



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for Folkehelsefag

Lill-Ann Nathalie Bomann & Ane Dyring Iversen

Fontenehuset - en recoverynærende omgivelse

– Et kvalitativt studie basert på medlemmers erfaringer ved et Fontenehus

4PM790 Masteroppgave i psykisk helsearbeid 2015

Antall ord: 21 801

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

Forord

Først og fremst ønsker vi å sende en varm hilsen og takk til medlemmene ved Fontenehusene som har deltatt i denne studien. Takk for at dere delte deres historier og erfaringer, det har vært med på å berike denne prosessen. Vi vil også takke Fontenehusene for deres åpenhet og imøtekommenhet. Uten Fontenehusene ville denne oppgaven ikke vært mulig å gjennomføre.

Prosesen i arbeidet med dette studiet har vært givende, lærerikt og utviklende. Vi har likevel kjent på perioder med frustrasjon og arbeidet har tatt tid. Mindre vanlig er det kanskje å takke hverandre, men vi ønsker å benytte muligheten. Uten hverandre, og det unike samarbeidet preget av faglighet, humor og diskusjoner, ville vi ikke sittet igjen med den samme positive erfaringen.

Vi vil også rette en stor takk til vår veileder Arild Granerud. Gjennom veiledningssamtaler og gode diskusjoner har han gitt oss faglig innspill og konstruktive tilbakemeldinger. Hans rolle som veileder og studieansvarlig har bidratt til faglig vekst og et innholdsrikt år.

Til sist vil vi takke våre samboere, som har vist enorm tålmodighet, støtte og kommet med motiverende feed-back. Ikke minst har dere akseptert at vi har vært mer sammen med hverandre enn med dere det siste året.

Oslo, august 2015

Sammendrag

Hensikten med dette studiet er å få fordypet kunnskap om medlemmers erfaringer og opplevelser av å være medlemmer ved et Fontenehus. Vi ønsker også å belyse hvilke faktorer medlemmer ser som viktig for å fremme god psykisk helse. Studiet er basert på følgende problemstilling: Hvilke erfaringer har medlemmer av sin tid på Fontenehuset, og hva er deres opplevelser av hva som kan bidra til bedringsprosesser og økt livskvalitet?

Det er benyttet en kvalitativ metode i studiet hvor brukerstemmen og medlemmers erfaringer er grunnlaget for resultatet i studiet. Gjennom tre fokusgruppeintervjuer på tre ulike Fontenehus, to i Norge og ett i Sverige, har 18 aktive medlemmer delt sine erfaringer. Funnene er sammenliknet på tvers av landegrensene, og datamaterialet er innhentet fra to større byer og en mindre by. Datamaterialet er analysert ut fra Malteruds systematiske tekstkondensering (Malterud, 2011). Studiet har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming, for å oppnå en dypere forståelse og beskrivelse av medlemmers opplevelser og erfaringer av Fontenehuset som fenomen.

Fontenehuset er et lavterskeltilbud for mennesker med en psykisk helseutfordring der verdier som likeverd og respekt står sterkt. Medlemskapet er frivillig og tidsbegrenset. Fontenehusets grunntanke baserer seg på at alle mennesker har ressurser som kan utvikles til nytte for dem selv og andre, forutsatt at det finnes en setting der det er mulig (Fontenehus Norge, 2015). Funnene er presentert i hovedtemaet «Recoverynærende omgivelse» og inneholder fem kategorier.

Resultatene viser betydningen av medlemskapet på veien mot bedring. I denne prosessen beskrives også det unike miljøet på Fontenehuset. Resultatene i studiet viser at Fontenehusets tankegang og modell kan sees i nær sammenheng med recovery-perspektivet. Studiet viser at medlemmer opplever Fontenehuset som unikt og medlemskapet har ført til vekst, bedringsprosesser og økt livskvalitet for medlemmene som deltok i studien. Den arbeidsorienterte dagen er et av mange virkemidler på Fontenehuset som skaper håp og fremmer mestring hos medlemmene i en bedringsprosess. Miljøet påvirker personen i bedringsprosessen og gjennom fellesskapet og meningsfulle arbeidsoppgaver, fungerer omgivelsene som en bedringsfaktor. Resultatene i dette studiet viser til en vekselvirkning mellom personen og miljøet som er avgjørende i bedringsprosessen.

Summary

The purpose of this study is to achieve a deeper knowledge about how members of a Fountain House experience the membership. We also want to elucidate what factors the members see as important to promote good mental health. The study is based on the following research question: What do members experience from their time at the Fountain House, and their thoughts about what can help enhance the recovery process and improve their quality of life?

The study drew on a qualitative method, where the outcome is based on the experiences of the members, told with their own voice. Through three focusgroup interviews at three different Fountain Houses, two in Norway and one in Sweden, 18 active members have shared their experiences. The findings are compared across national borders, and data obtained from two larger cities and one smaller. Data from the members were analyzed using «Malteruds systematic text condensation» (Malterud, 2011). This study has a hermeneutic-phenomenological approach to achieve a deeper understanding and description of how the members experience the Fountain House phenomenon.

The Fountain House is an easy access clubhouse for people with mental health issues. Values such as equality and respect are strong and the membership is voluntary and life long. The ideology of the Fountain House is based on the belief of all people having resources that can be developed for the benefit of themselves and others, provided there is a setting when possible (Fontenehus Norge, 2015). The findings are presented in the main topic «A nourishing environment for recovery» and contains five categories.

The results show the importance of the membership in the recovery process. The unique environment of the Fountain House is also described. The results of the study show that the Fountain House mindset and model, can be seen in close connection with the recovery perspective. The study shows that members are experiencing the Fountain House as unique. For the members participating in this study, the membership has led to mental prosperity, recovery processes and improved quality of life. The «work-ordered day» is one of many instruments at the Fountain House that creates hope and promotes coping skills for the members in the recovery process. The environment affects the person in the recovery process and through community and meaningful work tasks, the environment can be seen as an important factor to improve recovery. The results of this study show an interaction between the person and the environment, that is essential in the recovery process.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag	3
Summary	4
1. Innledning	7
1.1 Fontenehusets ideologi og modell.....	8
1.2 Hensikt og problemstilling.....	11
2. Psykisk helsearbeid og ulike sykdomsforståelser	12
2.1 Helse og psykisk helse	12
2.2 Helsefremmende psykisk helsearbeid og lokalsamfunnet	13
2.3 Humanistisk eksistensialistisk perspektiv	15
3. Recovery som begrep og perspektiv	16
3.1 Recovery som sosial prosess	17
3.2 Recovery som en personlig prosess.....	19
4. Faktorer for økt livskvalitet	21
5. Metode	23
5.1 Utvalg og rekruttering av informanter	24
5.2 Fokusgruppeintervju som en kvalitativ forskningsmetode	25
5.3 Systematisk tekstkondensering.....	26
5.4 Ethiske refleksjoner	27
5.5 Metoderefleksjon.....	28
6. Presentasjon av funn	31
6.1 Fontenehuset - Et frivillig fellesskap	33
6.2 Fokus på det friske	36
6.3 Fontenehuset som medisin	38
6.4 Hverdagsmestring og vekst	41
6.5 Fontenehusmodellens begrensninger	44
7. Diskusjon.....	47
7.1 Verdien av erfaringer i flere ledd	47
7.2 Fontenehusmodellen sett i et recovery-perspektiv	51
7.3 Medlemskapets betydning på veien mot et bedre liv.....	55
7.4 Et møte med verdighet.....	59

8. Konklusjon og oppsummering	62
Litteraturliste.....	64

Vedlegg:

1. Godkjenning NSD
2. Informasjonsskriv til ledelsen ved Fontenehus
3. Informasjonsskriv til medlemmer og samtykke til deltakelse i studien
4. Intervjuguide
5. Internasjonale retningslinjer for klubbhusprogram

1. Innledning

«Det einaste me kan gjera er å skapa rimelege vilkår for liv.

Livet sjøl må kvar for sin part skapa.»

