tidligere beskrevet at psykiske lidelser for noen kan utarte seg på en slik måte at deltakelse kan være vanskelig. Jeg hevder ikke at mennesker med psykiske lidelser ikke deltar, men at lidelsen tidvis medfører at en ikke klarer å delta like mye. Dette har Fontenehuset tatt høyde for og skapt et rom for mulighet til å bare å være der, en tar den tid som kreves og går i det tempoet som føles rett. Dette er et uttalt behov fra medlemmene. gjør at Fontenehuset kan sies å være tilpasset det enkelte individet på bakgrunn av hvilken fase en er i, og at det sikrer en kontinuitet i forhold til sosialt nettverk som kan forsvinne dersom en skrives ut av et tiltak ved forverring av helsetilstanden sin, eller fordi en har oppnådd tilstrekkelig bedring. Jeg viser her til følelsen av manglende press og stress slik *Sara* og *Nora* har opplevd tidligere. Det er tiltaket, her representer gjennom Fontenehuset, som tilpasset individet, og ikke individet som tilpasset tiltaket. Stabiliteten som kreves står medarbeiderne for. Og kanskje kan en si at fordi en har medarbeidere som er aktivt deltakende så danner en også muligheten for å jobbe med samfunnsarbeid innenfor Fontenehusets rammer. Slik sett kan det se ut til at Fontenehuset og dets medlemmers kjennetegn bringer inn en ny dimensjon for samfunnsarbeidet – for dersom samfunnsarbeidet skal kunne favne alle må en også ta hensyn til de det gjelder.

Individet i fellesskapet

Dette underkapitlet er en forlengelse av det første, hvor jeg går mer i dybden på hva som ligger i den enkeltes opplevelse. I og med at rehabiliteringstilnærmingen i stor grad er

knyttet til fellesskapet, vil det være sentralt å omtale dette sammen under temaet *Fellesskapet og dets ringvirkninger*. Mange av prosessene som gjennomgås kan sees i lys av et sentralt element innenfor samfunnsarbeid, jeg vil derfor også omtale empowerment under temaet *Empowerment på Fontenehuset i Bergen*..

Utgangspunktet til Fontenehuset er å kunne hjelpe den enkelte til best mulig sosial og samfunnsmessig integrering, og en vektlegger styrking av selvfølelsen og bygger på prinsippet om empowerment i denne prosessen. Det er relasjonene mellom mennesker som er viktig, hvor en fokuserer på at det som gir økt følelse av egenverdi, selvtillit, det å bli hørt og respektert. Fokuset på fellesskapet i Fontenehuset, det gjensidige samarbeidet mellom medarbeider og medlem og et positivt menneskesyn ansees som viktig. I fellesskap er det utformet enkle spilleregler for det sosiale samarbeidet på Fontenehuset;

- *Være åpen og ærlig om at en ikke er enig i måten ting gjøres på eller i diskusjonen.*
- *Ansatte har, som rollemodeller, en plikt til å si fra dersom det er negativ stemning.*
- *Å ha en praktisk distanse mellom de ulike arbeidsavdelingene.*
- *En må skille mellom person og handling, og akseptere at andre kan ta avstand fra handlingen.*
- *Dersom en ikke håndterer en situasjon slik at konflikt oppstår skal en avtale en strategi for hvordan en best mulig kan håndtere lignende situasjoner senere.*
- *Den sinte tar ansvar over eget sinne.*

Kommenterte funn

Alle informantene jeg snakket med kunne fortelle at deltakelsen ved Fontenehuset har bidratt til noe positivt, og jeg fikk mange gode eksempler på dette. En av informantene, Thea, oppsummerte sin historie med en setning da jeg spurte henne om hva Fontenehuset hadde betydd for henne – og den ga meg innsikt i den kampen som mange gjennomgår i prosessen til å bli bedre og få bedre livsvilkår;

Hadde jeg ikke hatt linken inn til Fontenehuset så hadde jeg ikke overlevd.

For Thea har dette dreid seg om å få tilbake et mer selvstendig og anstendig liv, og få styrke til å selv definere hva som er bra for henne og hva som ikke er bra. For Emma dreier det seg mye om at Fontenehuset holder henne gående, og hun er nå i en prosess hvor det vurderes nedtrapping på medisinene;

Selv så bruker jeg en del tabletter, men jeg har bestemt med min fastlege at jeg vil trappe ned og da er det viktig at jeg har et sted å gå til som jeg føler meg trygg på... Hadde ikke Fontenehuset vært her så hadde ikke jeg vært her i dag...

Også for Sara har kontakten med Fontenehuset hatt noe å si i forhold til hennes egenutvikling, og i likhet med Emma trekker hun inn bruken av medisiner;

Jeg har gått ned på masse medisiner etter at jeg begynte å gå her. Jeg gikk på masse medisiner tidligere, og nå går jeg på mye mindre. Så det har hatt en veldig helhetlig effekt på meg... det der med..., jeg tror det handler mye om å bli akseptert for den en er, spesielt når det kan være på grunn av at jeg har utfordringer sant, og ikke på tross av

Det er ikke alle som har opplevde kontakten med Fontenehuset som så livreddende som det gis uttrykk for hos både Thea og Emma, men som likevel sier noe om de endringene Fontenehuset har bidratt til for deres egen utvikling. For Sara har dette dreiet seg mye om hvordan hun er blitt møtt, og hun er ikke alene om å føle hva det har gjort med henne som person;

Jeg tror det handler mye om å bli akseptert for den en er, spesielt når en kan være på grunn av at jeg har utfordringer sant, og ikke på tross av. For det, på grunn av føles mer akseptert. At det ikke er en veldedighetsting på en måte, "ja greit, vi skal akseptere deg..." De har virkelig satt pris på meg da, og det gikk lang tid for meg å akseptere dette... vi er jo faktisk en liten gjeng, og vi blir jo påvirket av hverandre hele tiden. Fontenehuset har bidratt til at jeg har fått en enorm, det har påvirket meg utrolig med då få bedre selvtillit, selvilde også føle at jeg er en ressurs for andre. Det er bygget på et positivt menneskesyn her.

For å vise at Fontenehuset også har gjort noe mer enn bare å bygge selvtillit for noen belyses av Hanna:

Jeg er blitt så rik! Og jeg har det veldig, veldig godt. Jeg må jo bare takke for at jeg har måtte gå igjennom, hva jeg har lært og hva jeg har fått med meg. Og hva jeg... jeg må jo si at det er meg selv jeg må takke mest, fordi jeg har stått på. Men Fontenehuset kommer som nummer to, den støtten – at alt som var så vondt, det var

så håpløst og så negativt. At alt er snudd til det positive og at jeg kan bruke det i mitt fremtidige arbeid.”

Derfor kan en også si at det å være på Fontenehuset også gir en form for *sosial læring*. Fontenehuset er nøye med å påpeke at de ikke driver med terapi, det er igjen noe som en *gir* – her er det rammene rundt som skal skape den tryggheten i at en våger å ta et lite steg videre. Medlemmene på Fontenehuset har forskjellige behov, og for Ida har det vært viktig å trene på å være sosial;

Jeg var jo livredd for bare å spise lunsj med de der folkene her. For det at det kunne jo være at de snakket til meg, ikke sant. Og da ser jo alle på meg, og det går jo ikke! Så, men nå er det noe helt annet. Nå har jeg liksom begynt med å øve meg selv i å stå litt fokus da... Men, jeg øver meg litt på sånne småting hele tiden. Her går det liksom an, her tør du, det går an å være seg selv her.

Det er et helhetlig perspektiv på Fontenehuset, i denne ligger det at en ikke kun er på et arbeidssted for å utføre et stykke arbeid, men en skal også være sammen sosialt og klare å mestre det. Dette er gjerne ting som jeg tar for gitt i min arbeidshverdag, men som Ida belyser - det å klare å samhandle med andre over tid, gjerne være uenige om hvordan ting skal gjøres og forholde seg til mange mennesker kan være en utfordring for mange. Dette er også et utgangspunkt som kommer frem under fokusgruppeintervjuet;

Det er jo mange som opplever at det sosiale er vanskelig, og så velger de å leve et liv som er mye i sin egen verden, i forhold til sitt eget – man lever som i en egen syklus. Så den store utfordringen det er å oppdage at vi er sosiale vesen, og at vi altså ikke kan fungere i den her verden uten, det vil være veldig vanskelig i alle fall helt ensomt. Men en del sosiale sammenhenger betyr at man både gir og tar, gir og får, det blir som en gjensidighet i det som gjerne er en aha-opplevelse for mange... Fontenehuset sitt formål er å øke den sosiale kompetanse og øke egenverdien til den enkelte, men også utvide normalitetsbegrepet i samfunnet.

Det dreier seg om å bli trygg, det dreier seg om å være sammen med andre og det dreier seg kanskje også om å lære å tenke på en annerledes måte. Sara tar utgangspunkt i hva hun har lært gjennom å delta på evalueringsmøtene hvor en fokuserer på hva som har vært bra og hva som kunne vært bedre;

Den evalueringen vi har på huset er med på å bidra til at en kan tenke nytt om seg selv og situasjoner... Jeg har lært å tenke nytt, tenke annerledes. Tenke mer konstruktivt... Jeg har fått mye mer selvrespekt, for første gang i mitt liv tror jeg. Jeg har begynt å sette grenser, se hva som er bra oppførsel og hva som ikke er bra oppførsel. Det er jeg blitt mye mer bevisst på på Fontenehuset... Jeg hater når folk avbryter meg, jeg blir så irritert av det. Så istedenfor å si at "jeg hater når du avbryter meg" og at "du irriterer meg" så er det bedre å si "veldig bra du er så engasjert, men det kunne ha vært bedre om du ikke avbrøt meg". Så det er noe helt annet liksom. Små vidundermiddel. Ganske enkelt!

Innenfor samfunnsarbeid er empowerment som begrep sentralt, og kan relateres til flere av prosessene som medlemmene sier. Ingen av informantene mine hadde et forhold til empowermentbegrepet, det kan forklares med at det er et faguttrykk og i kraft av det lite tilgjengelig, men Nora hadde sterke meninger om hva hun mener bør ligge i begrepet og hva det har gjort for henne etter at jeg definerte begrepet;

Jeg synes det å bli gjort handlekraftig er en god oversettelse, for vist det er slik at folk har det så vanskelig pga fattigdom eller sykdom så er de avmektige, en ser ikke skogen for bare trær. En ser ikke muligheter for det er så mange hindringer i veien, og det å få hjelp til å finne veien ut av labyrinten, så er en gjort handlekraftig. Det er jo også målet til brukermedvirkning.

Fellesskapet på Fontenehuset er viktig, og lunsjen er et naturlig treffpunkt hvor alle samles. Det er forskjellige behov for medlemmene ved Fontenehuset, og det blir tydelig når en snakker om det med nettverk og fellesskap. For Ida har Fontenehuset vært et viktig sted for å få et nettverk,

Det gir jo et nettverk, og det er et sted hvor en klarer å være en selv og bruke de ressursene som en har... Det betyr mye for meg, det er liksom det eneste livet jeg har utenom hjemmet... Jeg har vært medlem i X år [antall år fjernet av anonymitetshensyn], og jeg er blitt en helt annen person for å si det sånn.

Nora ser der å være i et arbeidsmiljø opp mot viktigheten av å være en del av et sosialt fellesskap som viktig, hvorfor dette er viktig legges i betydningen av å ha et sosialt fellesskap;

En burde jobbe mer med å få folk ut i arbeid. Da er en kvitt veldig mye av de psykiske sykdommene. En får folk ut fra isolasjonene, da får de tilbake til et fellesskap. Et sosialt fellesskap, personene får feedback på andre sider av seg selv

ved at det får feedback på jobben, mestringsopplevelser, opplevelse ved å dra i flokk, teamwork, en får ikke minst hjelp til å fylle dagen...

Fellesskapet og dets ringvirkninger

Som tidligere nevnt er Fontenehusets tilnærming preget av å være individrettet, det er individets muligheter til å vokse innenfor gitte rammer som er utgangspunktet. Samtidig understrekes det at rehabiliteringsprosessene gjøres i et fellesskap (Beard, Propst & Malamud, 1982:1). Fellesskap innenfor Fontenehuset kan kategoriseres som et *tilhørighetsfellesskap*, dette forsterkes av at en tas opp som medlem, hvor den sosiale dimensjonen ved fellesskapet er sentralt, og hvor deltakelse er viktig (Madsen, 2006:228-229). Tilhørighet gir relasjoner, og akkurat dette er svært viktig for Fontenehuset. Det er med på å gi håp – gjennom at en bygger selvtillit i fellesskapet, en ser de gode historiene og finner støtte ved å være sammen med andre som har de samme utfordringene i hverdagen. Dersom en går tilbake til betegnelsen *community work*, og tar i bruk den utvidete betydningen av *community*, så vil Fontenehusets medlemmer representere hva Twelvetrees (2002) omtaler som *community of need* og *community of interest*. Klubbhusbevegelsen omtaler seg selv som *intentional community*, basert på at de har et felles verdisystem, som igjen kan sammenligne de med subkulturbegrepet innenfor sosialantropologien (Beard, Propst & Malamud, 1982:186).

Samfunnsarbeid ser på selvhjelpsgrupper som en mulig form for organisering, jeg viser her tilbake til diskusjonen rundt selvhjelp i underkapitlet *Medvirkning* hvor selvhjelp fremstår som noe annerledes. Seim et al (1997) hevder at det kan virke som at en selvhjelpsgruppe har en tendens til å rette oppmerksomheten inn mot deltakerne selv, og ikke ut mot samfunnsmessige forhold og de samfunnsmessige betingelsene som ligger til grunn for deltakernes problemer (Seim, Hjemdal & Nilsen, 1997:24). Sett i dette lyset vil en selvhjelpsorganisering i mindre grad passe til en beskrivelse innenfor samfunnsarbeid, men være beskrivende i forhold til hvordan Fontenehuset jobber på.

Den arbeidsorienterte aktiviteten er sentral på Fontenehuset – og fordi alle aktivitetene gjøres innenfor en *sosial kontekst* kan en også kategorisere arbeidet som en viktig

bidragsyter til den sosiale konteksten (Borg, 2006b). Den sosiale arenaen kan være vanskelig for mange med psykiske lidelser, og at en vet at ensomhet og isolasjon kan være en utfordring. Dersom en snur på det kan en si at fordi dette kan være en utfordring, så spiller kanskje det sosiale en ekstra stor rolle for denne gruppen. Det å være aktiv i et sosialt fellesskap er noe som flere av medlemmene ikke tar for gitt, og *Ida* er et godt eksempel på hvor hun har brukt Fontenehuset som arena for å øve seg på å være sosial. For henne var det skummelt å delta i starten, hun var redd for at andre skulle snakke med henne, se på henne. Hennes deltakelse ved Fontenehuset har gitt henne muligheten til å være sosial innenfor trygge rammer – og hun har gått fra å gjemme seg til faktisk tørre å øve seg på å ta ordet, også under fellesmøtene til Fontenehuset. Et annet ord for dette er gjerne *sosial trening* – hvor en lærer mestringstrategier for bruk i alle sosiale sammenhenger. For noen dreier dette seg å lære å kjenne seg selv og sine grenser, å finne egen styrke og svakheter. Dette trekkes inn som sentralt for *Sara*, hvor hun har trent på se ting fra en annen innfallsvinkel. Et eksempel på dette er de ukentlige evalueringsmøtene som beskrevet under delkapitel *En dag på Fontenehuset i Bergen*. Fokuset på det positive er med på å vise at selv om livet er vanskelig og det virker meningsløst, så kan det være noe som har vært eller er bra. Det å klare å se ting fra en annen innfallsvinkel kan være med på å øke ens sosiale kompetanse. Det er de tingene som skjer i fellesskapet, internt i gruppen, som gjør endringene – og dette er helt i tråd med hvordan en tenker samfunnsarbeid, hvor individets livsbetingelser forbedres fordi en innenfor fellesskapet har muligheter for endringsprosesser.