Arne Garborg, 1925

Som psykisk helsearbeidere kan vi ut fra våre erfaringer synse og mene hva som skaper og fremmer god helse. Gjennom utdanningen har vi lest mye forskning innenfor helsefag og vi mener begge at den forskningen som gjøres der brukerstemmen kommer frem er en svært viktig del av utviklingen på feltet. Derfor ønsker vi å benytte masteroppgaven til å undersøke hva medlemmene ved et Fontenehus mener kan fremme god psykisk helse. Det vil også være en lærerik og nyttig erfaring som kan bidra til å påvirke vårt arbeid innen psykisk helsearbeid. Fontenehusets opprinnelse er basert på personer med egenerfaring fra psykiatrien, som hadde behov for et sted å møtes (Doyle, Lanoil & Dudek 2013). Fontenehusets tankegang baserer seg på at mennesker med psykiske helseutfordringer skal få mulighet til å ta kontroll over eget liv. Etableringen av det første Fontenehuset i New York, var et motsvar til den tradisjonelle medisinske modellen. Allerede i 1948 så de nytten av å fokusere på enkeltmenneskets ressurser fremfor begrensninger (Garbo, Ericson, Nordhøy & Bergseng, 2012). Tilbudet baserer seg på frivillighet og er fremdeles rettet til personer med psykiske helseutfordringer. Husene skal være lett tilgjengelig og åpne for de som har behov for det. Det finnes Fontenehus på alle kontinenter, og det er i dag nærmere 350 Fontenehus på verdensbasis, 8 av dem finnes i Norge (Fontenehus Norge, 2015).

Grunnlaget for å utvikle gode tjenestetilbud i psykisk helsearbeid skal baseres på brukerens behov. Brukernes erfaringskunnskap er derfor av stor betydning for å tilpasse tjenestene. Regjeringen viser gjennom budsjettet for 2014-2015, en målsetning om å styrke pasienters stemme i utviklingen av tjenestetilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Videre understreker Regjeringen den 7. mai 2015, at nærhet og helhet sentreres rundt pasientens behov i helse- og omsorgstjenester med et sterkt fokus på å styrke psykisk helsearbeid i kommunen. «Ingen beslutning om meg tas uten meg» viser føringer på at brukerens stemme taler og teller, og skal vise vei for hvordan tjenestetilbudet skal styres av dem som har behovet

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I den nye Folkehelsemeldingen tidligere i år – «Mestring og muligheter», ble psykisk helse og fysisk helse likestilt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I forordene til Folkehelsemeldingen skriver Mathiesen (2015) om åpenhet, normalisering, forebygging, livsfaser og medvirkning. Disse ordene vektlegges i veien mot et åpent samfunn, der psykisk helse skal være et satsingsområde og likestilles med fysisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

I etterkant av vår praksisperiode på et av Fontenehusene ble vi inspirert til å skrive fordypningsoppgaven: «Veien til hverdagsmestring og vekst». Denne oppgaven var basert på litteratur og egne erfaringer fra praksisperioden ved Fontenehuset. Oppgaven vekket stor interesse hos oss begge, noe som førte til at masteroppgaven bygger videre på å utforske brukerstemmen, med Fontenehusets medlemmer som informanter. Med ulik faglig bakgrunn og nå med en felles retning som psykisk helsearbeidere, jobber vi godt sammen og utfyller hverandre, noe som i tidligere prosjekter har gitt oss engasjement, drivkraft og et faglig spenn.

1.1 Fontenehusets ideologi og modell

Fontenehuset er et klubbhus basert på en internasjonal modell for rehabilitering av mennesker med psykiske helseutfordringer (Garbo et al., 2012). Klubbhuset drives av medlemmer og medarbeidere (ansatte), og er organisert slik at den daglige driften er avhengig av medlemmene. Fontenehuset ble etablert på Manhattan, New York i 1948, av personer med erfaring fra psykiatrien som hadde behov for et møtested (Doyle et al., 2013). Noen få ivrige ildsjeler bevilget penger til etableringen og lokalet, i bakgården var det en fontene som ble opprinnelsen til dagens navn Fountain House. De første personene på Fountain House var med og etablere noe helt unikt da de gikk fra sine roller som pasienter, og over til å være aktive deltakere på et medlemsstyrt klubbhus. I 1955 introduserte Fontenehusets første direktør, John Beard, den arbeidsorienterte dagen på Fontenehuset. Han utarbeidet et program som skulle sikre at medlemmer og medarbeidere måtte arbeide side om side for å drifte klubbhuset. Hans tanke var at denne arbeidsorienterte rehabiliteringsmodellen skulle bidra til et daglig aktivitetstilbud som igjen skulle føre til bedringsprosesser for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Doyle et al., 2013).

De tre Fontenehusene vi har gjennomført vårt studie på er alle akkrediterte gjennom den internasjonale klubbhusmodellen «Clubhouse International» (Clubhouse International, 2015). Dette er et sertifiseringsprogram som skal sikre at alle Fontenehus driftes likt ut fra de samme retningslinjene. Alle sertifiserte hus driftes etter 36 retningslinjer som utarbeides og revideres av det internasjonale klubbhusfellesskapet (vedlegg 5). Det finnes likevel noen ulikheter ut fra hvilket land Fontenehuset er lokalisert og ut fra internasjonale forskjeller, som ulike velferdsordninger. Retningslinjene er ment for å tydeliggjøre klubbhusets tilbud om å sikre medlemmers muligheter til å nå mål om jobb, utdanning og forbedre sosiale og økonomiske behov (Doyle et al., 2013). De 36 retningslinjene er inndelt i åtte hovedkategorier: Medlemskap, relasjoner, lokaler, den arbeidsorienterte dagen, arbeid, utdanning, klubbhusets funksjoner og til sist finansiering, ledelse og administrasjon. Grunnideen til et Fontenehus er at alle menneskers identitet er avhengig av et meningsfylt arbeid. Alle mennesker har ressurser som kan utvikles til nytte for dem selv og andre, forutsatt at det finnes en setting der dette er mulig (Fontenehus Norge, 2015). Medlemskapet på Fontenehuset er åpent for alle som har eller har hatt en psykisk sykdom. Det er frivillig om man ønsker å informere om sin helsetilstand og det er medlemmet selv som definerer sin helse. Medlemskapet er frivillig og tidsubegrenset, medlemmene velger hvordan de vil benytte seg av huset innenfor husets åpningstider. Huset er åpent hver ukedag fra kl 08.00-16.00, og tilbyr medlemmer å delta på et eget fritidsprogram utenom husets åpningstider. Fontenehuset er et lavterskeltilbud, og det kreves ingen henvisning fra fastlege, NAV eller lignende. Klubbhusmodellen baserer seg på verdier og prinsipper som respekt, håp, likeverd og åpenhet. Klubbhuset skal fremme bedring og fokusere på styrker og muligheter hos medlemmene, og ikke på sykdom (Fontenehus Norge, 2015).

Flere internasjonale studier utført ved Fontenehus, viser til at Fontenehusene bidrar med et miljø som fremmer følelsen av fellesskap, tilhørighet, sosial støtte og sosial interaksjon, studiene viser til at dette er viktige elementer i bedringsprosessen (Carolan, Onaga, Pernice-Duca & Jimenez, 2011; Pernice-Duca & Onaga, 2009). Studier ved Fontenehus internasjonalt tar frem noen kjernekomponenter i recovery-sammenheng, blant annet betydningen av arbeid gjennom den arbeidsorienterte dagen (Tanaka & Davidson, 2014). Betydningen av likeverd i relasjon og det sosiale fellesskapet går igjen som fremtredende. Resultater fra USA (Carolan et al., 2011) viste at medlemmene som deltok opplevde Fontenehuset som et møtested; det å møte personer i samme situasjon bidro til å igangsette bedringsprosesser og etablere et sosialt nettverk. En studie utført av Coniglio, Hancock & Ellis (2012) viser viktigheten av likeverdige

støtte i relasjonen og hvordan likemannsarbeid og medlemstøtte er en recovery-faktor. Studien belyser betydningen av å møte andre i samme situasjon og oppleve likeverdige relasjoner. Samtidig vises det til en sårbarhet ved nære relasjoner og likemannsarbeid da det innebærer å dele mye av seg selv og sine personlige erfaringer (Coniglio et al., 2012). Likemannsarbeid har gjennom flere studier vist å ha en positiv effekt på bedringsprosesser for personer med psykiske lidelser (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). En annen studie konkluderer med at jobbfellesskapet bidro medlemmer til å fremme kontinuitet i hverdagslivet. Studien belyser i tillegg at medlemmer og medarbeidere ser forskjellig på sine roller (Herman, Onaga, Pernice-Duca, Oh & Ferguson, 2005). McKay & Pelletier (2007) viser at det er et behov for å utvikle helsefremmende tilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser. Undersøkelsen baserer seg på medlemmer som var tilknyttet forskjellige Fontenehus. Resultatet viser at medlemmer opplever at deres Fontenehus bidrar til forebyggende tilbud for medlemmene, blant annet gjennom aktiviteter og arbeidsoppgaver. En svensk studie (Norman, 2006) viser til virksomme faktorer i fontenehusmodellen. Meningsfulle relasjoner utvikles gjennom meningsfulle arbeidsoppgaver i et støttende miljø. Norman (2006) konkluderer samtidig med at for å muliggjøre denne prosessen må medlemmene internalisere Fontenehusets ideologi, som blant annet innebærer frivillighet og at medlemmer ser hverandres ressurser, ikke deres utfordringer. Den arbeidsorienterte dagen fungerer som virkemiddel for medlemmer og medarbeidere til å jobbe aktivt med relasjons-skapning (Norman, 2006). Samtidig var det noen medlemmer som erfarte at medlemskapet til tider kunne være krevende sosialt, noe som førte til tilbaketrekning fra huset i perioder (Norman, 2006).

Fontenehus-forskning i Norge finnes det lite av. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA, har på oppdrag fra helsedirektoratet, hatt en gjennomgang av de åtte Fontenehusene i Norge (Mo, Hatling & Heggen, 2012). Hensikten var å kartlegge fontenehusmodellen i Norge og belyse om modellen støtter arbeidsrettede mål for medlemmene og se nærmere på mulige tilskuddsordninger. Rapporten viser at medlemmer scorer høyt på det å være deltakende i et fellesskap. Medlemmene har høy grad av tilfredshet ved å være medlem på Fontenehuset. Vidme (2010) intervjuet i sin masteroppgave medlemmer og ansatte ved Fontenehuset i Bergen. Hennes konklusjoner var at Fontenehusets rehabiliteringspraksis opplevdes som positivt av både medlemmer og medarbeidere.

I forberedelsesfasen til arbeidet med dette studiet undersøkte vi hva som var utført av tidligere forskning på brukerstyrte sentre i Norge, for å sammenlikne forskning utført på Fontenehus. Studiet «Brukermedvirkning og bedringsprosesser satt i system – mål og verdier ved Sagatun

Brukerstyrt senter» presenterer verdigrunnlaget og målsetninger ved senteret (Granlien & Granerud, 2011). Undersøkelsen viser at brukerne ved Sagatun Brukerstyrt senter finner veien tilbake til arbeid og utdanning. Resultatene viser til at verdiene og holdningene ved Sagatun har en positiv effekt på den enkeltes vei til å mestre livet og igangsette bedringsprosesser. Verdier på senteret, som det å bli møtt med respekt og likeverd, var viktige for brukerne til å muliggjøre bedringsprosessen (Granlien & Granerud, 2011). Brukerne ved Huset i Larvik, erfarer at huset gir dem en følelse av en meningsfull tilværelse. Gjennom å bruke huset opplever de fellesskap, tilhørighet, egenverdi, ansvarliggjøring og motivasjon (Andvig & Ansteensen, 2004).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studiet er å få fordypet kunnskap om medlemmers erfaringer og opplevelser av å være medlemmer ved et Fontenehus. Vi ønsker også å belyse hvilke faktorer medlemmer ser som viktige for å fremme god psykisk helse. Vi tar utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har medlemmer av sin tid på Fontenehuset, og hva er deres opplevelser av hva som kan bidra til bedringsprosesser og økt livskvalitet?

2. Psykisk helsearbeid og ulike sykdomsforståelser

I dette avsnittet inn under teoretisk rammeverk, ønsker vi å redegjøre for psykisk helse som begrep og snevre psykisk helsearbeid inn til arbeidet som utføres i lokalsamfunnet. Avslutningsvis vil vi presentere ulike sykdomsforståelser, og hvordan vi som psykisk helsearbeidere kan møte brukergruppen for å fremme god psykisk helse.

2.1 Helse og psykisk helse

I dagligtalen snakker vi om god og dårlig helse, og dette kan variere gjennom livets ulike faser. Helse er noe som oppleves ulikt fra person til person (Hummelvoll, 2012). WHO's definisjon av helse sier følgende; «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (World Health Organization, 2015). I boken Helt – ikke stykkevis og delt, viser Hummelvoll (2012) til en utdypende forståelse av helsebegrepet. Hvis god helse er ensbetydende med fullstendig velvære og fravær av sykdom, kan det virke som et uoppnåelig mål å oppnå god helse. Slik WHO's definisjon lyder, kan helsebegrepet fremstå som statisk og som en tilstand. Vi velger å forstå helse ut fra Hummelvolls (2012) forståelse av begrepet. Han tar med aspektet rundt den eksistensielle og åndelige dimensjonen som gir definisjonen et mer forståelig og overkommelig innhold. Helsebegrepet blir her sett som en prosess der man beveger seg og endrer seg gjennom livet i interaksjon og samspill med personen og sine omgivelser. Det er personens subjektive opplevelse av sin helse som kan variere, og den kan endres ut fra personens livssituasjon, sosiale forhold og miljø (Hummelvoll, 2012).

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007 – 2012) viser til psykisk helse som evnen til å mestre tanker, følelser og sosiale relasjoner for å kunne fungere i hverdagen. Psykiske problemer blir beskrevet som normale reaksjoner på vanskelige livshendelser. Psykiske lidelser blir forstått som en tilstand som kvalifiseres til å få en diagnose (Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2007-2012). Innenfor psykiatrien benytter man gjerne begreper som forstyrrelser eller lidelser ved alvorlige diagnoser. En psykisk lidelse innebærer ikke bare en personlig erfaring, men må sees i sosial og kulturell sammenheng (Norvoll, 2013). Sykdomsbegrepet har i psykiatrien vært problematisert, og det er ulike grunner til at man forsøker å unngå sykdomsbegrepet innenfor det psykisk helsefeltet, slik som av samfunnsmessige grunner, da det kan føre til stigmatisering (Lorem, 2014).

For å få en forståelse av sykdomsbegrepet og lidelsesaspektet kan vi skille mellom en persons opplevelse av sykdom og sykdomstilstand. Personer kan være i en sykdomstilstand uten at de kjenner en sykdomsopplevelse. Motsatt kan en person oppleve sykdom uten å ha en sykdomstilstand (Eriksson, Granerud & Hummelvoll, 2014). Rapporten masterutdanning i psykisk helsearbeid – et studentperspektiv, viser til at lidelsesaspektet kan forstås ut fra fire forskjellige lidelser: Sykdomslidelse, eksistensiell lidelse, omsorgs- og behandlingslidelse og sosial lidelse. Den enkelte kan likevel oppleve de forskjellige aspektene samtidig. Som psykisk helsearbeider og for å kunne bistå i bedringsprosesser, er det viktig å ha en forståelse av de fire grunnleggende aspektene. Sykdomslidelse sees i sammenheng med personens opplevelse av sykdommen og konsekvensene for personens livssituasjon. Sykdommen vil her forklares ut fra diagnose og behandlingsperspektivet (Eriksson et al., 2014). Har en person en eksistensiell lidelse mangler personen opplevelse av mål og mening med livet. Opplevelsen av en eksistensiell lidelse er at personen ser seg selv med et innenfra-perspektiv og mangler evnen til å forstå seg selv i relasjon til verden utenfor. Omsorgs- og behandlingslidelsen forstås i sammenheng der pasienten har vært i kontakt med behandlingsapparatet, og personen har følelsen av å miste sin autonomi og kontroll. Relasjonen kan oppleves som uverdigg og krenkende. Personen kan ha blitt utsatt for behandling utover personens eget ønske, som tvang og medisinerer som har ført til ubehagelige bivirkninger (Eriksson et al., 2014). Sosial lidelse kan relateres til opplevelsen av eksistensiell lidelse, og kan oppstå om man føler mangel på samfunnsdeltakelse og sosiale relasjoner. Grunnet sin lidelse har man blitt fratatt tilgang på meningsfulle aktiviteter som for eksempel arbeid (Eriksson et al., 2014).