Blant medlemmene ser det ut til at det er forskjellig opplevelse i hva de har av behov i forhold til fellesskap og sosiale nettverk. For noen var Fontenehuset kjempeviktig i forhold til å i det hele tatt ha et sosialt nettverk, mens andre betrakter det mer som en arbeidsplass hvor de får lov til å utforske og utvikle sider ved seg selv, bygge seg opp og klargjøre seg for verden der ute. Dette kan oppsummeres med at det er variasjon i ens *sosiale kapital*. Sosial kapital sees gjerne på som et overordnet begrep for sosialt samhold, sosial integrering, sosial støtte, tillit og sosialt nettverk (Starrin, 2009:31 ; Ledwith, Campling & British Association of Social Workers, 2005). Dette viser igjen bilde av en gruppe mennesker som til tross sin felles opplevelse av å ha en diagnose er forskjellige. De

mellommenneskelige forhold som en kan få i et fellesskap er vesentlige for vekst, anerkjennelse, trygghet, økt selvfølelse. Det er følelser som vokser på bakgrunn av den tilbakemeldingen en får fra andre. Håkonsen (2000) påpeker at et menneskets liv ikke kan forstås uten å se det enkelte menneske i en relasjon til andre. Det er i disse relasjonene mellom mennesker hvor vi også møter de store utfordringene i livet. De *gode* relasjonene bygger oss opp, mens de *dårlige* relasjonene gjør oss sårbare og fører til at vi lider (Håkonsen, 2000:27). Hva som er en *god* og en *dårlig* relasjon er normativt, men det jeg legger i en *god* relasjon er den som får deg til å føle deg verdsatt, meningsfull, likeverdig, berikende, gir tilhørighet, tillit, trygghet og så videre, den *dårlige* relasjonen er derimot den som får deg til å føle deg liten, avmektig, alene, avvikende, usikker, utrygg. Denne listen over følelser er ikke uttømmende. Den sosiale støtten en får når relasjonen er god innebærer å ha noen å *dele* problemene sine med, hvor en støtter hverandre i både hverdaglige og mer ekstraordinære situasjoner (Hernes, 1988:27).

I samfunnsarbeid gir fellesskapet fundamentet for de kollektive endringsprosessene som beskrives som sentrale, for det er innenfor fellesskapet rammer en har mulighet til å gå fra det individuelle til det kollektive. Sentralt her er følelsen av en gruppeidentitet, det at en anser seg for å være en del av *vi*. Gruppen av medlemmer, og potensielle medlemmer, kjennetegnes ved å være svært forskjellig i forhold til alder, kjønn, utdannelses- og yrkesbakgrunn, nettverk og så videre. Dette kan gi utfordringer i forhold til å definere hva som er ens felles forståelse rundt hva problemet er, og hva som kan være gode løsningsstrategier. Samtidig kan en si at Fontenehusets eksplisitte arbeidsfokus definerer dette i forkant, ved at den arbeidsorienterte aktiviteten fremheves som faktor for å gi bedring. Kanskje er det slik at de som er enige i at den arbeidsorienterte aktiviteten er sentral blir medlemmer, mens de som ikke er enige heller ikke blir medlemmer? For noen kan det å være i en meningsfylt aktivitet være tilstrekkelig. Ut fra at det finnes en rekke tiltak som har både arbeids- og aktivitetstilnærming så tror jeg en slik definisjon vil være for snever. For ved å bli medlem på Fontenehuset kreves det en god del av den enkelte i forhold til det å være i et *fellesskap*, og det kan være denne tilnærming til fellesskapets betydning som gir den felles forståelsen? Det er ikke gitt at dette passer for alle. Det kan

også by på utfordringer dersom medlemmer har en egen agenda som går i mot de retningslinjene som Fontenehuset jobber etter.

Selv om fellesskapsfokuset gjør at en kan relatere Fontenehuset til samfunnsarbeid, men det kan se ut til at fellesskapsfokuset dreier seg mer om rammevilkårene og ikke er noe som manifester seg i møte med den enkelte – som tidligere nevnt er fokuset i Fontenehusets rehabiliteringspraksis klart individtrettet. En kan se dette som en fellesskapsfølelse som dreier seg innover i gruppen, det er *vi på Fontenehuset* og ikke *vi, personer med psykiske lidelser*. Samtidig er det gjerne i slike fellesskapsdannelser en kan finne spiren til det som kan gi samfunnsarbeid.

Empowerment på Fontenehuset i Bergen

For at empowermentbegrepet skulle gi mening benyttet jeg meg av definisjonen til Minkler og Wallerstein (2005), hvor empowerment beskrives som en prosess hvor herredømme over eget liv er en målsetting, samtidig en jobber for endring av vilkårene rundt en med det mål å oppnå større likhet og bedre livsvilkår. Dette gjelder for både individer, lokalsamfunn og organisasjoner (Minkler & Wallerstein, 2005).

Empowerment kan sees som en særlig viktig faktor i arbeidet med mennesker med en psykisk lidelse. For skal en klare å ta grep om eget liv må en begynne med å velge å handle, i forkant av dette må en få troen på at det finnes realistiske valg (Campo, Wolcott et al. 1997:331). Empowerment kan sådan sees på som en veiledende prosess i avgjørelsestaking og handling hvor den som oppnår dette ikke bare velger og handler, men tror at valgene som er tatt vil gi et ønsket resultat (Andrews, 2003). Likeverdigheten som finnes i samarbeidet mellom medarbeider og medlem understrekes som viktig når klubbhusbevegelsen kategoriseres som en modell innenfor empowerment, denne modellen settes i sammenheng med en psykososial rehabiliteringstanke som har vokst frem i Amerika (Campo et al., 1997 & Mowbray, C. T., L. Lewandowski, et al. 2006) – jeg kommer tilbake til dette under neste kapittel *Fontenehuset i samfunnet*.

Det er flere faktorer som gjør at det virker fornuftig å koble Fontenehusets rehabiliteringspraksis til empowermentbegrepet; følelsen av eierskap, likeverdighet, medbestemmelse, fokuset på å øke kompetanse og kontroll for den enkelte, bruk av medlemmenes egen kompetanse og erfaring, forventninger til deltakelse og medvirkning. Flere av informantene fortalte om hvordan Fontenehuset har bidratt til en følelse av økt selvtillit og økt selvrespekt. Dette er også sentrale målsettinger innenfor psykisk helse; å styrke brukerne gjennom økt selvtillit, at de tør å stå fram og hevde sine meninger og blir bevisst sine ressurser, muligheter, rettigheter og plikter (Løken, 2007:140). Det kan også virke som at flere av medlemmene opplever en følelse av stolthet i erkjennelsen om at *jeg får til noe*. Sara formidler at hun føler at hennes styrke kommer *fordi* hun har de utfordringene som hun har, og ikke *på tross* av utfordringene. For Hanna så dreier denne stoltheten seg om noe mer hvor hun sier at hele prosessen hennes har medført at hun føler seg rikere, og at hun har klart å snu det håpløse til noe positivt og hun ser også at de erfaringene hun har gjort seg også kan bli med videre i et fremtidig arbeid.

Økt kontroll nevnes som sentralt innenfor empowerment, og både Sara og Emma knytter deres bedringsprosess opp mot muligheten for å trappe ned på medisinerbruken. Dette kan sees på som en mulighet til å ta større kontroll over eget liv. Det understrekes at dette er i samråd med helsepersonell.

Selv om ingen hadde et forhold til empowermentbegrepet kom Nora med sin assosiasjon når begrepet ble definert av meg under intervjuet. Hun velger å bruke betegnelsen *bli gjort handlekraftig* som en mer dekkende oversettelse av begrepet til norsk. Denne forståelsen av empowerment kan knyttes opp til den terapeutiske tilnærmingen, hvor det er individets vekst som er i sentrum (Askheim & (red.), 2007). Terapeutiske empowerment gir assosiasjoner til behandling (Hutchinson, 2010) og denne tilnærmingen er igjen koblet opp mot det offentlige hjelpeapparatets innfallsvinkel. At Nora fikk assosiasjoner til det å få en handlingskompetanse kan forklares ved at hun har vært, og fremdeles er, en del av behandler- og oppfølgingsapparat, og dermed preget av det synet som er rådende på empowerment innenfor hjelpeapparatet. Nora trekker også frem ordet *mestring*. Med mestring menes å ha tilgang til ressurser - det kan være kunnskap, ferdigheter, sosiale

ressurser, hjelpere eller utstyr, og evne til å utnytte disse (Heggen, 2007:65). At jeg kobler empowerment og mestring sammen er ikke tilfeldig, begge har en rekke felles kjernepunkter. I tillegg argumenteres Gedde-Dahl (2001) for at en mer korrekt oversettelse av empowerment til norsk ville kunne være *styrking av mestring*. Han ser mestringsbegrepet i relasjon til maktbegrepet, og de mulighetene som finnes gjennom en maktoverføring i forhold til rammebetingelser, økt handlekraft og aktivitet (Gedde-Dahl, 2001).

Innenfor terapeutisk empowerment og mestringsperspektivet finner en et stort fokus på individet, dette kan en også finne igjen i den psykologiske empowerment, slik den er forstått av Bracht, Kingsbury og Rissel (1999). Med psykologisk empowerment menes den subjektive følelsen av større kontroll over eget liv, hvor fellesskapstilhørigheten og aktiv deltakelse i en gruppe eller organisasjon understreker som sentral. Jeg har tidligere knyttet mestringsperspektivet til salutogenese og SOC, noe som er sentralt i forhold til Fontenehuset og dets målgruppe – mennesker med psykiske lidelser. God helse dreier seg om å skåre høyt innenfor deres SOC - en mulighet for å oppnå dette er å øke bevisstheten rundt ens potensial, indre og ytre ressurser og kvaliteter. At en fellesskapstilhørighet her er vesentlig understrekes av Langeland (2009) i hennes studie hvor hun så på sosial støtte og positiv utvikling av SOC i forhold til det å fremme psykisk helse. Hennes konklusjoner trekker frem sosial støtte, og de relasjonene hvor en har mulighet til å gi omsorg som kan se ut til å ha en positiv effekt på ens SOC (Langeland, 2009).

Dersom en ser Fontenehuset i lys av psykologisk empowerment vil de subjektive følelsene av økt kontroll innenfor rammene av å være aktivt deltakende på Fontenehuset være fremtredende, samt opplevelsen av å være en del av dette gitte fellesskapet. Jeg mener at dette må sees i sammenheng med Fontenehusets tilnærming til medvirkning, hvor jeg har plassert de på partnerskapstrinnet på Arnsteins deltakelsesstige.

Det er flere som mener at Fontenehuset har påvirket synet på en selv, dette har jeg tidligere nevnt i forhold til et virksomhetsperspektiv hvor opplevelsen av det å få en annen identitet enn diagnosen var fokuset. I en forlengelse av dette ønsker jeg å trekke inn hvordan synet

på en selv også kan medføre en styrke til å se på seg selv som en som kan være bidragsyter for noen andre. *Hanna* ser hvordan hun kan benytte erfaringene sine i en fremtidig jobb, mens *Sara* har begynt å se på seg selv som en ressurs for andre. De er ikke lengre kun mottakere av hjelp, men kan også være den som gir hjelp. Medarbeiderne forteller at de vet om flere som har fått en aha-opplevelse gjennom gjensidigheten i sosiale sammenhenger, hvor en både får noe av andre og gir av seg selv. Det å være i stand til å hjelpe andre beskrives av Skårderud (1988) som en mulighet til å endre bilde av seg selv, selvtiliten øker gjennom evnen til hjelpe andre. Dette kan igjen sees i lys av rolleendringene fra kun å være en mottaker til også å være en hjelper. Dette er prosesser som han setter i relasjon til det å være en del av et sosialt nettverk, som for eksempel i en selvhjelpsgruppe (Skårderud, 1988:164). Her ligger også en prosess hvor medlemmet må gi opp sin rolle som syk og som hjelpetrengende, og se på seg selv som likeverdige personer med et delt ansvar. Denne prosessen likestilles som den prosessen medarbeiderne kan oppleve ved å *avprogrammere* seg fra et tankesett om mennesker med psykiske lidelser som hjelpetrengende og passive. Disse prosessene skjer i fellesskapet som en finner innenfor en gruppe, og jeg vil derfor anta at en kan finne en rekke lignende prosesser innenfor grupper som klart kan defineres som samfunnsarbeid.

Fontenehusets formål er både å øke ens sosiale kompetanse og ens egenverdi, men også å utvide normalitetsbegrepet. Her kan en se to nivåer, det ene henspiller seg til individet, mens det andre henspiller seg til samfunnet. Dersom en ser fellesskapsfokuset til Fontenehuset i et samfunnsarbeidslys kan en si at det første formålet klart kan knyttes til psykologisk empowerment som påvirker faktorer som selvbylde, selvfølelse, endring av sosial identitet og lignende. For det andre formålet vil det være avgjørende hvorvidt en også klarer å skape rom for *samfunns/fellesskaps empowerment*, for det er her en har mulighet til å gå fra det individuelle, private problemet og opp på et høyere nivå hvor fokus på gruppens delte problemer og ønske om å endre de samfunnsmessige og strukturelle rammene er sentrale. Jeg opplever at ønsket til Fontenehuset om å utvide normalitetsbegrepet bunner i et ønske om å få et samfunn som er mer inkluderende. Innenfor samfunns/fellesskaps empowerment ligger også mulighet for større

maktmuligheter, beslutningsmuligheter og økte ressurser for seg og sin gruppe (Bracht, Kingsbury et al. 1999), noe som kan være sentrale faktorer for å få til en sosial endring.

Som tidligere nevnt bærer klubbhusbevegelsens rehabiliteringsmodell, og Fontenehusets rehabiliteringspraksis preg av å være individorientert, noe som også medfører et forhøyet fokus på psykologisk empowerment. Det er mange eksempler på dette hos Fontenehuset, det har jeg allerede påpekt. Samtidig kan det være fordi Fontenehuset har dette fokuset på fellesskapet at medlemmene opplever den grad av psykologisk empowerment som det fortelles om, og at dette kan være grobunnen for at en kan jobbe frem mot en mer tilnærming innenfor samfunns/fellesskapsempowerment.

Bracht, Kingsbury og Rissel (1999) ser psykologiske empowerment i forhold samfunns/fellesskaps empowerment, dette ble belyst gjennom presentasjon av deres modell som beskriver de viktige elementene mellom disse to nivåene for empowerment i underkapitlet *Empowerment*. Her inngår psykologisk- og samfunns/fellesskap empowerment i en større modell bestående av fem trinn mellom ytterpunktene underskudd og oppnåelse av empowerment og helse / sosial endring. I oppnåelsen finner en også en suksess i forhold til kontroll over ressursene. De fire første trinnene dreier seg om psykologisk empowerment; den første dreier seg om personlig utvikling, den andre om å ha en gjensidig støttegruppe, den tredje en kritisk bevissthet gjennom identifisering av felles problem eller mål og den fjerde villigheten til å delta i fellesskapet. Her kommer også følelsen av fellesskap inn. I forhold til Fontenehusets så er det allerede et etablert fellesskap og en støttegruppe, men jeg vil hevde at det er forskjell på hvor langt i prosessen den enkelte har kommet, og en må ha rom for at situasjonen kan forverre seg. Det femte trinnet dreier seg om en felles handling og når den inngår sammen med de fire øvrige trinnene så har en oppnådd samfunns/fellesskap empowerment (Bracht, Kingsbury et al. 1999:90). Denne linjen som en kan plassere de fem trinnene kan sees som et kontinuum, og har på mange måter noen likheter i forhold til salutogenese og Antonovsky kontinuum mellom frisk eller syk (Antonovsky 1987:3-4), hvor begge etterstreber å finne de faktorer som bringer en nærmere en bedre helse/sosial endring og at det hele er en glidende skala.