2.2 Helsefremmende psykisk helsearbeid og lokalsamfunnet

I vår utdanning som psykisk helsearbeidere er helsefremmende psykisk helsearbeid en viktig del av faget. Studieretningen baserer seg på følgende definisjon for psykisk helsefremmende arbeid:

Psykisk helsefremmende arbeid sikter mot å sette folk i stand til å makte livshendelser, både de forutsigbare og de uforutsigbare, gjennom å øke selvaktelse og opplevelse av velvære. Det innebærer å arbeide direkte med individer, grupper og lokalsamfunn, og søke å influere på de sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer som kan ha betydning for psykisk helse. (Eriksson et al., 2014, s. 14)

Vi som personer blir påvirket av hvordan samfunnet forstår begrepene psykisk helse og psykiske lidelser. Hvordan man skal håndtere og imøtekomme utfordringer som oppstår hos den enkelte som opplever en psykisk helseutfordring er også samfunnsstyrt, da

behandlingsapparatet må tilpasse seg og legge til rette for å imøtekomme behovet (Norvoll, 2013). I psykisk helsearbeid skal derfor brukerens behov styre tjenestetilbudet (Eriksson et al., 2014). «Sammen om mestring», en veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, er et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014). Et av hovedpunktene er at brukeren skal være viktigste aktør for utforming av tjenestetilbudet. Helsedirektoratet vektlegger at tjenestene skal organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv. Videre vektlegges at blant annet recovery-perspektivet bør prege tjenesteutformingen (Helsedirektoratet, 2014). Grunnlaget for å utvikle gode tjenestetilbud i psykisk helsearbeid skal baseres på brukerens behov. Brukernes erfaringskunnskap er derfor av stor betydning for å tilpasse tjenestene. Som allerede nevnt innledningsvis, viser regjeringen til at de i budsjettet for 2014-2015 har en målsetning om å styrke pasienters stemme i utviklingen av tjenestetilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Videre vil vi knytte relevante satsingsområder og politiske føringer opp mot psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet, da Fontenehus er et lavterskeltilbud på lokalt nivå. I helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er kommunen forpliktet til å tilby og etablere faglige forsvarlige rehabiliteringstjenester for mennesker med psykiske helseproblemer. I statsbudsjettet 2015 fra Helse- og omsorgskomiteen, står det følgende: Komiteen mener at Fontenehusene er et viktig lavterskeltilbud og en utviklingsarena som utfyller det offentlige tilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Som vist til tidligere, er Fontenehuset et lavterskeltilbud som ikke stiller krav til henvendelser og ikke ventelister. Fontenehusene skal i følge retningslinjene være lokalisert på en slik måte at de er lett tilgjengelig, og at de vektlegger samarbeid med lokalsamfunnet (Garbo et al., 2012).

Som psykisk helsearbeider utdanner man seg for å fremme god psykisk helse for den enkelte. Vi viser over til ulike definisjoner og begrepsavklaringer samt politiske føringer. Dette er virksomme hjelpemidler å ha med seg i alt arbeid. Definisjoner, politiske føringer og tiltak sier oss imidlertid lite om hvordan man skal møte den enkelte. Hva som er god helse for den enkelte kan variere, og det er vår oppgave som psykisk helsearbeidere og legge til rette for at deres ønsker og behov blir ivaretatt. Videre tar vi med et avsnitt om hvordan psykisk helsearbeider kan jobbe i en retning som er med på å fremme god helsehjelp.

2.3 Humanistisk eksistensialistisk perspektiv

Vi ønsker i denne oppgaven at brukerstemmen skal komme frem. Den eksistensielle tilnærmingen fokuserer på personens egen opplevelse og forutsetter at psykisk helsearbeider har en evne til å sette seg inn i den andres livsverden for at personen selv kan åpne opp og lede seg selv på sin videre livsvei (Hummelvoll, 2012). Videre nevner Hummelvoll (2012) flere viktige elementer i samarbeidsprosessen, blant annet likeverd, åpenhet, ansvar og valg, mål, mening og håp. I eksistensialistisk tilnærming og i relasjon pasient-terapeut, legges det mindre vekt på sykdom, og likeverd står sterkt. Pasientens ressurser og vekstmuligheter vektlegges (Hummelvoll, 2012). Vi ønsker å få en dypere forståelse av hvordan vi som psykisk helsearbeidere kan stå bedre rustet i møte med ulike mennesker, alle med sin unike historie, livserfaring og forutsetning for endring. Dersom man i en hjelper-rolle har et humanistisk menneskesyn, ønsker man å etterstrebe at mottaker av tjenesten selv får være medvirkende sin egen behandlingsprosess. Det humanistiske menneskesynet tar utgangspunkt i en grunnleggende tankegang om at alle mennesker er likeverdige, autonome og medansvarlige (Barbosa da Silva, 2006). Måten vi møter mennesker på er gjenspeilet av vårt menneskesyn, som igjen påvirkes av blant annet våre holdninger, erfaringer og faglige ståsted. Recovery-begrepet i psykisk helsearbeid, baserer seg på humane og sosiale perspektiver, og er ment som et supplement til den tradisjonelle psykiatri-tradisjonen i feltet (Borg & Karlsson, 2013). Sanna og Granerud (2009) viser i sitt studie til effekten av at personalet ved en institusjon møter sine pasienter ut i fra et humanistisk menneskesyn. Verdier som respekt, frihet og glede er avgjørende for å bidra til at personen opplever å få kontroll over eget liv. Det vises også til behovet for tilgangen på tid, og at personalet kan vise fleksibilitet og imøtekomme individuelle behov (Sanna & Granerud, 2009). Dette er sammenfallende med mye av grunntankene innenfor recovery-perspektivet.

3. Recovery som begrep og perspektiv

Begrepet recovery kan føres tilbake til 1970-årene og har i senere tid utviklet seg til å bli en kombinasjon av recovery som et resultat og recovery som en prosess (Eplov, Korsbek, Petersen & Olander, 2010). Noe av den nyere nordiske forskningen som har blitt publisert innenfor recovery og psykisk helse, viser til en grundig prosess for å sammenstille all litteratur og forskning på området. Dette er NAPHA-rapporten, «Recoveryorienterte praksiser» utarbeidet av Borg, Karlsson & Stenhammer (2013). NAPHA-rapporten viser til at det stilles stadig større krav til helseforetak om å vise resultater og dokumentere prosesser som gir bedring. Flere av de politiske dokumentene vi viser til, bruker ikke begrepet recovery, men inneholder flere av verdiene som er essensielt i recovery-tankegangen.

Recovery-forskning viser til at det å ha et vanlig arbeid, som samsvarer med ønsker og forutsetninger, kan være helsefremmende og føre til bedring av psykisk helse (Schafft, 2013). Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse, viser til flere tiltak for å oppnå målet om et inkluderende arbeidsliv, deriblant Fontenehus (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Forskning utført ved Fontenehus internasjonalt, tar frem noen kjernekomponenter i recovery sammenheng, slik som betydningen av arbeid og meningsfull aktivitet. En studie utført av Tanaka & Davidson (2014) viser til at klubbhusmedlemmer erfarer at den arbeidsorienterte dagen er meningsfull fordi det hjelper dem til å gjenoppbygge et liv, utvikle seg selv som yrkesperson og utvikle yrkesfaglige ferdigheter.

Recovery kan oversettes med tilfriskning eller bedringsprosesser (Borg et al., 2013). Videre understrekes det i NAPHA-rapporten (2013) at recovery ikke er et nytt begrep eller perspektiv innenfor psykisk helsefeltet og som begrep kan det brukes på ulike måter. Ser vi på Fontenehusets historie og opprinnelse, ble Fountain House stiftet da utskrevne pasienter i psykisk helsevern ikke hadde et tilbud om ettervern. Mennesker med egen erfaring fra psykiatri ønsket et sted de kunne samles (Hänninen, 2012). Dette er viktig stikkord innenfor recovery-tankegangen da kunnskap om recovery har sitt utspring i menneskers egne erfaringer med psykiske helseutfordringer og om hva som hjelper og hva som er viktig i deres livsprosesser (Borg & Karlsson, 2013).

Borg og Karlsson (2013) beskriver recovery slik:

Recovery handler om å jakte på ressurser i seg selv, alene eller sammen med andre. Det handler om å bygge på håp og tro om et bedre liv og finne frem til omgivelser som gir næring til og styrker den psykiske helsen og troen på en meningsfull fremtid. (s. 65)

Forfatterne påpeker videre i sin forskning, recovery's tresidige prosesser: Recovery som personlig prosess, sosial prosess og klinisk prosess. I amerikansk tradisjon, der individet står sterkt, har den personlige prosessen rundt recovery vært fremtredende. Senere, i skandinavisk forskning, har dette vært problematisert, der de ser at det sosiale hverdagsperspektivet og at mennesket står i et sosialt samspill med sine omgivelser er vel så viktig for å oppnå bedringsprosesser (Borg & Karlsson, 2013). Det er personen i samspill med sine omgivelser vi vil belyse nærmere gjennom vår studie. Helen Glover innførte begrepet «recoverynærende omgivelser» (Borg et al., 2013). Hun understreker viktigheten av at psykisk helsearbeidere sammen med brukerne av tjenestene, kan tilrettelegge for omgivelser som gir næring til vekst, til det å tørre og ta sjanser, og mulighet til å komme i kontakt med sine ressurser (Borg et al., 2013). Den kliniske recovery-prosessen omhandler resultater og mål, vi vil ikke komme nærmere inn på denne prosessen av recovery i denne studien (Borg & Karlsson, 2013).

3.1 Recovery som sosial prosess

Det å forstå recovery som en sosial prosess innebærer å inkludere aktiviteter i personens hverdagsliv og lokalmiljø. Arenaer som har betydning for recovery-prosessen er blant annet arbeid og aktivitet, lokalmiljøet, venner og familie (Borg et al., 2013). Skal man tilrettelegge for recovery som en sosial prosess, betinger det at miljøet og de sosiale omgivelsene fremmer recovery, som igjen kan føre til en personlig bedringsprosess. Tew et al. (2012) viser til forskning der de sosiale omgivelsene også kan være til hinder for en positiv utvikling. For å igangsette en recoveryprosess gjennom sosiale miljøer i lokalsamfunnet, forutsetter det et miljø preget av åpenhet og antidiskriminering. Granerud og Severinsson (2006) viser til hvordan et sosialt nettverk kan være av betydning for bedre å håndtere utfordringer det bringer med seg å ha en psykisk helseutfordring. Opplevelsen av å være en del av et sosialt fellesskap styrker enkeltmenneskers evne til å mestre hverdagen.

I recovery-tankegangen er kjerneverdier som å bli møtt med verdighet av stor betydning for bedringsprosessen. Det å bli utsatt for stigmatisering kan bidra til opprettholdelse av isolasjon og lav selvtillit (Hummelvoll, 2012). Sen (2000) har beskrevet hvordan skam blir et resultat når man ikke blir møtt med verdighet. Senere forskning problematiserer dette videre, og beskriver psykiske lidelser som en «usynlig funksjonshemming». Norvoll (2013) har sammenfattet fire nyere studier som viser at stigmatisering kan føre til begrensede muligheter til samfunnsdeltakelse og skade det sosiale nettverket. Det kan bidra til å gjøre det mer

utfordrende for mennesker med psykiske helseutfordringer, slik at deres muligheter til å igangsette bedringsprosesser begrenses, og det blir en økende fare for tilbakefall (Norvoll, 2013). Samfunnets syn på sykdom endrer seg over tid, og hva som er sosialt akseptert påvirker graden av åpenhet rundt sykdommer (Norvoll, 2013). Psykiske helseutfordringer har vært mer utsatt for stigmatisering enn somatisk sykdom, da det har vært mindre sosial aksept rundt psykisk sykdom. Mange holder sin psykiske lidelse skjult, da det enda ikke er like akseptert som en somatisk lidelse. På bakgrunn av dette er det viktig at personer med psykiske lidelser er delaktige i sosiale miljøer som anerkjenner og ivaretar deres ressurser (Norvoll, 2013).

I psykisk helsearbeid er det viktig å gi næring til håp og bedring ved å fremme en atmosfære som muliggjør at personen selv kan ta skrittet mot å gjøre de nødvendige endringer for å oppnå hverdagsmestring (Hummelvoll, 2012). Pernille Jensen (2006) skriver i sin bok «En helt annen hjelp» at et vesentlig element i recovery-perspektivet, er å åpne opp for en ny tankegang som innebærer å se bort fra at psykisk sykdom er kronisk. Recovery-perspektivet skal bidra til å gjenopprette håpet som mange har mistet troen på, både for pasienten selv, behandlingsapparatet og pårørende (Jensen, 2006). Recovery-prosesser i psykisk helsearbeid er virkningsfulle i håpefulle omgivelser (Borg & Topor, 2014). Recovery-forskning viser at arbeidssituasjoner som oppleves som meningsfulle, hvor man blir verdsatt og deltar i et fellesskap, er helsefremmende (Schafft, 2009). I en bedringsprosess, er håp og motivasjon viktige elementer for drivkraft til endring. Begrepet motivasjon brukes om det som setter i gang en handling (Normann, Sandvin & Thommesen, 2008). Videre sier Normann et al. (2008) at mennesker i en sårbar situasjon, med gjentatte erfaringer av tap og nederlag, kan oppleve at motivasjonen er svekket. En setting der man selv kan ta styring over egne valg kan fremme motivasjon (Normann et al., 2008).

Et lavterskeltilbud bærer ofte preg av brukerstyring; det skal være enkel tilgang og fleksibelt tjenestetilbud (Norvoll, 2013). Det finnes retningslinjer der tilgjengelighet og lokalisering er avgjørende for valg av plassering for et Fontenehus (Garbo et al., 2012). I følge Samhandlingsreformen er en politisk strategi for helsefremmende forebyggende arbeid innenfor psykisk helsefeltet, å opprettholde og videreutvikle lavterskeltilbud i lokalsamfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Et annet kjennetegn ved lavterskeltilbud, er åpne dører, ikke venteliste eller behov for henvisning (Norvoll, 2013). Recovery-orienterte miljøer vektlegger ulike sider av recovery (Borg et al., 2013). Enkelte steder fokuserer mest på personens indre prosess, andre steder tilrettelegger mest for strukturelle forhold, utenfor personens kontroll. Fra et sosialt perspektiv er recovery-prosessen avhengig av hvordan

samfunnet, tjenestetilbudet og lokalmiljøet kan tilrettelegge tjenestetilbudet for å imøtekomme og tilpasse seg behovet til personen i recovery-prosessen. Recovery kan slik sett sies å være en dynamisk prosess, der personen står i samspill med de sosiale omgivelsene i recovery-prosessen (Borg & Karlsson, 2013).

Eplov et al. (2010) viser til at det er mange verdier som kan forbindes til en recovery-orientert praksis. Særlig fire faktorer er sentrale: Fokus på individet, brukerinvolvering, selvbestemmelse og valg, og mulighet til vekst og håp. Recovery-orienterte praksiser skal fokusere på mulighet til endring. Dette kan innebære mulighet og motivasjon for å komme tilbake til jobb, studier og en meningsfull hverdag. I denne prosessen ligger en påminnelse om at håp krever tålmodighet. For å opprettholde håpet, kreves det at man viser tålmodighet og forståelse for at recovery kan være en prosess som tar tid. Det kan innebære perioder med tilbakefall og stillstand (Eplov et al., 2010). For å kunne kalle et tilbud en recovery-orientert praksis, må organisasjonen og kulturen gjennomgås. Dette gjelder blant annet verdier og holdninger hos personalet samt retningslinjer, organisering og aktiviteter slik at endringsprosessen kan la seg gjennomføre. På den måten kan de fire viktigste elementer, som nevnt ovenfor, implementeres i den daglige driften (Eplov et al., 2010). Vi har nå introdusert noen viktige aspekter som er fremtredende innenfor den sosiale prosessen. Vi velger i neste avsnitt å presentere noen av dem vi anser som virksomme recoveryfaktorer for at personen selv skal fremme sin endringsprosess.

3.2 Recovery som en personlig prosess

I likhet med amerikanske forskere har en skandinavisk forskningsgruppe tatt utgangspunkt i enkelt individers egen erfaring rundt tilfriskningsprosesser (Schafft, 2013). Topor (2001) pekte særlig på to sammenfallende faktorer for å oppleve bedring og tilfriskning. For det første at pasienten opplever innflytelse og deltakelse i egen rehabilitering, og for det andre, det å bryte ut av isolasjon og opprette personlige relasjoner med andre (Topor, 2001). Borg (2007) påpeker i sin doktoravhandling at prosessen rundt recovery ikke handler om å bli symptomfri, men at prosessen dreier seg om å mestre en meningsfull hverdag med de utfordringene man har. Forskning viser at alvorlige psykiske lidelser, ikke trenger å være et kronisk varemerke for personen. Mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser «kommer seg», uansett intervensjon (Borg & Karlsson, 2013). Spørsmålet er hva som skal til for den enkelte, for å fremme denne prosessen til bedring.

I utgangspunktet er diagnosesystemer ment for å gi personer med psykiske helseutfordringer rett og nødvendig helsehjelp for et godt resultat (Borg & Topor, 2014). Videre sier Borg og Topor (2014) at det kan være utfordrende å plassere personens liv og utfordringer i kategorier, spesielt da det ikke hensyntar personens meninger, livssituasjon og egne livserfaringer. Forskning utført av Davidson & Stayner (1997) viser hvordan man som fagperson kan tre inn i en rolle og bli påvirket av diagnose og tidligere erfaring. Dette kan medføre at diagnosen tar fokuset bort fra personen. Tew (2005) påpeker at viktigheten i recoverytenkning er å se bort fra hjelper-/mottakerrollen og ovenfra og ned-perspektivet. Det er ikke oss og dem, det er vi. Dette kan være utgangspunktet for å bygge gode relasjoner. Tew (2005) sier videre at ved å ta fokuset bort fra diagnoser kan det minske gapet mellom hjelper og mottaker. I recoveryssammenheng, er likemannsarbeid en viktig faktor (Borg & Karlsson, 2013). Med likemannsarbeid menes at mennesker med like erfaringer, kan støtte hverandre og har forutsetninger for å forstå hverandre. De kan igjen bruke sine felles erfaringer til å støtte hverandre i deres utfordringer (Normann et al., 2008). Gjennom et studie utført på Fontenehus, viser resultatene at likemannsarbeid er en virksom faktor i miljøet og bidrar til bedring for medlemmene. Studien viser ulike nivåer av likemannsarbeid, i arbeidssituasjonen, som erfaringsutveksling og som sosial støtte på og utenfor huset (Coniglio et al., 2012).