De to partene, medlemmene og medarbeiderne, møtes her som likeverdige mennesker, og en er inne i kjernen til klubbhusmodellens tanker rundt empowerment.

Ordet *kritisk bevissthet* dukker opp hos Bracht sin femtrinnsmodell, og er et sentralt element innenfor empowerment i forhold til å skape endring. Jeg opplever at Fontenehuset tilnærmer seg kritisk tenkning og bevisstgjøring gjennom å ha et aktivt forhold til hvordan rehabilitering forstås, hvor rehabilitering sees på som en vedvarende prosess, og ikke som tidsbegrenset. Denne forståelsen av rehabilitering er laget i fellesskap, der både medlemmer, medarbeidere og styremedlemmer har vært inkludert. Dette gir en felles forståelse av hva *de* legger i rehabilitering. Dersom en skal se dette i lys av samfunnsarbeid så kan en gjøre noen paralleller til Paulo Freire (1999) og hans frigjørende pedagogikk; Fontenehuset ser på *forståelsen* av rehabiliteringsbegrepet, hvorpå de i fellesskap ikke aksepterer de betingelsene som er gitt fra myndighetene, hvor rehabilitering sees på som tidsbegrenset. De konstruerer sin egen forståelse av rehabiliteringsprosessen hvor den likestilles med det å være i en utviklingsprosess, og gjennom dette normaliserer og alminneliggjør prosessene til noe alle mennesker gjennomgår. I intervjuene kan dette settes i relasjon til engasjementet rundt det å styre sin egen tid og eget tempo, dette kan igjen sees på som en bevisstgjøring på hva *de* trenger for å oppnå bedring. Det å definere hva en selv trenger, og selvstyre over tid og tempo, kan sees på som et forsøk på å ta kontroll over eget liv – å bli et subjekt, fremfor et objekt. Ønsket om å være en aktør som ufordrer normalitetsbegrepet kan også sees som et eksempel på dette. Paulo Freire var opptatt av akkurat denne prosessen, hvor menneskets tanker og forestillinger gjøres om til engasjement og handling (1999). For at dette skal skje kreves et nytt syn på seg selv, og anerkjennelse er en viktig faktor for ens personlige selvilde og relasjon til andre mennesker. Pettersen og Simonsen (2010) knytter anerkjennelse til den delen av oss som skal formulere, fortolke og realisere egne behov og ønsker som et menneske med egen identitet, og at dette krever at vi har tillit til, og respekt og aktelse for oss selv. Disse tingene er også med på å skape vårt selvilde og identitet (Pettersen & Simonsen, 2010:21). Respekt er et sentralt, det kan settes i sammenheng med å bli tatt på alvor og bli behandlet med verdighet. Dette er igjen med på å påvirke oppfattelsen av seg selv, samt med på å styrke ens handlingsevne (Hutchinson, 2010:96).

Fontenehuset i samfunnet

Selv om Fontenehuset er et enkeltstående tiltak har det forgreninger til noe utenfor en selv, og i lys av samfunnsarbeid kan det være interessant å også inkludere samfunnsnivået hos Fontenehuset og klubbhusbevegelsen, for å se hvorvidt dette nivået kan gi en annen tilnærming til Fontenehuset og samfunnsarbeidet. I dette underkapitlet vil Fontenehusets virksomhet kobles til samfunnet gjennom tre nivåer. Det første nivået, *Fontenehuset i lokalsamfunnet*, vil fokusere på noen av Fontenehusets arbeidsoppgaver som involverer utadrettet virksomhet og samhandling med eksterne aktører. Jeg vil så se Fontenehuset opp mot det neste nivået, *Fontenehuset i en nasjonal kontekst*, hvor fokuset vil være tilknytningen til Det norske nettverk av Fontenehus og brukerorganisasjoner som Rådet for Psykisk Helse er sentralt. Det siste nivået, *Fontenehuset og klubbhussamfunnet internasjonalt*, viser til det ideologiske grunnlaget klubbhusmodellens rehabiliteringstilnærming har gjennom tilknytningen til ICCD. Datamaterialet i dette delkapitlet vil være noe mer begrenset, samtidig bygger det på de to foregående underkapitlene.

Kommenterte funn

Det første jeg vil fokusere på er relatert til det første underkapitlet, *Fontenehuset i lokalsamfunnet*, og er knyttet til den arbeidsgruppen som jobber med foredragsvirksomhet. Grunnen til at Nora ble med i gruppen, og sa seg villig til å snakke i plenum om Fontenehuset i Bergen var enkel;

Jeg var jo ikke alene da, vi var jo en gruppe.

Hun hadde støtte i kraft av gruppen hun tilhørte. I dette ligger en trygghet, denne tryggheten eksisterer også ved at medarbeider alltid er med og gir rom for tilbaketrekning for medlemmet, dette har vært sentralt for Sara;

Det har gitt meg selvtillit å være med på disse presentasjonene, og den eneste grunnen til at jeg har vært med på alt det der er fordi jeg fikk høre at vist jeg to minutter før jeg skulle på scenen følte at dette ikke føltes bra, så er det greit. Så fem min før jeg skulle utpå spurte NN [navnet til medarbeider er fjernet] meg om det

føltes ok og har du lyst til dette her... og da er det veldig enkelt å si ja, for det føltes ikke som noe press liksom. Det var helt opp til meg, så jeg har alltid gjort det faktisk.

I det ligger tryggheten ved at en har mulighet til å trekke seg hele tiden, skulle et medlem føle at en ikke klarer å gjennomføre foredraget så vil medarbeideren gå inn – det blir en sikkerhetsventil som igjen kan medføre at en tør å teste ut sine egne grenser.

Klubbhuskulturen er viktig for medarbeiderne. I og med at Fontenehuset har startet sertifiseringsprosessen for å bli et godkjent Fontenehus av ICCD betyr det også at det ligger en rekke utenforliggende rammer som Fontenehuset må styre etter. Medarbeiderne understreker at sertifisering er viktig for at Fontenehuset skal ha troverdighet, for ved å bruke begrepet *Fontenehus* gir en indikasjon til å ha tilhørighet til klubbhusbevegelsen. Retningslinjene som er laget av ICCD blir brukt som veiledende av Fontenehuset, og benyttes som et oppslagsverk i forhold til retningen videre. I forhold til det å ivareta en kultur på Fontenehuset som er i tråd med klubbhusbevegelsen er noe de har jobbet mye med, men at de merker seg at dette etter hvert går bedre;

I starten ble det brukt utrolig mye energi på å skape en Fontenekultur og få innarbeidet kulturbærere... Men nå opplever vi så at de fleste har kulturen innenfor huden – så nå kan det godt komme en som bryter den, så vil det straks være fokus på at den personen bryter den, og så blir det hurtig å gjenopprette kulturen. Slik har dette blitt et mindre og mindre problem.

Her mener jeg et potensialet ligger for å tenke fremover for Fontenehuset, noe som også samsvarer med medarbeidernes betraktninger over den arbeidsgruppen som jobber med foredragsvirksomhet og det å se Fontenehuset som noe mer enn kun å være et enkeltstående tiltak;

Og det er starten på noe som kan bety noe viktig i et større samfunn og fellesskap. I byen her, det kan bli viktig i byen. Viktig innenfor psykisk helse. Så vist rammevilkårene er til stede, så har vi den, så tror jeg at det er muligheter – mange muligheter på sikt. Og jeg opplever at vi har tro på ideene, og en tro på det vi holder på med – og det er jo viktig for å få til noe.

Fontenehuset i lokalsamfunnet

Av den systematiserte kontakten med omverden vil særlig to som peker seg ut. Den første er ved å invitere folk inn på huset. Dette gjøres gjennom å ha åpen dag en gang i uken hvor potensielle medlemmer kan komme på omvisning, eller når studenter eller andre aktører er på besøk for å få omvisning og informasjon. Den andre er arbeidsgruppen som jobber med foredragsvirksomhet utenfor Fontenehuset. Arbeidsgruppen som står bak foredragene består av medarbeider og medlemmer, for medlemmenes del er det frivillig å delta og hvor mye de vil bidra. I foredragene sine presenterer de Fontenehuset i Bergen og dets ideologiske rammeverk, som en finner i klubbhusbevegelsen. Herunder kommer fokuset på begreper som *likeverdighet* og *medvirkning*. Gjennom medlemmenes aktive deltakelse kan en si at Fontenehuset benytter seg av brukerkompetanse, her mener jeg *brukerne av det offentlige hjelpeapparatet*. På denne måten gis medlemmene som deltar en anerkjennelse hvor brukererfaringen sees på som en ekspertise. Sentralt i denne gruppen vil en også finne det kontinuerlige fokuset på samarbeidspartnere, som privat stiftelse er de avhengig av økonomiske bidrag utenfra. Til nå har Fontenehuset mottatt støtte fra Bergen Kommune, Rådet for Psykisk Helse, Mental Helse og Helsedirektoratet. Denne økonomiske støtten er på bakgrunn av Fontenehusets profil som supplement til andre hjelpetiltak.

I et lokalsamfunn vil denne type foredragsvirksomhet kunne være sentralt med tanke på å øke bevisstheten rundt psykiske lidelser, samt bidra til at tilhørerne utfordres i sine tanker og fordommer rundt det å ha psykiske lidelser. I et slikt lys vil Fontenehusets virksomhet kunne defineres som samfunnsarbeid av typen *lokalt utviklingsarbeid*. Nå skal det sies at målgruppen til disse foredragene i stor grad er fagfolk og hjelpeapparatet forøvrig, samt politikere og andre instanser som kan være sentrale støtteorganer og økonomiske bidragsytere. Det betyr at Fontenehuset kanskje ikke når det brede spekter av lokalsamfunnet, som for eksempel naboene, arbeidsgiverne, og mennesker i nærområdet. Samfunnsarbeid dreier seg om å skape endringer for grupper av mennesker, og kanskje gjør det ingenting at fokuset er på hjelpeapparatet i dette tilfellet. En kan se det som møte mellom to grupperinger, *hjelper* og *bruker*, noe som kan være fruktbart i forhold til å få til en bevisstgjøring rundt temaer som brukarmedvirkning og hva det betyr å få lov til å ta del i eget liv. Fontenehusets foredrag kan kanskje sees på som en brukerstemme inn i systemet?

En kan også se for seg at de medlemmene som deltar aktivt i denne foredragsgruppen, gjennom forberedelse og gjennomføring av foredragene, i større grad enn de andre bli bevisste seg selv, sitt forhold til Fontenehuset, begrepene, strukturene rundt og sin situasjon. Og at de på grunn av dette gir den kritiske tanken og bevisstgjøringen næring, dette kan sees i lys av Paulo Freire og hans frigjørende pedagogikk som ble nevnt i kapitlet *Individet i fellesskapet*. I og med at dette arbeidet er forbeholdt de medlemmene som er aktive innenfor foredragsgruppen er jeg usikker på hvor stort fokus denne bevisstgjøringsprosessen har hos de øvrige medlemmene. Dersom dette er prosesser som i stor grad er forbeholdt foredragsgruppen kan det tenkes at bevisstgjøringen rundt begrepene, strukturene og ens situasjon ikke er noe som alle deltar på, og at en gjennom dette kan risikere at det blir et skille mellom de medlemmene som har fått klubbhusideologien og Fontenehuset tankesett inn under huden, og de som ikke har fått det. Dette kan gi utfordringer i forhold til samfunnsarbeid dersom en ser på gruppen av Fontenehusets medlemmer og medarbeidere som helhet, dersom en derimot ser foredragsgruppen som en *gruppe i gruppen* kan gjerne deres virksomhet kunne gi en rekke paralleller til samfunnsarbeid.

Det trenger ikke nødvendigvis være et problem, men kanskje heller et tegn på at Fontenehuset betyr noe forskjellig for det enkelte medlem, og at Fontenehusets rehabiliteringspraksis er basert på individets ønsker og behov. Medarbeiderne kategoriserer ikke Fontenehuset som samfunnsarbeid per dags dato, men mener at de er i startgroppen til noe som kan bli viktig, både for byen og for faget psykisk helse.

Fontenehuset i nasjonal kontekst

Som tidligere nevnt har Fontenehuset en tilknytning til noe som er større enn seg selv gjennom *Det norske nettverket av Fontenehus*, heretter kalt *Nettverket*. Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid kategoriserer Nettverket som en brukerorganisasjon¹¹ på lik linje med Mental Helse. Mental Helse er en landsomfattende

¹¹ <http://www.psykiskhelsearbeid.no/sitepageview.aspx?sitePageID=1098>. Lest 03.08.2010.

interesseorganisasjon som jobber for økt åpenhet om psykisk helse, forebygging av psykiske problemer og et bedre psykisk helsetilbud hvorpå deres viktigste virkemiddel er brukermedvirkning på individ- og systemnivå¹².

Betegnelsen *brukerorganisasjon* faller innenfor hva Twelvetrees (2002) omtaler som *community of interest* eller *-need*, hvorpå han hevder at slike grupper kan være en god arena for å jobbe med ivaretagelse av egne interesser, og at disse gruppene ivaretar hovedprinsippene innenfor samfunnsarbeidet (Twelvetrees 2002:112). Felles for Mental Helse og Fontenehuset er tilknytningen til Rådet for Psykisk Helse. Rådet for Psykisk Helse har i stor grad vært en viktig pådriver og bidragsyter for opparbeidelsen av Nettverket ved å initiere til et toårig prosjekt med nettverksbygging som mål. Nettverket betraktes som et konsultativt råd i forhold til etableringen av nye Fontenehus.

Det er mange elementer ved Fontenehusets tilknytning til Nettverket, og dets samarbeidspartnere, som kan være interessante å ta opp i forhold til å se det hele i et samfunnsarbeidsperspektiv. Jeg velger å tilnærme meg dette på bakgrunn av problemstillingen min, hvor fokuset er *opplevelsen av rehabiliteringspraksisen og likheter og forskjeller mellom Fontenehuset og samfunnsarbeid*. For medarbeidere og medlemmene ved Fontenehuset vil Nettverket og nettverksmøtene være en mulighet for å dele erfaringer rundt deres rehabiliteringspraksis, slik de tolker og benytter seg klubbhusmodellens tilnærming. I nettverksmøtene vil både medarbeider og medlemmer være representert, og det enkelte Fontenehus avgjør hvem som skal dra gjennom en demokratisk prosess.

Jeg har tidligere fokusert på makt som et sentralt element for denne gruppen fordi avmaktsfølelsen *kan* knyttes til det å leve med psykiske lidelser - det dreier seg både om måten en blir møtt på og hvordan en ser på seg selv (Løken, 2007:148). Mennesker med en psykisk lidelse kategoriseres ofte som marginaliserte – maktesløse, avmektige, undertrykte (Borg, 2003b:79). Psykiatrien har lovhjemlet at de kan benytte tvang, men det understrekes av de engelske psykiaterne Thomas og Cahill (2004) at det ikke kun er psykiaterne som står bak maktbruken, men at også statens kontroll over avvik, stigmatiseringen av det

¹² http://mentalhelse.no/no/Dette_er_Mental_Helse/, Lest 02.10.2010.

øvrige samfunnet og vår kollektive sosiale intoleranse i forhold til forskjeller også er medvirkende for denne undertrykkelsen (Thomas & Cahill, 2004:123). At makt kan være en sentral faktor ble eksemplifisert gjennom min tilnærming til brukermedvirkning, hvor graderingen av hvor mye en som *bruker* får anledning til å delta. En kan trekke paralleller til empowerment som motmakt, som beskrevet i kapitlet *Teoretisk og tematisk rammeverk*. Bedring av livsvilkårene for gruppen, samt større innsikt og handlingskompetanse trekkes frem som sentrale. Men også muligheten til å definere sine egne problemer og løsninger (Andersen & Vinther-Jensen, 1997:58).