For å gå nærmere inn på recovery som begrep, har «Rethink», Storbritanias største nasjonale medlemsorganisasjon innen psykisk helse, utviklet 100 ideer til recoveryorientert arbeid: «Personlig recovery handler om å leve et tilfredsstillende liv med de begrensninger sykdommen gir» (Slade, 2009). Vedlog (2014) beskriver hvordan jobben gir identitet, mestringfølelse, sosial omgang, struktur, bevisstgjøring av ressurser og avkobling fra sykdom. Disse faktorene samt å bli verdsatt bidrar til bedre psykisk helse. Brukermiljøer vektlegger recovery som en personlig prosess og formidler innsatsen, kraften og tålmodigheten som kreves hos den enkelte som gjennomgår prosessen. Dette i kontrast til å se på recovery som resultat og måloppnåelse (Borg & Topor, 2014).

4. Faktorer for økt livskvalitet

På bakgrunn av vår hensikt og problemstilling har vi valgt å ha med et avsnitt om livskvalitet. I følgende avsnitt vil vi redegjøre for begrepet livskvalitet sett opp mot psykisk helse.

I boken Livskvalitet definerer de livskvalitet slik: «En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative» (Næss, 2011, s. 18). Slik livskvalitet er definert, viser Næss (2011) til at kognitive opplevelser ofte er målt som tilfredshet og affektive opplevelser målt som lykke. Det er mange elementer som spiller inn for å ha en opplevelse av god livskvalitet. Det oppleves også ulikt fra person til person. En persons psykiske velvære kan avhenge av personens opplevelse av positive følelser som glede, kjærlighet og engasjement, eller motsatt, avhenge av negative følelser som tretthet, ensomhet og angst. I løpet av de siste årene har det vært gjort mye forskning knyttet til «livskvalitet» som begrep, og ordet blir brukt på forskjellige måter og defineres på ulike måter i forskningen (Næss, 2011). Definisjonen ovenfor peker på at enkeltpersoners psykiske velvære og livskvalitet har med personens grad av opplevd positive følelser å gjøre. Innenfor psykisk helsearbeid rettes fokuset mer og mer inn på pasientenes positive følelser og opplevelser, ikke bare deres negative. Dersom man knytter begrepet opp mot helse, er det mange elementer i enkeltpersonens opplevelse av sin psykiske helse som kan påvirke livskvaliteten. Høy livskvalitet er likevel ikke det samme som god psykisk helse og motsatt. Forskning viser imidlertid at lav livskvalitet kan sees i sammenheng med faren for å utvikle psykiske plager og en persons opplevde positive følelser kan derfor fungere som en beskyttelsesfaktor mot å utvikle psykiske plager (Næss, 2011). God livskvalitet blir ofte sett i sammenheng med å ha et meningsfullt liv. Tiden og samfunnet vi lever i bærer preg av hvordan graden av livskvalitet kan måles på en skala med «lykke» i den ene enden og «lidelse» i den andre (Ramdal, 2013). I artikkelen «Tanker om lykke, livskvalitet og lidelse», stiller Ramdal (2013) seg spørsmålet: Dersom det å ha en lidelse blir sett på som noe meningsfullt, kan det da også bidra til økt livskvalitet? Hun problematiserer tanken på det perfekte og lykkelige samfunn, bestående av glade mennesker preget av konstant velvære, som overflattisk, i kontrast til det virkelige livet som faktisk byr på utfordringer og livsendringer. Ved å sette livskvalitetsbegrepet opp mot lidelsesaspektet; for å kunne kjenne på livets lykke må man også ha kjent på livets «skyggesider» (Ramdal, 2013). «Lykken trenger sorgen å speile seg i» (Ramdal, 2013 s. 271).

Young & Ensing (1999) har i en amerikansk studie beskrevet tre stadier av personens recovery-prosesser. Det første stadiet viser til aksept og ønske om forandring; om å finne håpet og motet til å arbeidet med bedringsprosessen. Det andre stadiet er å finne måter og strategier for å fungere i hverdagslivet. Her må personen ta ansvar og kontroll for å se etter arenaer for læring og utvikling. Det siste stadiet handler om det å føle velvære og trivsel, og beskrives som det å ha god livskvalitet (Young & Ensing, 1999).

Dette leder oss til et annet sentralt begrep innenfor psykisk helseforskning, som er «psykisk velvære» eller «mental well-being». Begrepet kan sees i nær sammenheng med recovery og livskvalitet, som ser på bedringsprosesser og beskyttelsesfaktorer innenfor psykisk helse. Keyes (2002) har i sin artikkel «The mental health continuum: From languishing to flourishing in life», tatt for seg hva som kan være avgjørende for følelsen av psykisk velvære. Studiet beskriver prosessen fra kraftløshet til livslyst. Keyes (2002) ser på psykisk helse som en tilstand med symptomer av positive følelser og en positiv fungering i livet. Psykisk helse og psykisk uhelse er ikke to ytterpunkter på en skala, men sees heller i sammenheng og i relasjon til hverandre. På den måten kan man se at fravær av psykisk lidelse ikke er det samme som tilstedeværelse av psykisk helse, og personer som har en psykisk diagnose kan oppleve varierte grader av positiv psykisk helse. Den subjektive opplevde «velvære» granskes for å se hva som kan fremme psykisk helse slik at symptomer ikke blomstrer opp. Keyes (2002) ser på psykisk helse som et kontinuum som består av optimal psykisk helse og dårlig psykisk helse. Personer som har optimal psykisk helse har livslyst og et høyt nivå av velvære. Motsatt har personer med dårlig psykisk helse en følelse av lavt velvære og kraftløshet. For å kunne ha livslyst må man kjenne på positive følelser og et sosialt fellesskap (Keyes, 2002). Barry (2009) ser på helsefremmende psykisk helsearbeid i sin artikkel «Addressing the determinants of positive mental health: Concepts, evidence and practice». Et av spørsmålene er hvordan fremme psykisk helsearbeid, slik at personer som har psykiske helseutfordringer kan ha et velfungerende liv, uten at psykisk sykdom skal overta deres fungering i dagliglivet. Da har man behov for arenaer som fremmer positive følelser, støttende miljøer som reduserer stigmatisering og diskriminering, og støtter sosial velvære (Barry, 2009).

5. Metode

I dette kapittelet presenteres vitenskapelig tilnærming, valg av forskningsmetode, utvalg og rekruttering av informanter. Videre beskrives metode for datainnsamling og analyseprosessen etterfulgt av forskningsetikk. Avslutningsvis vil vi redegjøre for metodiske valg og avveielser i avsnittet metoderefleksjon.

Forskning som begrep kan forklares som en prosess der man systematisk bringer frem ny kunnskap innen et felt (Silverman, 2005). I følge Kvaale og Brinkman (2009) er det studiets tema og dets karakter som skal avgjøre hvilken metode man velger å benytte seg av. I forberedelsene til dette studiet var hensikten å få fordypet kunnskap om medlemmers erfaringer gjennom samtaler. Kvalitativ metode er egnet dersom man ønsker å gå i dybden og studere og frembringe ny kunnskap om menneskelige kvaliteter og egenskaper ved fenomenet (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2010). Kvalitativ metode er forankret i vitenskapelige filosofiske retninger som hermeneutikk og fenomenologi (Brinkmann & Tanggaard, 2010). Dette studiet er basert på medlemmers egne erfaringer og opplevelser av et fenomen; Fontenehuset. For å tilnærme oss deres erfaringer og opplevelser er vi avhengig av å møte dem med et åpent sinn og legge vår forforståelse til side. Samtidig, i forsøket på å forstå helheten i medlemmers erfaringer og opplevelser, vil vi ikke komme utenom tolkningsaspektet og tillegge deres opplevelser et meningsinnhold. På bakgrunn av dette, er det valgt en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming som skal bidra til å oppdage og forstå en dypere mening i personens erfaringer og opplevelser (Hummelvoll, 2012). Fra et fenomenologisk perspektiv skal man søke å legge blant annet teoretisk rammeverk og egne erfaringer til side. Det gjelder å gå til sakene selv og få tak i kjernen i deres opplevelse av deres virkelighet. En fenomenologisk retning er opptatt av hvordan verden erfares av mennesket selv (Kvarv, 2010). Gadamer's hermeneutiske filosofi innebærer blant annet at forståelsen av tekst alltid vil sees i et nytt lys av den som leser teksten (Gadamer, 2007). I denne sammenheng vil våre funn leses av oss som forskere, med hele oss; språk, tradisjoner, vår historie, fordommer og oppfatninger, både det bevisste i oss og det vi er ubevisst. Funnene vi leser og tolker vil da sees med nye øyne i sammenheng med vår bakgrunn og teoretiske rammeverk (Gadamer, 2007). Vår forståelse som forskere er knyttet opp mot vår tolkning av datamateriale, en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming kan da sies å knytte forståelse og fortolkning sammen (Thornquist, 2012).