Slik kan Nettverket bli en arena for kritiske spørsmål og bevisstgjøring rundt rehabilitering av mennesker med psykiske lidelser. I kraft av å være en brukerorganisasjon, eller i samarbeid med andre brukerorganisasjoner som Mental Helse og Rådet for Psykisk Helse, kan de jobbe med å utfordre den tradisjonelle tilnærmingen til rehabilitering og arbeide for å oppnå endringer som gagnar gruppen som helhet. Med *gruppen* menes mennesker med psykiske lidelser. Nettverket kan her sees på som et forum der de av medlemmene som ønsker å jobbe med problemstillinger rundt sin livssituasjon på et struktur- og samfunnsnivå kan få utfolde seg. Dersom jeg igjen trekker linjen tilbake til empowerment, så kan en se dette i lys av å jobbe for økte og andre fordelinger av ressurser og mer beslutningsmyndigheter være en måte å oppnå en faktisk styrkning av makt. Dette samsvarer med hva Bracht omtalte som samfunns/fellesskaps empowerment (Bracht, Kingsbury & Rissel, 1999:86-87). Dette er et høyere nivå en psykologisk empowerment, hvor en oppnår den dialektiske vekselvirkningen mellom individ og samfunn som er sentral for vår utvikling innenfor et virksomhetsteoretisk lys (Hammerlin & Larsen, 1997). For å oppnå disse endringene er det sentralt å benytte seg av kritisk tenkning og bevisstgjøring i denne prosessen, noe som igjen kan knyttes til Freire og hans frigjørende pedagogikk.

I et slikt lys kan Nettverket sees på som en arena hvor Fontenehuset kan arbeide innenfor rammene til samfunnsarbeid. Effekten tilbake til Fontenehuset og de øvrige medlemmene kan ha flere utfall, for det første vil de medlemmene og medarbeiderne som har deltatt på en nettverkssamling komme tilbake med ny inspirasjon, og utfordre de øvrige medlemmene

på temaer som har vært oppe. For det andre kan de øvrige medlemmenes livsvilkår og mennesker med psykiske lidelser kan få bedre vilkår i forhold til sin rehabiliteringsprosess.

En slik tilnærming til Nettverket kan være relevant, men da kreves det at Nettverket faktisk har en felles plattform, noe jeg ikke har belegg for å kunne hevde. Nettverket ble igangsatt av en ekstern aktør, Rådet for Psykisk Helse, etter etableringen av de første syv Fontenehusene, og det kan tenkes at det finnes variasjoner innenfor tilnærningsmåte og praksis, og at det er medarbeiderne engasjement og væremåte, samt det enkelte Fontenehus sin historie som skaper denne variasjonen. Fontenehuset i Bergen kan like gjerne sees på som en unik tilnærming og tolkning av klubbhusbevegelsens retningslinjer, hvor Nettverket kun blir et forum for videreutvikling av en felles profil med tanke på sertifiseringsprosessen. Fontenehuset i Bergen er i så måte en viktig bidragsyter i forhold til hva som har fungert for de, og som et erfaringsbasert eksempel på hvordan en kan tenke rehabilitering for mennesker med en psykisk lidelse.

Fontenehuset og klubbhussamfunnet internasjonalt

For å begynne der det startet; New York 1948 og opprettelsen av *Fountain House New York*. Flere tidligere psykiatriske pasienter dannet gruppen *We are not alone*, hvor de gikk sammen for å skape et sted hvor de ble satt pris på, var ønsket og akseptert (Jackson 2001). Ansettelsen av John Beard, en mann med lang erfaring som sosialarbeider ved et psykiatrisk sykehus. Klubbhusmodellen begynner å forme seg etter noen viktige prinsipper. Rehabiliteringsarbeidet ble koblet opp mot det meningsfulle arbeidet som skulle utøves i fellesskap mellom medarbeidere og medlemmer gjennom gjensidighet.

Denne prosessen kan kategoriseres som samfunnsarbeid. Det å gå fra en liten, grasrobasert gruppe til noe mer organisert og større, som for eksempel interesseorganisasjoner og lignende sosiale institusjoner, er ikke uvanlig innenfor samfunnsarbeidet (Fisher 2005:52; Hutchinson 2010:109). Som tidligere nevnt stoppet ikke utviklingen her, og Fountain House sin modell ble kopiert av andre, også internasjonalt. Dette har medført en systematisering av Fontenehusene gjennom ICCD, og vi kan omtale klubbhusbevegelsen

som en internasjonal bevegelse med følgende målsetting; *offer people with mental illness opportunities to reach their full potential*¹³.

Kjernen i ideologien til klubbhusbevegelsen gir meg assosiasjoner til Twelvetrees (2002) sin samfunnsarbeidsdefinisjon hvor formålet er å assistere grupper til å tilegne seg egenskaper og selvtillit til selv å forbedre livskvalitetene for seg og sin gruppe (Twelvetrees 2002). Denne koblingen har jeg allerede relatert til en tilnærming innenfor empowerment som går på makt og motmakt. Klubbhusbevegelsen ideologiske grunnlag bygger på *mutual empowerment*, hvor empowerment ikke likestilles med verken brukerstyring eller maktdemonstrasjoner som en kan finne i en rekke pasientbevegelser (Meeuwisse 1998).

Det er Fontenehusets kobling til *felleskapet*, samt en rekke andre likhetstrekk som gjør at jeg tenker at det finnes en kobling mellom klubbhusbevegelsen og samfunnsarbeid. For å finne ut av dette har jeg tatt utgangspunkt i den konteksten som klubbhusbevegelsen oppsto, det Nord-Amerikanske samfunnet, og sett dette opp mot *community organization*, det amerikanske begrepet for samfunnsarbeid. Det har vært lite forskning rundt klubbhusbevegelsen, og ut fra mine litteratursøk har jeg ikke funnet noen koblinger mellom de Nord-Amerikanske Fontenehusene og samfunnsarbeid. Det jeg derimot har funnet er at Fontenehusene i Nord-Amerika betraktes som en del av det tilbudet som ligger inn under det psykiske helsevernet, *Community Mental Health Centers*. Disse sentrene er et av resultatene av en tilnærming innenfor psykiatrien som oppsto på 1960-tallet som heter *community psychology*. Community psychology er utarbeidet av psykologer og oppsto på bakgrunn av den økte interessen for forebyggende perspektiver innenfor folkehelsen, samt et økt fokus på gruppedynamikk og aksjonsforskning. Dette må sees i sammenheng med de store endringer innefor psykiatrien i form av avsløringer om kritikkverdige forhold og etableringen av et psykisk helsevern som skulle gi muligheten til oppfølging og behandling utenfor de store institusjonene (Dalton, Wandersman et al. 2001:kap.1 og 2). Denne endringen som det refereres til her tilsvarer nedbyggingen av pasientbelegget og deinstitusjonaliseringen som vi også har hatt i Norge, på bakgrunn av blant annet

¹³ ”How ICCD Clubhouse can help” <http://www.iccd.org/how.html>. Lest 13.10.2010.

påvirkning fra Nord-Amerika (Pedersen 2002). Klubbhusbevegelsen var i så måte et radikalt forsøk på å endre den gitte rollefordelingen mellom friske, profesjonelle personale og den syke, og heller skape forutsetninger for det likestilte møtet mellom mennesker (Meeuwisse 1998:123).

Det er en rekke sammenfallende elementer mellom community organization og community psychology. Slik jeg ser det har begge retningene vært påvirket sosiale bevegelser, for eksempel grupper som jobbet for sivile rettigheter eksempelvis Black Power, feministiske grupper og lignende, som alle hadde som målsetting å arbeide for endringer av gruppers livsvilkår (Dalton, Wandersman et al. 2001:kap.1 og 2, Minkler & Wallerstein, 2005:kap.2) Likhetstrekkene kan også eksemplifiseres gjennom en beskrivelse av hva community psychology omhandler; problemstillinger som er knyttet til relasjonen mellom individet, fellesskapet/lokalsamfunnet og samfunnet for øvrig hvor en etterstreber handling sammen med samfunnets medlemmer som partnere, og beskjeftiger seg med å forbedre livsvilkårene til både individet og samfunnet. Sentrale verdier innenfor community psychology er individuelt velvære, følelsen av fellesskap, sosial rettferdighet, medvirkning og deltakelse, samarbeid og fellesskap/samfunnsstyrke, respekt for menneskelig mangfold, og empirisk forankring (Dalton, Wandersman et al. 2001:kap.1 og 2). I tillegg finnes en rekke tilfeller av sammenfallende begrepsbruk mellom denne tilnærmingen og samfunnsarbeid, for eksempel medvirkning, empowerment (både psykologisk og fellesskap/samfunns empowerment), kritisk bevissthet og Paulo Freires frigjørende pedagogikk som inspirasjonskilde (Dalton, Wandersman et al. 2001). Koblingen til klubbhusbevegelsen gir ikke Fontenehuset en automatisk karakterisering som samfunnsarbeid, samfunnsarbeid blir konstituert ut fra sitt innhold og ikke ut fra sin intensjon eller rammevilkår.

Community psychology kan oversettes til *samfunnspsykologi*, fagutvalget for samfunnspsykologene i Norge presiserer imidlertid at det er forskjeller i hvordan en jobber i Norge og i andre land sørover i Europa og i USA. I Norge jobber en i større grad klinisk innenfor faget, og har ikke den samme akademiske forankringen. Dette forklares med ulike tradisjoner i forhold til lokalsamfunnets delaktighet innenfor psykiske helsetjenester, og at Norge ikke har hatt den samme tradisjonen for å gjøre seg nytte av psykologer i en

overordnet sammenheng; som nærmiljø- og samfunnspåvirkere, lokale planleggere, system- og organisasjonsarbeidere. Det påpekes også at samfunnspsykologer i Norge er preget av at faget kommer som en påbygging i en grunnutdanning, som i utgangspunktet er klinisk skolert (Fagutvalg for samfunnspsykologi 2003).

Det er forskjeller mellom det amerikanske og det norske samfunnet med tanke på hvordan velferdstilbudet til mennesker med psykiske lidelser er lagt opp, dette kan eksemplifiseres ved at Sosial- og helsedirektoratet klassifiserer våre desentraliserte og spesialiserte tjenester innenfor psykisk helse inn i en tilnærming som i internasjonal litteratur omtales som for community psychiatry, hvorpå våre offentlig eide, distriktspsykiatriske sentre dermed kan sees på som Community Mental Health Centres, tilpasset norske forhold (Sosial- og helsedirektoratet 2006:6).

Selv om det er en rekke sammenfallende elementer mellom community psychology og community organization så vil det individrettete fokuset en har innenfor community psychology gjerne være fremtredende i kraft av tilknytningen psykiatrien. Dette kan understøttes ved å se på klubbhusbevegelsens tilnærming til empowerment, som i stor grad kan relateres til psykologisk empowerment og det individrettede fokuset som jeg har knyttet Fontenehusets rehabiliteringspraksis til. I tillegg til dette vil rehabiliteringspraksisen slik den utarter seg på Fontenehuset være påvirket av de strukturelle og kulturelle betingelsene en finner gjennom den norske konteksten, og som tidligere nevnt er det generelle rehabiliteringsfokuset i Norge preget av å være individsentrert.

Kapittel 5: Avsluttende refleksjoner

Dette masterprosjektet har bestått av to problemstillinger. I den første problemstillingen ville jeg se hvordan medlemmene og medarbeidere ved Fontenehuset i Bergen opplever klubbhusmodellens tilnærming til rehabilitering av mennesker med psykiske lidelser, slik det praktiseres på Fontenehuset i Bergen. Jeg oppsummer mitt hovedinntrykk fra datamaterialet med følgende stikkord;

- *Rehabiliteringstilnærmingen til Fontenehuset i Bergen ser ut til å fungere for de medlemmene som er blitt intervjuet, og deltakelsen har gjort en forskjell for dem.*
- *Det arbeidsorienterte fokuset oppleves som meningsfylt og en kilde til statusendring.*
- *Fellesskapsfølelsen, og det sosiale miljøet trekkes frem som sentralt i forhold til å øke ens sosiale kompetanse*
- *Medlemmene føler seg sett og møtt som hele mennesker, og ikke som bare en diagnose.*
- *Sentrale stikkord; anerkjennelse, trygghet, positivitet, selvbilde og selvrespekt.*

Gjennom den andre problemstillingen ville jeg knytte Fontenehuset i Bergen til samfunnsarbeid ved å se hvilke likheter og forskjeller det er mellom denne rehabiliteringspraksisen og samfunnsarbeid. Jeg oppsummerer de hver for seg;

Likhetene;

- *Det positive menneskesynet.*
- *Fellesskap og gruppetilhørighet.*
- *Psykologisk empowerment.*
- *Medvirkning.*
- *Aktiv deltakelse av alle involverte.*
- *Selv definere eget problem og egen løsning.*
- *Den gjensidige og likeverdige rollen mellom medlem og medarbeider.*

Forskjellene;

- *Det individorienterte fokuset hos Fontenehuset.*
- *Fontenehusets manglende fokus på samfunns/fellesskaps empowerment.*
- *Partnerskap ansees for å være nok medvirkning ved Fontenehuset*
- *Fontenehuset løfter i mindre grad problemstillingene opp på et kollektivt nivå.*

Virkemidlene Fontenehuset benytter seg av kan virke enkle, og det har vært en utfordring å skrive oppsummeringen uten bli for klisjéaktig. Det kommer frem en rekke innlysende og åpenbare faktorer som bør etterstrebes i møte møtet med et annet menneske, flere av informantene fremhever det å bli møtt med respekt, det å bli regnet med selv om en har en psykisk lidelse, det å bli hørt, bli sett og lignende som viktige. Samtidig kan det være at disse faktorene er trukket frem som sentrale av informantene mine *fordi* deres erfaringer tilsier at å bli møtt på denne måten ikke nødvendigvis er en selvfølgelighet. Dette kan ikke sees på som nye eller uventende funn, snarere heller en påminnelse om hvor sentrale disse faktorene er i møte med andre mennesker, uavhengig av hvilken rolle vi selv har.

At det sosiale fellesskapet er viktig kan heller ikke kategoriseres som et uventet funn, det samme gjelder hvorfor det sosiale er viktig. Jeg tror at Fontenehuset, gjennom

arbeidsoppgavene med å sikre den daglige driften av Fontenehuset, har lagt rammene for det sosiale fellesskapet på premisser som ligner mer på det ordinære arbeidslivet enn på en selvhjelpsgruppe. Det kan være med på å bygge trygghet, mestring og den sosiale kompetansen som den enkelte trenger ute i samfunnet.

Dersom jeg skulle peke på hva jeg tror er en suksessfaktor ved Fontenehuset i Bergen og deres rehabiliteringspraksis, ville jeg ha sagt det gjennomsyrende fokus på medvirkning, både til egen utvikling, men også i å utvikle Fontenehuset. Medvirkning er et begrep som går igjen innenfor både det offentlige hjelpeapparatet og samfunnsarbeid. Fontenehuset fremstår som et godt eksempel på hvordan en kan tilnærme seg dette, og få satt medvirkningen ut i praksis. Det er også et godt eksempel på at dersom begrepet skal ha en mening utover å beskrive ens intensjoner, så kreves fokus og langsiktig jobbing.

Fontenehuset kan sees på som en et godt rehabiliteringssted for *noen*, for en kan ikke anta at alle vil kunne nyttiggjøre seg et slikt tiltak. For enkelte vil det arbeidsorienterte fokuset ikke være viktig, for andre vil gjerne de tette relasjonene og fellesskapsfokuset oppleves som for intense. Det å inngå i et Fontenehus betyr også at det finnes en rekke rammebetingelser som styres utenfra, noe som medfører at en må justere seg og sine ønsker til hva som ligger av føringer innenfor dette gitte fellesskapet. Jeg vil her slå et slag for et mangfoldig rehabiliteringstilbud, slik at den det gjelder har mulighet til å finne den formen som passer best. Det å gjennomgå en rehabiliteringsprosess krever et stort engasjement av den det gjelder, og uten eierskap til egen prosess vil personlig utvikling gjerne være vanskelig å nå.

Det er lite som tyder på at samfunnsarbeid er blitt brukt innenfor rehabilitering av mennesker med psykiske lidelser i Norge. Dette kan forklares i samfunnsarbeidets forankring i sosialt arbeid, og at det tverrfaglige arbeidet innenfor psykisk helse ennå kan ansees som nokså ferskt, og at en derfor ennå er preget av en tradisjonell, psykiatrisk, tilnærming til å jobbe med gruppen. I forholdet mellom Fontenehuset og samfunnsarbeid er det mange elementer som tilsier at her finnes likheter, og det gjør det – men det er forskjellene som blir utslagsgivende dersom jeg skulle si noe om hvorvidt Fontenehuset

kan sees på som samfunnsarbeid slik det fremstår i dag. Selv om fellesskapsfølelsen og gruppetilhørigheten er tilstedeværende, så er ikke det tilstrekkelig for å kunne omtale et tiltak som samfunnsarbeid. Innefor samfunnsarbeidet har gruppe- og fellesskapsfølelsen et formål utover individets rammer. Det individrettete fokuset som preger Fontenehuset kan ha mange årsaker, og psykiske lidelsers forankring innenfor et medisinsk paradigme, og klubbhusbevegelsens forankring innenfor samfunnspsykologien kan være noen av dem. En annen grunn kan være at gruppens medlemmer er lite homogen, og at deres felles kjennetegn – *det å ha en psykisk diagnose*, ikke er nok for å forenes om en felles problemstilling eller løsning. Det er en ting er å finne enighet internt på Fontenehuset i forhold til konkret målsetting for å sikre driften, en annen ting er å finne enighet om hva som skal til for at gruppen som helhet skal kunne oppnå endrete livsvilkår. Det kan tenkes at det å ha en psykisk diagnose i seg selv kan være vanskelig i forhold til å tenke endringer på et høyere nivå enn seg selv. Sykdomsbildet kan være svingende og et eventuelt stigma kan medføre at noen ikke ønsker å stå frem å tale gruppens sak. At noen gjør det er flott, men at det skal være en form for obligatorisk del av en rehabiliteringsprosess vil gjerne være å be om for mye?

Innledningsvis fortalte jeg at jeg ikke kjente til verken klubbhusbevegelsen eller Fontenehuset i Bergen før jeg skulle til å skrive masteroppgaven min. Jeg er blitt ført inn i en ny verden, og har møtt mennesker som til tross sine utfordringer har funnet et sted hvor de kan finne rom for bedring. Jeg har møtt en takhøyde som inkluderer og som bygger på de ressurser som individene har i utgangspunktet. Jeg ser klart at det kan være potensial for bruk av samfunnsarbeid innenfor psykisk helse, og at samfunnsarbeidets kjerneverdier er sentrale i møte med *de andre*. Dagens rehabiliteringsarbeid ved Fontenehuset er slik jeg ser det i begrenset grad samfunnsarbeid ut fra de definisjonen jeg har lagt til grunn i dette masterprosjektet. Imidlertid kan samfunnsarbeid være rehabiliterende for de som velger å engasjere i sin og egen gruppes situasjon, og for enkelte grupper innenfor kategorien *mennesker med psykiske lidelser* kan dette kanskje være en meningsfull og bedringsfremmede vei å gå.

Litteraturliste:

- Andersen, M. L. & Vinther-Jensen, K. (1997) *Empowerment i praksis. Et sundhedsfremmende prosjekt for arbeidsfrie*. Århus, Afdelingen for sundhedsfremme, udvikling og forskning, Århus Amt.
- Andrews, A. B., Guadalupe, J. og Bolden, E. (2003) Faith, hope, and mutual support: Paths to empowerment as perceived by women in poverty. *Journal of Social Work and Evaluation*, 5 (1), 5-17, s. 13 s.
- Antonovsky, A. & Lev, A. (2000) *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København, Hans Reitzel Forlag.
- Arbeids- og Inkluderingsdepartementet & Helse- og Omsorgsdepartementet. (2007) *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse - 2007–2012*. Oslo.
- Arnstein, S. R. (1969) A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association*, 35 (4), s. 216-224.
- Askheim, O. P. & (red.), B. S. (2007) Empowerment - ulike tilnærminer. I: Askheim, O. P. & Starrin, B. red. *Empowerment. I teori og praksis*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Aude, J. (2000) *Selvstyret gruppearbejde: empowerment i praksis*. Fredrikshavn, Dafolo.
- Bartley, M. (2004) Unemployment and ill health: understanding relationship. *Journal of Community Mental Health*, 48 (333-337).
- Bauman, Z. & May, T. (2004) *Å tenke sosiologisk*. Oslo, Abstrakt forl.
- Bautz-Holter, E., Sveen, U., Soberg, H. & Roe, C. (2007) Utfordringer og trender i rehabilitering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127 (3), s. 304-306.
- Beard, J. H., Propst, R. N. & Malamud, T. J. (1982) The Fountain House model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5 (1), s. 47-53.
- Bergen kommune & Helse Bergen (2009) *Prosjektrapport fra lokalpsykiatri i Bergen*. Bergen, Bergen kommune.
- Boardman, J. E. D., Grove, B. O. B., Perkins, R. & Shepherd, G. (2003) Work and employment for people with psychiatric disabilities. *The British Journal of Psychiatry*, 9, s. 327-334.
- Borg, M. (2003a) En brukerorientert praksis. I: Borg, M. & Topor, A. red. *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo, Kommuneforl.

- Borg, M. (2003b) Hverdagslivet. I: Borg, M. & Topor, A. red. *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo, Kommuneforl.
- Borg, M. (2003c) Jeg ga aldri opp... I: Borg, M. & Topor, A. red. *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo, Kommuneforl.
- Borg, M. (2006a) Arbeid, aktivitet og mening. I: Almvik, A. & Borge, L. red. *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Borg, M. (2006b) Arbeid, aktivitet og mening. I: Almvik, A., Borge, L. & Berntsen, R. A. red. *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen, Fagbokforl., s. 53-71.
- Borg, M. (2007) *The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mentalhealth problems*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Bracht, N., Kingsbury, L. & Rissel, C. (1999) A five-stage community organization model for health promotion: empowerment and partnership strategies. *Health promotion at the community level*, 2, s. 83-104.
- Brofoss, K. E. & Frode Larsen i samarbeid med styringsgruppen (2009) *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009)*. Oslo, Norges forskningsråd.
- Campo, D. D., Wolcott, P. A., Mize, T. I. & Brotman, A. W. (1997) Approaches to psychosocial rehabilitation. *Harvard Review of Psychiatry*, 4 (6), s. 328-333.
- Cornwall, A. (2008) Unpacking 'Participation': models, meanings and practices. *Community Development Journal*, 43 (3), s. 269-283.
- Dahl, A. A., Krüger, M. B., Dahl, N. H. & Stordal, E. (2009) Utvikling og drift av Nettverk for Psykiatrisk Epidemiologi (NEPE). *Norwegian Journal of Epidemiology*, 13 (1),
- Dalen, M. (2004) *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo, Universitetsforl.
- Dalton, J. H., Wandersman, A. & Elias, M. J. (2001) *Community psychology: linking individuals and communities*. Stamford, Conn., Wadsworth Pub.
- Fontenehuset i Bergen (2009a) *Fontenehuset i Bergen* [Internett], Bergen. Tilgjengelig fra: <<http://www.fontenehuset-bergen.no/>> [Nedlastet 20.07.09].
- Fontenehuset i Bergen (2009b) Presentasjon. I: Bergen.
- Freire, P. & Nordland, E. (1999) *De undertryktes pedagogikk*. 2. utg. utg. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Fyrand, L. (2005) *Sosialt nettverk teori og praksis*. 2. utg. utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Gedde-Dahl, T. W. (2001) Empowerment – styrking av mestring? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 121:628 (5),

Gilje, N. & Grimen, H. (1993) *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. [3. prøveutg.]. utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Goffman, E. (1986) *Stigma notes on the management of spoiled identity*. New York, Simon & Schuster.

Granerud, A. (2004) Sosial integrering for mennesker med psykiske problemer—erfaringer, utfordringer og ønsket støtte. *Journal of Community Mental Health*, 15, s. 5-20.

Grue, L. (2006) Normalitetens opprinnelse. I: Eriksen, T. H. & (Red.), J.-K. B. red. *Normalitet*. Oslo, Universitetsforlaget.

Grønmo, S. (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen, Fagbokforl.

Halkier, B. (2002) *Fokusgrupper*. Frederiksberg, Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.

Heggen, K. (2007) Rammer for meistring. I: Ekeland, J.-J. & (Red.), K. H. red. *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo, Gyldendal Akademisk.

Hernes, T. (1988) Sosialt nettverk, sosial støtte og psykisk helse. I: Dalgard, O. S. & (Red.), T. S. red. *Sosialt nettverk og psykisk helse*. Otta, Tano.

Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1996) *Metodevalg og metodebruk*. 3. utg. [Oslo], TANO.

Honneth, A. (2008) *Kamp om anderkjennelse*. Oslo, Pax forlag A/S.

Hutchinson, G. S. (2003) *Samfunnsarbeid i sosialt arbeid*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Hutchinson, G. S. (2004) Samfunnsarbeid - undervurdert som arbeidsmåte? *Nordisk Sosialt Arbeid*, 03/2004,

Hutchinson, G. S. (2010) *Samfunnsarbeid: mobilisering og deltakelse i sosialfaglig arbeid*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Håkonsen, K. M. (2000) *Mestring og lidelse: psykiatri for helse- og sosialarbeidere*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Ife, J. & Fiske, L. (2006) Human rights and community work: Complementary theories and practices. *International Social Work*, 49 (3), s. 297-308.

International Center for Clubhouse Development, I. (2008) *International Standards for Clubhouse Programs, revised as of October, 2008* [Internett], ICCD. Tilgjengelig fra: <<http://www.iccd.org/docs/standards.pdf>> [Nedlastet 30.01.09].

International Center for Clubhouse Development, I. (2009) *ICCD History* [Internett], ICCD. Tilgjengelig fra: <<http://www.iccd.org/article.asp?articleID=2>> [Nedlastet 20.07.09].

Johannessen, A., Tuft, P. A. & Kristoffersen, L. (2006) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. utg. Oslo, Abstrakt forl.

Karlsson, B. (2004) Forord: Strålende!!! *Tidskrift for psykisk helsearbeid*, Vol.1 (nr.1),

Kelvin, P. (1981) Work as a source of identity: the implications of unemployment. *British Journal of Guidance and Counselling*, 9 (1), s. 2-11.

Kolstad, A. (2006) Uførepensjonerte med psykiatriske diagnoser. *Vardøger*, 30 06, s. 128-134.

Kvale, S. (1997) *Interview: en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København, Hans Reitzels Forl.

Labonte, R. (2005) Community, Community Development, and the Forming of Authentic Partnerships: Some Critical Reflections. I: Minkler, M. red. *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, New Jersey , and London, Rutgers University Press.

Langeland, E. (2006) Mestring av psykiske helseproblemer: salutogenese i teori og praksis. I: Almvik, A., Borge, L. & Berntsen, R. A. red. *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen, Fagbokforl., s. 87-103.

Langeland, E. (2009) Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien.no, Norsk Sykepleierforbund*,

Ledwith, M., Campling, J. & British Association of Social Workers (2005) *Community development a critical approach*. Bristol, UK, Policy Press.

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J. C. (2001) Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52 (12), s. 1621-1626.

Lorentzen, H. (1997) Integrasjon og utstøting i sivilsamfunnet. *Dansk sociologi*, Nr.1,

Løken, K. H. (2006) Å lykkes med brukermedvirkning. I: Almvik, A. & Borg, L. red. *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen, Fagbokforlaget, s. 187-201.

- Løken, K. H. (2007) "Lave stemmer skal også høres" Hvordan lykkes med reell brukermedvirkning på psykisk helse-feltet? I: Askheim, O. P. & Starring, B. red. *Empowerment. I teori og praksis*. Oslo, Gyldendal Akademiske.
- Madsen, B. (2006) *Sosialpedagogikk. Integrering og inkludering i det moderne samfunnet*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Malt, U. F., Retterstøl, N. & Dahl, A. A. (2003) *Lærebok i psykiatri*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Meeuwisse, A. (1997) *Vänskap och organisering: en studie av Fountain House-rörelsen*. Arkiv förlag.
- Meeuwisse, A. (1998) Klubbhusrörelsen - en gränsöverskridande gemenskap. I: Sjöström, S. red. *Nya kulturer i psykiatrin*. Lund, Studentlitteratur, s. 183-205.
- Minkler, M. & Wallerstein, N. (2005) Improving Health through Community Organization and Community Building. I: Minkler, M. red. *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, New Jersey, and London, Rutgers University Press.
- Mowbray, C. T., Lewandowski, L., Holter, M. & Bybee, D. (2006) The clubhouse as an empowering setting. *Health and Social Work*, 31 (3), s. 167-179.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009) *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv*. Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Myrvold, T. M., Berglund, F. & Helgesen, M. K. (2008) *Psykisk sykes levekår*. Oslo, NIBR-rapport 2008:32.
- NAV Interim. (2006) *Brukermedvirkning i NAV*. Oslo, NAV.
<http://kommune.nav.no/binary?download=true&id=805362645>.
- Norman, C. (2006) The Fountain House movement, an alternative rehabilitation model for people with mental health problems, members' descriptions of what works. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20 (2), s. 184-192.
- Normann, T., Sandvin, J.T og Thommesen, H. (2008) *Om rehabilitering: mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo, Kommuneforl.
- Norvoll, R. (2002) Makt og sosial kontroll innenfor psykisk helsevern. I: Norvoll, R. red. *Samfunn og psykiske lidelser: samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*. Oslo, Gyldendal akademisk, s. 121-145.
- NOU 1998:18 Det er bruk for alle. Kap. 8; Livskvalitet - deltakelse - mestring. Oslo.
- Ot.prp. nr. 12. (1998-1999) *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. Oslo.