Triangulering er et av mange virkemidler Kvaale og Brinkmann (2009) viser til som kan benyttes for å styrke troverdigheten i arbeidet og resultatet i studiet. I forskning kan man benytte seg av ulike trianguleringsmetoder; blant annet forskertriangulering (Janesick, 2000). I dette studiet har det vært benyttet forskertriangulering da vi er to som gjennomfører studien sammen. Ved hjelp av triangulering kan man i kvalitative studier bidra til å undersøke et fenomen fra ulike sider (Creswell, 2014). Intervjuene er gjennomført på tre ulike hus, i tre ulike byer og i to land. Gjennom å innhente data på ulike steder, kan man belyse fenomener fra ulike sider. I følge Richardson (2000) kan forskeren gjennom trianguleringmetode validitetsteste funnene.

5.1 Utvalg og rekruttering av informanter

Gjennom tidligere praksisperiode ved Fontenehuset, ble det etablert kontakt med Nettverket Fontenehus Norge som var positive til forskningsprosjektet. Nettverket Fontenehus Norge så nytten av at studiet skulle gjennomføres, for Fontenehuset som helhet, men også for medlemmene. Det ble sendt ut informasjonsskriv til tre ledere ved tre Fontenehus med forespørsel om deltakelse i studiet (vedlegg 2). Lederne informerte medlemmene om studien på fellesmøte og ved å henge opp informasjonsskriv. Rekrutteringen foregikk frivillig, uten leders påvirkning og medlemmene som ønsket å delta fikk anledning. Det eneste inklusjonskriteriet var at medlemmet måtte ha vært aktivt på Fontenehuset i minimum seks måneder. Alder, kjønn, bosted, yrkesbakgrunn/trygdeytelse og diagnose skulle ikke være av betydning for rekruttering. Grunnet fare for frafall, så vi det som hensiktsmessig å rekruttere mellom 8-10 deltakere til hvert fokusgruppeintervju. I følge Barbour & Kitzinger (1999) er et anbefalt antall mellom fem og seks gruppedeltakere, noe som kan variere med hensyn til hensikten med studiet. Antall gruppedeltakere ble sju i det første fokusgruppeintervjuet, seks i det andre og i det siste intervjuet ble antallet fem. Det var medlemmer med varig uføre og andre trygdeytelser, studenter og medlemmer i fast jobb. Det var svært ulikt hvor ofte og på hvilken måte de benyttet seg av huset. Intervjuene ble gjennomført ved et Fontenehus i en større by, et Fontenehus i en mindre by og et Fontenehus i Sverige. Husene varierte i størrelse og medlemstall, ut fra lokalisering i større eller mindre by, og tidspunktet for husets etablering. Medlemstallet varierte mellom ca. 200 og ca. 800.

Tabell: Oversikt over utvalget

Medlemstid:	1-3 år	4-6 år	7- 9 år	10-12 år
Antall:	9	4	2	3

Alder:	26-36 år	37-47 år	48-58 år	59-69 år
Antall:	5	3	5	5

Kjønn:	Kvinner	Menn
Antall:	8	10

5.2 Fokusgruppeintervju som en kvalitativ forskningsmetode

Fokusgruppeintervju er godt egnet om man ønsker å gå i dybden for å forstå et fenomen gjennom meningsutvekslinger og erfaringer i grupper. Metoden frembringer god datakvalitet ved å kombinere en kvalitativ tilnærming og elementer fra gruppedynamikken (Hummelvoll, 2010). Fokusgruppeintervjuer gir rike data og gjennom gruppesamspill kan deltakerne støtte og utfordre hverandres utsagn, slik at det blir livlige og nyanserte diskusjoner rundt temaet (Barbour, 2007). Fokusgruppeintervju ble en egnet forskningsmetode da studiet baserer seg på medlemmers erfaringer og opplevelser for å besvare vår problemstilling og hensikt med studiet. Vårt ønske om å utforske «brukerstemmen», samt at vi er to som gjennomfører studiet, ble ytterligere en årsak til valg av fokusgruppeintervju. Det er i all litteratur anbefalt å være to, en moderator og en co-moderator, under gjennomføringen av et fokusgruppeintervju. Moderators rolle er å sørge for at alle kommer til orde og stille oppfølgingsspørsmål, slik at samtalen får en dybde rundt temaet. Det er viktig å finne en balanse mellom det å la gruppen styre samtalen, samtidig som gruppen ikke mister fokus. Co- moderators rolle er å observere gruppedynamikken og ta notater underveis i samtalen (Hummelvoll, 2010). Innledningsvis i intervjuet skal det informeres om metoden, hensikten med studiet og avklaring av roller gjennomgås. For at alle i gruppen skal komme til orde i starten av samtalen, er det anbefalt å starte med et innledningsspørsmål angående temaet (Hummelvoll, 2010). Gjennom fokusgruppeintervjuer kan gruppediskusjonene føre til en dypere forståelse av et fenomen, diskusjonen kan ta nye retninger og gi fyldige data man ellers ikke hadde oppnådd i et individuelt intervju. Det er imidlertid avhengig av at gruppedynamikken fungerer, og moderators rolle blir viktig for å ivareta et godt samspill og stimulere til et godt klima i gruppen (Barbour & Kitzinger, 1999).

5.3 Systematisk tekstkondensering

Innenfor kvalitativ forskning anvendes ulike metoder for å analysere datamateriale. Felles for alle er at forskeren i størst mulig grad skal møte sitt datamateriale med åpent sinn og søke og tilsidesette sine egne erfaringer og opplevelser, samtidig som analysen vil preges av forskerens egne perspektiver (Postholm, 2010). Når man har valgt fokusgruppeintervju som metode, er det avgjørende å velge en kvalitativ analyse som kan sammenfatte og belyse erfaringene deltakerne har delt gjennom gruppesamtalene (Malterud, 2011). I denne studien har materiale blitt analysert ut i fra Malteruds systematiske tekstkondensering. Den er i likhet med flere andre kvalitative innholdsanalyser fenomenologisk inspirert. Som følge av vår tilnærming og metode i studiet anser vi denne analysemetoden som godt egnet. Den er systematisk og forståelig fremstilt, samtidig som den søker å analysere materiale på en slik måte at informantenes beskrivelser blir ivaretatt. Formålet med analysen er å utvikle ny kunnskap ut fra informantenes erfaringer og deres beskrivelser av sin livsverden innenfor et felt (Malterud, 2011). Malterud (2011) understreker at vi som forskere påtar oss å være tro mot vårt datamateriale uten å tillegge våre egne tolkninger som fasit, samtidig som man i arbeidet med analysen ikke kommer utenom tolkningsaspektet.

Malterud beskriver sin systematiske tekstkondensering og analyseprosess i fire trinn:

1. Helhetsinntrykk av tekstmateriale
2. Meningsbærende enheter – fra temaer til koder
3. Kondensering – fra koder til mening
4. Sammenfatting – fra kondensering til beskrivelser og begreper

Analysens første trinn

For å bli godt kjent med materiale, startet arbeidet med analysen med repeterende gjennomlesing av alt transkribert tekstmateriale. I likhet med flere deler av vår analyseprosess, ble dette gjort individuelt. Vi noterte ned stikkord, umiddelbare og intuitive tanker. Deretter noterte vi ned forslag til temaer og sammenlignet disse.