- Pedersen, H. (2006) Samfunnsarbeid. I: Børge Erdal (Red.) red. *Ute / Inne. Oppsøkende sosialt arbeid med ungdom*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 261-271.
- Pedersen, P. B. (2002) Deinstitutionaliseringen av det psykiske helsevernet. I: Norvoll, R. red. *Samfunn og psykiske lidelser: samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*/. Oslo, Gyldendal Akademiske, s. 163-187.
- Pettersen, K.-S. & Simonsen, E. (2010) *Anerkjennelse og profesjon*. Oslo, Cappelen akademisk.
- Rovainen, I. (2004) Local communities as a field of community social work Nordic community work from the perspective of Finnish community-based social work. *Nordisk Socialt Arbeid*, 03/2004,
- Rønning, R. (2007) Brukermedvirkning og empowerment - gammel vin på nye flasker? I: Askheim, O. P. & Starrin, B. red. *Empowerment. I teori og praksis*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Schafft, A. (2008) Psykiske lidelser og arbeidsintegrering i Skandinavia: En kunnskapsstaus. I, AFI-rapport.
- Schafft, A. (2009) *Å få seg en jobb: arbeidsrettet rehabilitering ved psykiske helseproblemer*. Oslo, Kommuneforl.
- Seim, S., Hjemdal, O. K. & Nilsen, S. (1997) Selvhjelp og marginalisert. I: Sissel Seim, O. K. H., Sigrun Nilsen red. *Selvhjelp blant marginale grupper - alternative strategier*. Oslo, Høgskolen i Oslo.
- Skau, G. M. (1994) *Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo, Tano AS.
- Skårderud, F. (1988) Fra behov til ressurser. Om selvhjelpsgrupper og mentalhelse, erfranger fra litteraturen. I: Dalgard, O. S. & (Red.), T. S. red. *Sosialt Nettverk og Psykisk Helse*. Oslo, Tano.
- Solvang, P. (2006) Problematisering, utdefinering eller omfavnelse? Om normaliteten. I: Eriksen, T. H. & (Red.), J.-K. B. red. *Normalitet*. Oslo, Universitetsforlaget, s. 167-186.
- Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Norsk selvhjelpsforum. (2004) *Nasjonal plan for selvhjelp, IS-1212*. Oslo, Nedlastet 09.08.2010
fra: http://www.selvhjelp.no/filestore/IS-1212_3743a.pdf
- Spjelkavik, Ø. (2001) *Klubbhus etter Fountain House-modellen: en metode for rehabilitering av personer med psykiske lidelser*. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet.
- Spjelkavik, Ø. (2003) *Rehabilitering av personer med psykiske lidelser: Fontenehuset i Oslo*. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet.

- St.meld.nr 16. (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo.
- St.meld.nr 21. (1998-1999) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo.
- St.meld.nr 40. (2002-2003) *Nedbygging av funksjonshemmede barrierer - strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne*. Oslo.
- St.meld.nr. 25. (1996-1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (Psykiatrimeldingen)*. Oslo.
- St.prp.nr 63. (1998) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Oslo, Sosial- og Helsedepartement. Oslo.
- Starrin, B. (2009) Sosial kapital og helse. I: Rønning, R. & Starrin, B. R. red. *Sosial kapital iet velferdsperspektiv*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Starrin, B. & Askheim, O. P. (2007) Empowerment - et moteord? I: Starrin, B. & Askheim, O. P. red. *Empowerment i teori og praksis*. Oslo, Gyldendal akademisk, s. 221 s.
- Sudmann, T. T. & Henriksbø, K. (2009) Hva kan samfunnsarbeid være i 2009? I: *Nordiske Sosialhøgskole komitè's 23. konferanse*. Bodø, 6. til 8.august 2009.
- Sverdrup, S., Myrvold, T. M. & Kristofersen, L. B. (2007) Brukermedvirkning i psykisk. I: *NIBR-rapport 2007:2*.
- Tellnes, G. (2007) Salutogenese–hva er det? *Michael*, 4 (2), s. 144-149.
- Thagaard, T. (1998) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen-Sandviken, Fagbokforl.
- Thesen, J. (2001) Being a psychiatric patient in the community-reclassified as the stigmatized" other". *Scandinavian Journal of Public Health*, 29 (4), s. 248-255.
- Thomas, P. & Cahill, A. B. (2004) Compulsion and psychiatry--the role of advance statements. *British Medical Journal*, 329 (7458), s. 122-123.
- Thyness, P. A. (2004) Fra lokalsamfunnsarbeid til boligsosialt arbeid - reprise eller fornyelse? *Nordisk Sosialt Arbeid*, 03/2004.
- Thyness, P. A. (2006) *Sosialt arbeid, lokal organisering og selvhjelp: en innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo, Universitetsforl.
- Topor, A. (2003) En annen profesjonalitet. I: Borg, M. & Topor, A. red. *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo, Kommuneforl., s. 124 s.

- Turunen, P. (2004) *Samhällsarbete i Norden: diskurser och praktiker i omvandling*. Växjö, Växjö University Press.
- Twelvetrees, A. (2002) *Community Work*. 3. utg. London, Palgrave.
- Underlid, K. (1992) *Arbeidslaus*. Oslo, Samlaget.
- Underlid, K. (2006) *Fattigdommens psykologi - oppleving av fattigdom i det moderne Norge*. 2. utg. Oslo, Samlaget.
- United Nation (UN) (1948) *The Universal Declaration of Human Rights* [Internett], United Nation (UN). Tilgjengelig fra: <<http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml#a23>> [Nedlastet 21.12.2009].
- Wadel, C. (1984) *Det skjulte arbeid: en argumentasjon for et utvidet arbeidsbegrep*. Stavanger, Universitetsforlaget.
- Wallerstein, N. (1993) Empowerment and health: the theory and practice of community change. *Community Development Journal*, 28 (3), s. 218-227.
- Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004) Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124 (1), s. 65-67.
- Weber, M. (1995) *Makt og byråkrati: essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo, Gyldendal.
- Økland, M. A. & Henriksbø, K. (2009) Community work: two Norwegian cases. *Community work in the Nordic countries: new trends*. Oslo, Universitetsforl., s. s. 148-167.
- Ørstavik, S. (2002) Det tvetydige brukerperspektivet - en teoretisk analyse. I: Norvoll, R. red. *Samfunn og psykiske lidelser: samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*. Oslo, Gyldendal Akademiske, s. 145-163.

VEDLEGG:

Vedlegg 1: Meldeskjema NSD

2008 4

Meldeskjema

for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt
(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Kopi av innsendt meldeskjema

Prosjektnummer: 22059

1. PROSJEKTTITTEL		
Fontenehusets prinsipp og menneskesyn, sett i lys av samfunnsarbeid		
2. BEHANDLINGSANSVARLIG INSTITUSJON		
Institusjon: Høgskolen i Bergen		
Avdeling/fakultet: Avdeling for helse- og sosialfag	Institutt:	
3. DAGLIG ANSVARLIG		
Navn(fornavn og etternavn): Kjell Underlid		
Arbeidssted(avdeling/seksjon/institutt): Institutt for vernepleie og sosialt arbeid Høgskolen i Bergen	Akademisk grad: Doktorgrad	Stilling: Professor
Adresse – arbeidssted: Haugeveien 28	Postnummer: 5005	Poststed: BERGEN

Telefon: 55587862	Mobil: 90635873	Telefaks:	E-post: Kjell.underlid@hib.no
4. VED STUDENTPROSJEKT (studiested må alltid være samme som arbeidssted til daglig ansvarlig)			
Navn(fornavn og etternavn) på student: Katrine Vidme		Akademisk grad: Høyere grad	
Adresse – privat: Fagernes 15		Postnummer: 5043	Poststed: BERGEN
Telefon: 90024689	Mobil: 90024689	Telefaks:	E-post: katrine_vidme@hotmail.com
5. FORMÅL MED PROSJEKTET			
Problemstillinger, forskningsspørsmål, eller lignende.	Jeg ønsker å se på hvilke prinsipper og menneskesyn Fontenehuset bygger på i rehabiliteringsarbeidet av mennesker med psykiske lidelser, og hvordan dette svarer til sentrale begreper og prinsipper i samfunnsarbeidet.		
6. PROSJEKTOMFANG			
<input checked="" type="checkbox"/> Enkelt institusjon <input type="checkbox"/> Nasjonal multisenterstudie <input type="checkbox"/> Internasjonal multisenterstudie Angi øvrige institusjoner som skal delta:			
7. UTVALGSBESKRIVELSE			
<u>Beskrivelse av utvalget.</u> Gi en kort beskrivelse av hvilke personer eller grupper av personer som inngår i prosjektet (f.eks. skolebarn, pasienter, soldater).	Det er Fontenehuset i Bergen sine medarbeidere og medlemmer som deltar i undersøkelsen. Fontenehuset er et frivillig tilbud for mennesker med en psykisk sykehistorie, til å bli rehabilitert som en del av et arbeidsfellesskap i en privat stiftelse med ansvar for egen drift. Medarbeiderene kjennetegnes ved at Fontenehuset er deres arbeidsgiver. Medlemmene kjennetegnes ved frivillig aktivitet på Fontenehuset.		

<u>Rekruttering og trekking.</u> Oppgi hvordan utvalget rekrutteres og hvem som foretar rekrutteringen/ trekkingen.	Rekruttering til kvalitativ undersøkelse er gjort blant Fontenehuset i Bergen sine medarbeidere og medlemmer. Alt er på frivillig basis.		
<u>Førstegangskontakt.</u> Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget.	Rekruttering skjer gjennom oppslag "forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt" hvor den enkelte bes om å melde seg på via min private e-post eller mobilnummer. I tillegg til dette har det vært et møtet mellom meg, medarbeidere, styremedlem og representant fra styret hvor jeg har fått presentert prosjektet. De kommer også til å informere om at det kommer en masterstudent i løpet av høsten som ønsker å intervju medlemmer og medarbeidere.		
Oppgi alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år)	<input type="checkbox"/> Ungdom (16-17år)	<input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)
Antall personer som inngår i utvalget.	Ønsker å intervju mellom 8 og 12 personer, både medlemmer og medarbeidere.		
Dersom det inkluderes personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse, beskriv denne del av utvalget nærmere.			
8. INFORMASJON OG SAMTYKKE			
Oppgi hvordan informasjon til respondenten gis.	<input checked="" type="checkbox"/> Det gis skriftlig informasjon. <input checked="" type="checkbox"/> Det gis muntlig informasjon. Redegjør for hvilken informasjon som gis Jeg vil sikre meg at skriftlig informasjon er forstått.		
	<input type="checkbox"/> Det gis ikke informasjon. Forklar hvorfor det ikke gies informasjon.		

<u>Samtykke</u> Innhentes samtykke fra den registrerte?NB. Se veiledning for krav til samtykke.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja Oppgi hvordan samtykke innhentes. Se vedlagt samtykkeerklæring.	
	<input type="checkbox"/> Nei Gi en redegjørelse for hvorfor det anses nødvendig å gjennomføre prosjektet uten samtykke fra respondenten.	
9. METODE FOR INNSAMLING AV PERSONOPPLYSNINGER		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som skal benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Biologisk materiale <input type="checkbox"/> Utprøving av legemidler <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken:	
	Kommentar til metode for innsamling av personopplysninger: Det vil være frivillig for informantene om de ønsker å delta i individuelle intervjuer, eller om de er mer komfortable med gruppeintervju. Det vil si at masteroppgaven kan ha kun data fra individuelle intervju, kun gruppeintervju eller en kombinasjon av begge disse.	
10. DATAMATERIALETS INNHOLD		
Gjør kort rede for hvilke opplysninger som skal samles inn. Legg ved spørreskjema, intervjuguide, registreringsskjema e. a., som foreligger ferdig utarbeidet eller som utkast.	Jeg er ute etter medlemmene og medarbeidernes opplevelser rundt begrep som feks. rehabilitering, normalisering, brukermedvirkning / brukerstyring, empowerment, hva deltakelse i Fontenehuset har gjort for de etc. Det skal ikke være fokus på hvorfor de bruker Fontenehuset, dette innbefatter også at det ikke er fokus på den enkeltes diagnose/-er.	
Registreres det direkte personidentifiserende opplysninger?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvilke: <input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer

<i>Registreres det indirekte identifiserende personopplysninger</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvilke:
<i>Behandles det sensitive personopplysninger?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvilke: <input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning. <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling. <input type="checkbox"/> Helseforhold. <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold. <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger.
<i>Behandles det opplysninger om tredjeperson?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvordan blir tredjeperson informert om behandlingen? <input type="checkbox"/> Får skriftlig informasjon. <input type="checkbox"/> Får muntlig informasjon. <input type="checkbox"/> Blir ikke informert.
11. INFORMASJONSSIKKERHET		
<i>Redegjør for hvordan datamaterialet registreres og oppbevares.</i>	<input type="checkbox"/> Direkte personidentifiserende opplysninger (spesifiser hvilke på punkt 10) erstattes med et referansenummer som viser til en manuell/elektronisk navneliste som oppbevares atskilt fra det øvrige datamaterialet. Oppgi hvordan koblingsnøkkelen lagres og hvem som har tilgang til denne.	
	<input type="checkbox"/> Direkte personopplysninger lagres sammen med det øvrige materialet. Oppgi hvorfor det er nødvendig med oppbevaring av direkte identifikasjonsopplysninger sammen med det øvrige datamaterialet:	
	<input type="checkbox"/> Annet Spesifiser:	
<i>Hvordan skal datamaterialet registreres og oppbevares?</i> <i>Sett flere kryss dersom opplysninger registreres flere steder.</i>	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Fysisk isolert pc tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Pc i nettverksystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Pc i nettverksystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Isolert privat pc <input checked="" type="checkbox"/> Privat pc tilknyttet Internett </div> <div style="width: 50%;"> <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Manuelt/papir <input type="checkbox"/> Annet: Hvis annen lagring, beskriv nærmere: Behandles lyd/videoopptak på pc? <input type="checkbox"/> Ja </div> </div>	

	<input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
<i>Sikring av konfidensialitet.</i>	Beskriv hvordan datamaterialet er beskyttet mot at uvedkommende får innsyn i opplysningene? Bærbar pc vil være brukernavn- og passordbeskyttet. Jeg studerer hjemmefra, det vil si at pc oppbevares i hjemmet og ikke på feks en lesesal. Når det gjelder lydopptak så er det et ønske fra meg om å ta opp intervjuene, dette er frivillig for informantene. Disse transkriberes umiddelbart etter intervjuet og slettes.	
<i>Vil prosjektet ha prosjektmedarbeidere som skal ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/ student?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Oppgi hvilke:
<i>Innhentes eller overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/internett/eksternt datanett?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, beskriv hvilke opplysninger og hvilken form de har.
<i>Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, til hvem:
<i>Skal opplysninger samles inn/bearbeides ved hjelp av databehandler?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, redegjør for hvem som skal samle inn data og hvilke data dette gjelder:
<i>Hvis multisenterstudie:</i>	Redegjør for hvordan samarbeidet mellom institusjonene foregår. Hvem har tilgang til materialet og hvordan reguleres tilgangen:	
12. VURDERING/GODKJENNING AV ANDRE INSTANSER		
Er prosjektet fremleggelses-pliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)?	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse. <input type="checkbox"/> Ja Blitt anbefalt av NSD å ta kontakt med REK for å sjekke om prosjektet er fremleggelsespliktig. <input type="checkbox"/> Nei	
Dersom det anvendes biologisk materiale, er det søkt REK om opprettelse av forskningsbiobank?	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse. <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
Er det nødvendig å søke om dispensasjon fra taushetsplikt for å få tilgang til data?	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse. <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	

Er det nødvendig med melding til Statens legemiddelverk?	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse. <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Andre	Angi hvem. <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
13. PROSJEKTPERIODE	
Oppgi tidspunkt for når datainnsamlingen starter – <u>prosjektstart</u> samt tidspunkt når behandlingen av personopplysninger opphører – <u>prosjektslutt</u> .	Prosjektstart (ddmmåååå): 01.08.2009 Prosjektslutt (ddmmåååå): 31.12.2010
Gjør rede for hva som skal skje med datamaterialet ved projektslutt.	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres. Gi en redegjørelse for hvordan datamaterialet anonymiseres. <input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon Hvor skal datamaterialet oppbevares? Gi en redegjørelse for hvorfor datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon:
14. FINANSIERING	
Prosjektet finansieres av meg selv.	
15. TILLEGGSOPPLYSNINGER	
16. ANTALL VEDLEGG	
Oppgi hvor mange vedlegg som legges ved meldeskjemaet.	3

Vedlegg 2: Prosjektbeskrivelse REK

Prosjektbeskrivelse – masteroppgave

Jeg ønsker å se på hvilke prinsipper og menneskesyn Fontenehuset bygger på i rehabiliteringsarbeidet av mennesker med psykiske lidelser, og hvordan dette svarer til sentrale begreper og prinsipper i samfunnsarbeidet. Jeg er ute etter medlemmene og medarbeidernes opplevelser rundt begreper som f.eks. rehabilitering, normalisering, brukermedvirkning / brukerstyring, empowerment, hva deltakelse i Fontenehuset har gjort for de etc. Det skal ikke være fokus på hvorfor de bruker Fontenehuset, dette innbefatter også at det ikke er fokus på den enkeltes diagnose/-er. Medarbeiderne kjennetegnes ved at Fontenehuset er deres arbeidsgiver. Medlemmene kjennetegnes ved frivillig aktivitet på Fontenehuset.

Fontenehuset er et frivillig tilbud for mennesker med en psykisk sykehistorie, til å bli rehabilitert som en del av et arbeidsfellesskap i en privat stiftelse med ansvar for egen drift. Det er i Bergen sine medarbeidere og medlemmer som deltar i undersøkelsen. Fontenehuset er en del av en internasjonal klubbhusbevegelse (ICCD), som har utarbeidet egne retningslinjer, metoder og ideologi.

Forskningsprosjektet baserer seg på en kvalitativ undersøkelse, alt på frivillig basis. Det er tenkt individuelle intervju og / eller fokusgrupper. Det er uvisst i skrivende stund hvorvidt deltakerne til intervjuene ønsker å delta på individuelle intervju eller i fokusgrupper, jeg holder begge mulighetene åpne. Rekruttering skjer gjennom oppslag ”forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt” hvor den enkelte bes om å melde seg på via min private e-post eller mobilnummer. I tillegg til dette har det vært et møte mellom meg, medarbeidere, styremedlem og representant fra styret hvor jeg har fått presentert prosjektet. De kommer også til å informere om at det kommer en masterstudent i løpet av høsten som ønsker å intervju medlemmer og medarbeidere. Av verktøy vil jeg bruke en bærbar pc som vil være brukernavn- og passordbeskyttet. Jeg studerer hjemmefra, det vil si at pc oppbevares i hjemmet og ikke på f.eks. en lesesal. Når det gjelder lydopptak så er det et ønske fra meg om å ta opp intervjuene, dette er frivillig for informantene. Disse transkriberes umiddelbart etter intervjuet og slettes.

Vedlegg 3: Tilbakemelding fra REK

Utskrift av epost:

Hei.

REK vurderer at ditt prosjekt - "Fontenehusets prinsipp og menneskesyn, sett i lys av samfunnsarbeid" - ikke er fremleggespliktig.

Formålet med prosjektet anses å være samfunnsmessig forskning, ikke helsefaglig forskning. REK forutsetter at man ikke vil stille spørsmål om den enkeltes diagnose, slik det fremkommer av intervjuguiden.

REK anbefaler likevel at prosjektansvarlig utviser aktsomhet i møte med personene som skal intervjues, da disse kan befinne seg i en sårbar situasjon.

For råd og veiledning ved samfunnsvitenskapelig forskning kan NESH (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora - www.etikkom.no) kontaktes.

For øvrig forutsettes det at prosjektet er meldt NSD, og at anbefalingene deres tas til følge.

Med vennlig hilsen

--

Tor Even Svanes
komitésekretær/rådgiver

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Sør-Øst C
Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo. Tlf: 22 84 46 67
Besøksadresse: Søsterhjemmet, Ullevål sykehus
<http://helseforskning.etikkom.no>

Vedlegg 4: Samarbeidsavtale med Fontenehuset

SAMARBEIDSAVTALE

Det inngås herved en avtale mellom Fontenehuset i Bergen og masterstudent Katrine Vidme for gjennomføring av et praktisk masterprosjekt hos Fontenehuset i Bergen. Problemstilling som er utformet har fokus på Fontenehusets tankegang sett i lys av Samfunnsarbeid som metode.

Katrine Vidme forplikter seg til å holde Fontenehuset i Bergen orientert i de ulike fasene i prosessen. Det skal ta hensyn til og tilpasses Fontenehusets arbeid og rutiner. All datainnsamling er frivillig og det vil være opp til informantene om de ønsker å delta på individuelle eller gruppebaserte intervjuer. Det er ønskelig å snakke med både medarbeidere og medlemmer. Det yrkesetiske grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere legges til grunn, og taushetspliktserklæring skal være signert av Katrine Vidme i forkant av datainnsamling.

Masterprosjektet er konsesjons- og meldepliktig og Katrine Vidme vil søke / melde det inn hos NSD i god tid før datainnsamling.

Prosjektperioden vil være frem til 31.12.2010.

Katrine Vidme ønsker å være en ressurs for Fontenehuset i Bergen, og det vil være mulig for Fontenehuset i Bergen å benytte seg av Masteroppgaven og hennes kompetanse etter ferdigstillelse. Fontenehuset plikter seg å stille seg tilgjengelige for samtaler, bruk av lokale, være behjelpelige med å videreformidle kontakt og å tilrettelegge for Katrine Vidme sitt arbeid når det er praktisk mulig. Høgskolen i Bergen vil stå for den praktiske og teoretiske veiledningen knyttet til gjennomføringen av Masteroppgaven.

Fontenehuset i Bergen skal få lese og kommentere masteroppgaven før den endelig leveres inn.

Bergen *15. juni 2009*

Katrine Vidme
.....
Katrine Vidme
Masterstudent

Maria Steffensen
.....
Maria Steffensen
Leder Fontenehuset i Bergen

Vedlegg 5: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg ønsker å delta i forskningsprosjektet hvor masterstudent Katrine Vidme skal skrive om Fontenehuset i Bergen og om Fontenehusbevegelsens prinsipper og menneskesyn. Formålet med dette studiet er å se på hva dere som medlemmer og medarbeidere tenker om det å være en del av et Fontenehus, og hva dere tenker rundt samfunnsarbeid som tenkemåte og arbeidsmetode.

Intervjuene vil være et bidrag til masteroppgave. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere.

Dette er et dokument som er tilgjengelig for allmennheten, og jeg er som forsker underlagt taushetsplikt. Alle dataene vil bli behandlet konfidensielt. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Jeg ønsker å bruke lydopptaker, dette er frivillig. Dersom det ikke er greit ber jeg om at du gir meg beskjed om det. Jeg vil også ta notater mens vi snakker sammen. Alle lydopptak slettes etter transkribering og datamaterialet anonymiseres, alt vil bli behandlet konfidensielt. Transkriberingen gjøres umiddelbart etter intervjuet. Når oppgaven er ferdig vil også datamaterialet slettes, dette skjer senest innen 31.12.2010. All informasjon som kommer frem under intervjuet anonymiseres i publikasjoner, slik at ingen enkeltpersoner kan kjenne seg igjen.

Deltakelse er frivillig og samtykke kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt uten at du må oppgi grunn. Ditt forhold til Fontenehuset vil ikke bli påvirket av din deltakelse i studien.

Jeg har mottatt informasjon, og er villig til å delta i studien:

Jeg er medlem ☐

Jeg er medarbeider ☐

Ønsker å delta i individuelt intervju: JA ☐ NEI ☐

Ønsker å delta i gruppeintervju (fokusgruppe): JA ☐ NEI ☐

Jeg er fleksibel i forhold til om det blir individuelt eller gruppeintervju: JA ☐ NEI ☐

Sted og dato

Navn

Ber om at du skriver opp kontaktinformasjon (telefonnummer og e-post):

Vedlegg 6: Oppslag – Forespørsel om deltakelse

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Jeg er masterstudent i samfunnsarbeid ved Høgskolen i Bergen og holder nå på med selve masteroppgaven. Jeg er interessert i å finne ut hva Fontenehuset i Bergen sine medlemmer og medarbeidere sin opplevelse rundt Fontenehuset, dets prinsipper og menneskesyn og hvorvidt dette svarer til de prinsipper og menneskesyn som er representert i samfunnsarbeidet.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 8-12 personer som er tilknyttet Fontenehuset i Bergen, både som medlem og som medarbeider. Det er valgfritt om du ønsker å snakke med meg alene eller sammen i en gruppe (under den forutsetning at det er mange nok som ønsker å snakke i gruppe). Deltagelse i studien innebærer å stille til ett intervju av ca to timers varighet.

Spørsmålene vil dreie seg om tanker rundt en del sentrale begreper begrep som for eksempel empowerment, rehabilitering, brukermedvirkning etc, og hva deltakelsen i Fontenehuset har betydd for deg. Det vil ikke være fokus på diagnose, behandling og lignende.

Jeg ønsker å bruke båndopptaker dersom det er greit for deg/dere. Jeg vil også ta notater mens vi snakker sammen. Alle data vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg og min veileder som vil ha tilgang til personopplysninger, og som forskere er vi underlagt taushetsplikt. All informasjon som kommer frem under intervjuet anonymiseres i publikasjoner, slik at ingen enkeltpersoner kan kjenne seg igjen. Alle lydopptak slettes og datamaterialet anonymiseres når oppgaven er ferdig, senest innen 31.12.2010.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Dersom du ikke ønsker å delta eller trekker deg fra studien vil det ikke få innvirkning på ditt forhold til Fontenehuset.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg. Jeg returnerer en kopi av signert samtykkeerklæring samt en kopi dette dokumentet.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (NSD).

Vedlegg 8: Oppslag – Invitasjon

Kan du bidra?

Jeg heter Katrine Vidme og er masterstudent i samfunnsarbeid ved Høgskolen i Bergen og holder nå på med selve masteroppgaven. Jeg er interessert i å finne ut hva medlemmer og medarbeidere ved Fontenehuset i Bergen sine tanker rundt Fontenehuset, dets prinsipper og menneskesyn og hvorvidt dette svarer til de prinsipper og menneskesyn som er representert i samfunnsarbeid som metode.

Det er frivillig og jeg er åpen for intervju både i grupper og individuelt. Jeg ønsker å intervju deg / dere i uke 42 og 43 på Fontenehuset, spørsmålene vil dreie seg rundt dine / deres tanker om for eksempel rehabilitering, selvhjelp, empowerment og lignende.

Det vil ikke være fokus på diagnose og behandling.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 900 24 689, eller sende en e-post til katrine_vidme@hotmail.com. Min veileder for masterprosjektet er Kjell Underlid ved Høgskolen i Bergen, Institutt for vernepleie og sosialt arbeid.

For å melde din interesse kan du snakke med en av medarbeiderne, det ligger påmeldingsark på kontoret.

Vedlegg 8: Intervjuguide – Individuelt forskningsintervju

INTERVJUGUIDE - individuelle intervju

Informasjon

Mitt navn er Katrine Vidme og jeg er masterstudent ved samfunnsarbeid ved Høgskolen i Bergen. Jeg holder nå på med selve masteroppgaven og det er i den forbindelse at jeg har bedt om dette intervjuet. Jeg er interessert i å finne ut hva Fontenehuset i Bergen sine medlemmer og medarbeidere har av opplevelser rundt Fontenehuset, dets prinsipper og menneskesyn. Og hvorvidt dette svarer til de prinsipper og menneskesyn som er representert i tenkemåten og metoden samfunnsarbeid. Jeg vil stille noen spørsmål som går på hva du tenker rundt sentrale begreper, og noen spørsmål som er knyttet til ditt forhold til Fontenehuset. Det vil ikke være fokus på diagnose, behandling og lignende.

Intervjuet er lagt opp til å vare ca 2 timer, og jeg har 15 spørsmål som vi skal igjennom. Jeg stiller spørsmål, og du svarer. Dersom det er spørsmål du ikke ønsker å svare på ber jeg om at du sier i fra til meg. Jeg begynner med å spørre om begrepene, før vi går videre til deg og Fontenehuset.

Jeg vil gjøre deg oppmerksom på at jeg er bundet av en egen taushetserklæring som er knyttet til mitt samarbeid med Fontenehuset i Bergen, i tillegg har jeg forpliktelser knyttet til at masteroppgaven er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Jeg ønsker å bruke lydopptaker, og jeg håper dette er greit for deg. Dersom det ikke er greit ber jeg om at du gir meg beskjed om det. Jeg vil også ta notater mens vi snakker sammen. Alle lydopptak slettes etter transkribering og vil bli behandlet konfidensielt. Transkriberingen gjøres umiddelbart etter intervjuet. Når oppgaven er ferdig vil også datamaterialet slettes, dette skjer senest innen 31.12.2010. All informasjon som kommer frem under intervjuet anonymiseres i publikasjoner, slik at ingen enkeltpersoner kan kjenne seg igjen. Deltakelse i intervjuet er frivillig og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Dersom du ikke ønsker å delta eller trekker deg fra studien vil det ikke få innvirkning på ditt forhold til Fontenehuset i Bergen.

Intervjuet

Aller først ønsker jeg å vite litt om deg og ber deg fortelle meg...

- *Hvor lenge har du vært medlem ved Fontenehuset i Bergen?*
- *Har du noen spesielle oppgaver?*
- *dersom ja, hvilke?*

- *Kan du kort si hvor gammel du er og hva du har av utdanning- og yrkesbakgrunn.*

Oppgaven min dreier seg om en måte å tenke på og en arbeidsmetode som kalles samfunnsarbeid, før jeg går videre ønsker jeg å si litt om hva det omhandler. I samfunnsarbeidet er formålet å gjøre andre i stand til å hjelpe seg selv, dette gjøres ved å gå vekk fra et rendyrket individfokus til et fokus på hele grupper med målsetting om endring på et gruppe-, organisasjons- og/eller samfunnsnivå. Dette er endringsarbeid som skjer i en prosess hvor mennesker går sammen for selv å definere et problem eller behov, for så å handle mot en felles løsning som bedrer situasjonen. Samfunnsarbeiderne kalles ofte for endringskatalysatorer og fokuset er preget av muligheter og ressurser, aktivitet og medvirkning

- *Hvordan ser du på Fontenehuset i Bergen i et slikt perspektiv?*

Jeg vil nå gå videre å snakke litt om relevante begreper for å høre hva dine tanker rundt de; Empowermentbegrepet er blitt et motebegrep, som en konsekvens av dette er betydningen noe uklart – den kan romme alt og ingenting. Begrepet brukes i veldig mange sektorer og jeg har derfor valgt å si litt om hva jeg legger i begrepet i forkant:

Empowerment er et av samfunnsarbeidets kjerneverdier, og det har utpekt seg både et fundament og en forutsetning. Det bygger på et menneskesyn og en holdning hvor en tar utgangspunkt i at alle mennesker har ressurser og kapasitet til å definere egne problem og utvikle handlingsstrategier. Det handler om den prosessen hvor en mobiliserer personer eller grupper i en avmaktsituasjon, og at de finner styrke og kraft til å vinne herredømme over eget liv med den hensikt å få til en sosial og politisk endring som bedrer ens egne livsvilkår.

- *Er empowerment et begrep du kan relatere Fontenehuset i Bergen til, og dersom ja – på hvilken måte?*
- *dersom behov for stikkord; selvtillit, sosial støtte, stolthet, delaktighet, nettverk, egenkontroll, kompetanse, borgerrettigheter, selvstyre, samarbeid og deltakelse.*
- *Hvilke prinsipper mener du er viktige i forhold til rehabilitering?*
- *er Fontenehuset en arena for rehabilitering?*
- *dersom ja, skiller Fontenehuset seg ut i forhold til annen form for rehabilitering?*
- *I hvor stor grad og på hvilken måte mener du at Fontenehuset i Bergen er en selvhjelpsgruppe?*
- *I hvor stor grad og på hvilken måte bygger Fontenehuset i Bergen på brukarmedvirkning?*
- *(organiseringsmåten viktig)*
- *Kan dere komme med tre grunner til at Fontenehuset i Bergen har lyktes i forhold til rehabiliteringsarbeidet?*

- *På hvilken måte kan Fontenehuset i Bergen bli premissleverandør for psykisk helsearbeid?*

Jeg ønsker nå å spørre deg litt om ditt forhold til Fontenehuset i Bergen;

- *Hva betyr Fontenehuset i Bergen for deg?*
- *Hvilke forhold ved Fontenehuset i Bergen har bidratt til å bedre din livssituasjon og livskvalitet? – på hvilken måte?*
- *Finnes det forhold ved Fontenehuset i Bergen og din deltakelse der som har bidratt til å forverre din livssituasjon og livskvalitet? – på hvilken måte?*
- *Hva tenker du fremover – vil Fontenehuset fremdeles være et sted du bruker?*
- *Og helt til slutt, har du noe du ønsker å tilføye?*

Vedlegg 9: Intervjuguide – Fokusgruppeintervju

INTERVJUGUIDE – fokusgrupper

Informasjon

Mitt navn er Katrine Vidme og jeg er masterstudent i samfunnsarbeid ved Høgskolen i Bergen. Jeg holder nå på med selve masteroppgaven og det er i den forbindelse at jeg har bedt om dette fokusgruppeintervjuet.

Jeg er interessert i å finne ut hva Fontenehuset i Bergen sine medlemmer og medarbeidere sin opplevelse rundt Fontenehuset, dets prinsipper og menneskesyn og hvorvidt dette svarer til de prinsipper og menneskesyn som er representert i samfunnsarbeidet. Spørsmålene vil dreie seg om tanker rundt en del sentrale begreper begrep som for eksempel empowerment, rehabilitering, brukervedvirkning etc. og hva deltakelsen i Fontenehuset har betydd for deg. Det vil ikke være fokus på diagnose, behandling og lignende.

Fokusgruppemetoden er annerledes enn vanlige intervju hvor forsker spør og informant svarer. Jeg ønsker at dere snakker og diskuterer, mens jeg lytter. Fokusgruppen vil vare i ca. 2 timer, og jeg har 10 spørsmål vi skal gjennom. Jeg vil fungere som ordstyrer under fokusgruppen gjennom å introdusere temaer, passe på tiden og gripe inn dersom det er behov for det. Jeg vil ikke blande meg inn i ordskiftet dere i mellom, men vil være en passiv tilhører. Alles meninger er like ok, det finnes ingen riktige eller feile svar.

Jeg vil gjøre deg oppmerksom på at jeg er bundet av en egen taushetserklæring som er knyttet til mitt samarbeid med Fontenehuset i Bergen, i tillegg har jeg forpliktelser knyttet til at masteroppgaven er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Jeg ønsker å bruke lydopptaker, og jeg håper dette er greit for dere. Dersom det ikke er greit ber jeg om at dere gir meg beskjed om det. Jeg vil også ta notater mens vi snakker sammen. Alle lydopptak slettes etter transkribering og vil bli behandlet konfidensielt. Transkriberingen gjøres umiddelbart etter intervjuet. Når oppgaven er ferdig vil også datamaterialet slettes, dette skjer senest innen 31.12.2010. All informasjon som kommer frem under intervjuet anonymiseres i publikasjoner, slik at ingen enkeltpersoner kan kjenne seg igjen. Deltakelse i intervjuet er frivillig og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Dersom du ikke ønsker å delta eller trekker deg fra studien vil det ikke få innvirkning på ditt forhold til Fontenehuset i Bergen.

Intervjuet

Jeg ønsker først å vite litt om dere og ber hver og en av dere fortelle meg kort om...

- *Hvor lenge har du jobbet for Fontenehuset i Bergen?*
- *Hvilke funksjoner har du?*
- *Hvilken utdannelse – og yrkesbakgrunn har du?*

Før jeg går videre ønsker jeg å si noe om hva metoden samfunnsarbeid går ut på;

Oppgaven min dreier seg om en måte å tenke på og en arbeidsmetode som kalles samfunnsarbeid, før jeg går videre ønsker jeg å si litt om hva det omhandler. I samfunnsarbeidet er formålet å gjøre andre i stand til å hjelpe seg selv, og dette gjøres ved å løfte arbeidet vekk fra et rendyrket individfokus til et fokus på hele grupper med målsetting om endring på et gruppe-, organisasjons- og/eller samfunnsnivå. Dette er endringsarbeid som skjer i en prosess hvor mennesker går sammen for selv å definere et problem eller behov, for så å handle mot en felles løsning som bedrer situasjonen. Samfunnsarbeiderne kalles ofte for endringskatalysatorer og fokuset er preget av muligheter og ressurser, aktivitet og medvirkning.

- *Hvordan ser dere på Fontenehuset i Bergen i et slikt perspektiv?*
- *På hvilken måte / hvordan vil dere si at Fontenehuset i Bergen jobber med å endre premissene for psykisk syke i samfunnet?*
- *På hvilken måte kan Fontenehuset i Bergen bli premissleverandør for psykisk helsearbeid?*

Jeg vil nå gå videre å snakke litt om relevante begreper for å høre hva dine tanker rundt de; Empowermentbegrepet er blitt et motebegrep, som en konsekvens av dette er betydningen noe uklar – den kan romme alt og ingenting. Begrepet brukes i veldig mange sektorer og jeg har derfor valgt å si litt om hva jeg legger i begrepet i forkant:

Empowerment er et av samfunnsarbeidets kjerneverdier, og det har utpekt seg både et fundament og en forutsetning. Det bygger på et menneskesyn og en holdning hvor en tar utgangspunkt i at alle mennesker har ressurser og kapasitet til å definere egne problem og utvikle handlingsstrategier. Det handler om den prosessen hvor en mobiliserer personer eller grupper i en avmaktsituasjon, og at de finner styrke og kraft til å vinne herredømme over eget liv med den hensikt å få til en sosial og politisk endring som bedrer ens egne livsvilkår.

- *Er empowerment et begrep du kan relatere Fontenehuset i Bergen til, og dersom ja – på hvilken måte?*
- *dersom behov for stikkord; selvtillit, sosial støtte, stolthet, delaktighet, nettverk, egenkontroll, kompetanse, borgerrettigheter, selvstyre, samarbeid og deltakelse.*
- *Hvilke prinsipper mener dere er viktige i forhold til rehabilitering?*
- *er Fontenehuset en arena for rehabilitering?*
- *dersom ja, skiller Fontenehuset seg ut i forhold til annen form for rehabilitering?*
- *I hvor stor grad og på hvilken måte kan en si at Fontenehuset i Bergen er en selvhjelpsgruppe?*

- *I hvor stor grad og på hvilken måte bygger Fontenehuset i Bergen på brukermedvirkning?
- (organiseringssmåten viktig)*
- *Kan dere komme med tre grunner til at Fontenehuset i Bergen har lykket i forhold til rehabiliteringsarbeidet?*
- *Hvilke barrierer og hindringer har dere møtt og møter dere som vanskeliggjør driften av Fontenehuset i Bergen?*
- *Har dere noe dere ønsker å tilføye?*

Vedlegg 10: ICCD retningslinjer

International Standards for Clubhouse Programs

The International Standards for Clubhouse Programs, consensually agreed upon by the worldwide Clubhouse community, define the Clubhouse Model of rehabilitation. The principles expressed in these Standards are at the heart of the Clubhouse community's success in helping people with mental illness to stay out of hospitals while achieving social, financial, educational and vocational goals. The Standards also serve as a "bill of rights" for members and a code of ethics for staff, board and administrators. The Standards insist that a Clubhouse is a place that offers respect and opportunity to its members.

The Standards provide the basis for assessing Clubhouse quality, through the International Center for Clubhouse Development (ICCD) certification process.

Every two years the worldwide Clubhouse community reviews these Standards, and amends them as deemed necessary. The process is coordinated by the ICCD Standards Review Committee, made up of members and staff of ICCD-certified Clubhouses from around the world.

MEMBERSHIP

1. Membership is voluntary and without time limits.
2. The Clubhouse has control over its acceptance of new members. Membership is open to anyone with a history of mental illness, unless that person poses a significant and current threat to the general safety of the Clubhouse community.
3. Members choose the way they utilize the Clubhouse, and the staff with whom they work. There are no agreements, contracts, schedules, or rules intended to enforce participation of members.
4. All members have equal access to every Clubhouse opportunity with no differentiation based on diagnosis or level of functioning.
5. Members at their choice are involved in the writing of all records reflecting their participation in the Clubhouse. All such records are to be signed by both member and staff.
6. Members have a right to immediate re-entry into the Clubhouse community after any length of absence, unless their return poses a threat to the Clubhouse community.
7. The Clubhouse provides an effective reach out system to members who are not attending, becoming isolated in the community or hospitalized.

RELATIONSHIPS

8. All Clubhouse meetings are open to both members and staff. There are no formal member only meetings or formal staff only meetings where program decisions and member issues are discussed.
9. Clubhouse staff are sufficient to engage the membership, yet few enough to make carrying out their responsibilities impossible without member involvement.
10. Clubhouse staff have generalist roles. All staff share employment, housing, evening and weekend, holiday and unit responsibilities. Clubhouse staff do not divide their time between Clubhouse and other major work responsibilities.

11. Responsibility for the operation of the Clubhouse lies with the members and staff and ultimately with the Clubhouse director. Central to this responsibility is the engagement of members and staff in all aspects of Clubhouse operation.

SPACE

12. The Clubhouse has its own identity, including its own name, mailing address and telephone number.
13. The Clubhouse is located in its own physical space. It is separate from any mental health center or institutional settings, and is impermeable to other programs. The Clubhouse is designed to facilitate the work-ordered day and at the same time be attractive, adequate in size, and convey a sense of respect and dignity.
14. All Clubhouse space is member and staff accessible. There are no staff only or member only spaces.

WORK-ORDERED DAY

15. The work-ordered day engages members and staff together, side-by-side, in the running of the Clubhouse. The Clubhouse focuses on strengths, talents and abilities; therefore, the work-ordered day must not include medication clinics, day treatment or therapy programs within the Clubhouse.
16. The work done in the Clubhouse is exclusively the work generated by the Clubhouse in the operation and enhancement of the Clubhouse community. No work for outside individuals or agencies, whether for pay or not, is acceptable work in the Clubhouse. Members are not paid for any Clubhouse work, nor are there any artificial reward systems.
17. The Clubhouse is open at least five days a week. The work-ordered day parallels typical working hours.
18. The Clubhouse is organized into one or more work units, each of which has sufficient staff, members and meaningful work to sustain a full and engaging work-ordered day. Unit meetings are held to foster relationships as well as to organize and plan the work of the day.
19. All work in the Clubhouse is designed to help members regain self worth, purpose and confidence; it is not intended to be job specific training.
20. Members have the opportunity to participate in all the work of the Clubhouse, including administration, research, enrollment and orientation, reach out, hiring, training and evaluation of staff, public relations, advocacy and evaluation of Clubhouse effectiveness.

EMPLOYMENT

21. The Clubhouse enables its members to return to paid work through Transitional Employment, Supported Employment and Independent Employment; therefore, the Clubhouse does not provide employment to members through in-house businesses, segregated Clubhouse enterprises or sheltered workshops.

Transitional Employment

22. The Clubhouse offers its own Transitional Employment program, which provides as a right of membership opportunities for members to work on job placements in business and industry. As a defining characteristic of a Clubhouse Transitional Employment program, the Clubhouse guarantees coverage on all placements during member absences. In addition the Transitional Employment program meets the following basic criteria.

- a. The desire to work is the single most important factor determining placement opportunity.
- b. Placement opportunities will continue to be available regardless of the level of success in previous placements.
- c. Members work at the employer's place of business.
- d. Members are paid the prevailing wage rate, but at least minimum wage, directly by the employer.
- e. Transitional Employment placements are drawn from a wide variety of job opportunities.
- f. Transitional Employment placements are part-time and time-limited, generally 15 to 20 hours per week and from six to nine months in duration.
- g. Selection and training of members on Transitional Employment is the responsibility of the Clubhouse, not the employer.
- h. Clubhouse members and staff prepare reports on TE placements for all appropriate agencies dealing with members' benefits.
- i. Transitional Employment placements are managed by Clubhouse staff and members and not by TE specialists.
- j. There are no TE placements within the Clubhouse. Transitional Employment placements at an auspice agency must be off site from the Clubhouse and meet all of the above criteria.

Supported and Independent Employment

- 23. The Clubhouse offers its own Supported and Independent Employment programs to assist members to secure, sustain and subsequently, to better their employment. As a defining characteristic of Clubhouse Supported Employment, the Clubhouse maintains a relationship with the working member and the employer. Members and staff in partnership determine the type, frequency and location of desired supports.
- 24. Members who are working independently continue to have available all Clubhouse supports and opportunities including advocacy for entitlements, and assistance with housing, clinical, legal, financial and personal issues, as well as participation in evening and weekend programs.

EDUCATION

- 25. The Clubhouse assists members to further their vocational and educational goals by helping them take advantage of adult education opportunities in the community. When the Clubhouse also provides an in-house educational program, it significantly utilizes the teaching and tutoring skills of members.

FUNCTIONS OF THE HOUSE

- 26. The Clubhouse is located in an area where access to local transportation can be assured, both in terms of getting to and from the program and accessing TE opportunities. The Clubhouse provides or arranges for effective alternatives whenever access to public transportation is limited.
- 27. Community support services are provided by members and staff of the Clubhouse. Community support activities are centered in the work unit structure of the Clubhouse. They include helping with entitlements, housing and advocacy, promoting healthy lifestyles, as well as assistance in finding quality medical, psychological, pharmacological and substance abuse services in the community.
- 28. The Clubhouse is committed to securing a range of choices of safe, decent and affordable housing including independent living opportunities for all members. The Clubhouse has access to opportunities that meet these criteria, or if unavailable, the Clubhouse develops its own housing program. Clubhouse housing programs meet the following basic criteria.
 - a. Members and staff manage the program together.

- b. Members who live there do so by choice.
 - c. Members choose the location of their housing and their roommates.
 - d. Policies and procedures are developed in a manner consistent with the rest of the Clubhouse culture.
 - e. The level of support increases or decreases in response to the changing needs of the member.
 - f. Members and staff actively reach out to help members keep their housing, especially during periods of hospitalization.
- 29. The Clubhouse conducts an objective evaluation of its effectiveness on a regular basis.
 - 30. The Clubhouse director, members, staff and other appropriate persons participate in a three-week training program in the Clubhouse Model at a certified training base.
 - 31. The Clubhouse has recreational and social programs during evenings and on weekends. Holidays are celebrated on the actual day they are observed.

FUNDING, GOVERNANCE AND ADMINISTRATION

- 32. The Clubhouse has an independent board of directors, or if it is affiliated with a sponsoring agency, has a separate advisory board comprised of individuals uniquely positioned to provide financial, legal, legislative, employment development, consumer and community support and advocacy for the Clubhouse.
- 33. The Clubhouse develops and maintains its own budget, approved by the board or advisory board prior to the beginning of the fiscal year and monitored routinely during the fiscal year.
- 34. Staff salaries are competitive with comparable positions in the mental health field.
- 35. The Clubhouse has the support of appropriate mental health authorities and all necessary licenses and accreditations. The Clubhouse collaborates with people and organizations that can increase its effectiveness in the broader community.
- 36. The Clubhouse holds open forums and has procedures which enable members and staff to actively participate in decision making, generally by consensus, regarding governance, policy making, and the future direction and development of the Clubhouse.

International Center for Clubhouse Development

425 West 47th Street
 New York, New York 10036
 USA
 Telephone: 212 582 0343
 Fax: 212 397 1649
 Web: www.iccd.org

October, 1989 ©
 Revised as of October, 2010

Fra nettsiden: http://www.iccd.org/images/revised%202010_iccd_intl_standards.pdf. Lest 19.10.2010.