Analysens andre trinn

I dette trinnet skal teksten sorteres. Man beholder den teksten som er relevant i henhold til studiets problemstilling og hensikt (Malterud, 2011). Igjen delte vi oss og fortsatte analyseprosessen med å markere de meningsbærende enhetene i ulike kategorier som var et

resultat av temaene vi hadde diskutert oss frem til i analysetrinn 1. Vi hadde på dette tidspunktet sju ulike kategorier.

Analysens tredje trinn

I dette tredje trinn skal materiale fra analysens andre trinn løftes opp og abstraheres. Tekstmaterialet i de meningsbærende enhetene skal kondenseres (Malterud, 2011). I etterkant av arbeidet vi hadde gjort i trinn 2, sammenlignet vi de ulike meningsenhetene vi hadde valgt å sette inn i de ulike kategoriene. På dette tidspunkt ble kategorinavnene endret og vi endte opp med fem kategorier, fremfor sju som var utgangspunktet i andre analysetrinn. Det er utført en kondensering av de meningsbærende enhetene der det var nødvendig uten at de mistet sin opprinnelige mening. Deretter utformet vi en tabell, der vi benyttet oss av sitater som var meningsbærende for å underbygge indikatorene, som igjen viser til de ulike kategoriene.

Analysens fjerde trinn

I dette trinnet i analysen foretas en rekontekstualisering. Her skal delene i puslespillet settes sammen igjen. Materiale skal presenteres på en slik måte at det er gjenkjennelig for informantene og gi leseren forståelse (Malterud, 2011). Vi startet analysens siste trinn med å presentere våre funn. Vi hadde på dette tidspunktet en god oversikt over materiale, og det var systematisert på en slik måte at vi kunne tillegge vår stemme i presentasjonen av kategorier og indikatorer.

5.4 Ethiske refleksjoner

Ethiske prinsipper og overveielser er noe vi som forskere er ansvarlig for å ivareta gjennom hele arbeidet med studiet. Hovedvekten av forskning som gjøres innenfor helsefag er forskning på brukere, i mindre grad blir det utført forskning sammen med brukerne (Hummelvoll, Andvig & Lyberg, 2010). I dette studiet er medlemmene på Fontenehuset våre informanter, og etiske prinsipper som ikke å skade, og beskyttelse av enkeltindivider står særlig sterkt. I studier innenfor helsefaglig forskning der mennesker blir berørt, legges det vekt på at deltakelsen i studiet skal være frivillig. Informasjon gis om retten til å trekke seg, informert samtykke og anonymitet (Hummelvoll et al., 2010). I forkant av dette studiet ble det sendt søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD, vedlegg 1). Søknaden inneholdt prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv og samtykke til deltakelse. Studiet ble godkjent, og i tråd med kommentarer og anbefalinger fra NSD, ble studiet gjennomført. For å sikre rekruttering via tredjeperson og ikke opprette personlig kontakt med medlemmer, sendte vi e-

post med informasjonsskriv til tre ledere ved tre ulike Fontenehus. Dette i etterkant av godkjenning fra NSD. Gjennom et informasjonsskriv ble informantene informert om studiets hensikt, anonymitet og konfidensialitet, at intervjuene ble tatt opp på bånd og hvordan materiale fra intervjuene ble oppbevart (vedlegg 3). Det ble informert om frivillig deltakelse og retten til å trekke seg underveis i studiet. Medlemmene underskrev samtykke til deltakelse i forkant av at intervjuene ble gjennomført. Under gjennomføring av fokusgruppeintervjuet ble det informert om anonymitet og taushetsplikt, også innad i gruppen. Spørsmålene og intervjuguiden ble utformet med åpne spørsmål, for at vi som forskere ikke skulle være styrende i samtalen, men åpne opp for deres erfaringer. I alle tre intervjuene ble det gitt tilbakemeldinger fra medlemmene om at de så nytten av å delta i studiet, både for sin egen del og for Fontenehuset som helhet. Forskning som utføres skal ha et formål og være til nytte for dem som deltar (Hummelvoll et al., 2010). Medlemmene ble informert om at de underveis og i etterkant av arbeidet med studiet kunne få tilgang på materiale. Underveis i arbeidet med studiet er transkribert tekst og lydopptak oppbevart i et låst skap. Dette vil slettes og makuleres når arbeidet med studiet er avsluttet. I arbeidet med datamaterialet er anonymitet ivarettatt. Det vises aldri til informasjon som kan føres tilbake til person eller sted. Analysen og presentasjonen av datamateriale er presentert på en måte som ivaretar deres stemmer, og vi mener det er godt gjenkjennelig for medlemmene som har deltatt i studiet. Gjennom hele studiet er etiske retningslinjer ivarettatt, og vi mener informantene har blitt ivarettatt i forkant, underveis i gjennomføringen og i bearbeidelsen av materiale.

5.5 Metoderefleksjon

Det er mange valg og avveielser som må tas på veien mot et best mulig ønsket resultat i et studie. Informantene som deltok i studiet og metoden som ble benyttet har vært avgjørende for det endelige resultatet. For å oppnå en bredde i informantene og for at utvalget i høyest mulig grad skulle representere den generelle medlemsmassen på et Fontenehus, ble det rekruttert fra tre ulike hus med kun ett inklusjonskriterie. Informantene i dette studiet har en spredning i alder, kjønn, medlemstid og ulik erfaring med Fontenehuset. Dette var med på å nyansere studiets funn og bidra til at resultater i større grad kan overføres til andre Fontenehus. I følge Graneheim og Lundmann (2004) er et spenn i informantene med på å kunne belyse hensikten med studiet fra ulike synsvinkler. Når utvalget baserer seg på frivillig deltakelse, kan man stille seg spørsmålet om hvem som ønsker å delta på en slik undersøkelse. Er det bare de med positive erfaringer? Vår erfaring var at informantene som deltok i studiet også ønsket

å dele noe av det som var utfordrende med modellen. Gjennom nøye beskrivelser av våre fremgangsmåter og informantene som har deltatt på studie, gir dette et bedre grunnlag for å kunne vurdere hvorvidt våre funn kan gjøres gjeldende utover denne sammenheng. Samtidig viser Graneheim og Lundman (2004) til at det er opp til leseren å vurdere om funnene er overførbare til en annen kontekst. For å styrke våre funn ble intervjuene gjennomført på tvers av landegrenser og med en sammenligning fra tre ulike byer. Ved å utføre en triangulering, styrker det troverdigheten og overførbarheten (Creswell, 2014). Resultatene fra intervjuene viser at medlemmer har like erfaringer fra det å være medlem uavhengig av husets plassering og til tross for ulikheter ved husets organisering.

Etter praksisperioden ved Fontenehus, satt vi igjen med et positivt inntrykk av modellen og miljøet. Under gjennomføringen av intervjuene var vi bevisst vår forforståelse for å unngå at vår erfaring skulle påvirke resultatene. Vi stilte spørsmål om hva medlemmene mente kunne vært annerledes, og om de hadde tanker rundt forbedringsområder for å få nyanserte funn. Som forsker er det viktig å ha et reflektert forhold til eventuelle relasjoner til informantene, da det kan påvirke intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette ble tatt hensyn til i valg av Fontenehus. Vi var bevisst på ikke å rekruttere informanter fra det Fontenehuset vi hadde vært i praksis på. Vi hadde derfor ikke kjennskap til informantene som deltok i studiet.

Er metoden egnet med utgangspunkt i hensikten med studien og ønsket resultat? Forskeren skal gjennom alle stadiene i studiet være kritisk og reflekterende med hensyn til valg som tas underveis. Dette er med på å styrke forskningsresultatet i oppgaven (Kvale & Brinkmann, 2009). I likhet med andre datainnsamlingsmetoder finnes det også svakheter ved fokusgruppeintervjuer. En svakhet i fokusgruppeintervjuer der deltakerne kjenner hverandre fra før, kan være at sensitive temaer kan dukke opp som ikke er relevant for studiets hensikt (Barbour & Kitzinger, 1999). Vi erfarte at gruppa tok ansvar for å ikke gå nærmere inn på sensitive temaer og opplevde det heller som en styrke at gruppa var trygg på hverandre. I fokusgruppeintervjuer kan gruppen lett la seg påvirke av de andre gruppemedlemmene og en utfordring kan være å dele sine meninger om de ikke samsvarer med andre i gruppen (Malterud, 2012). Dette opplevde vi ikke som en utfordring, noe også funnene viser til. Vi var bevisste på dette under gjennomføringen av intervjuet og i diskusjoner spurte vi om det var andre i gruppen som mente noe annet eller hadde andre erfaringer. Vi oppfattet at medlemmene ved et Fontenehus er vant til å dele erfaringer og jobbe tett sammen. Noe som også gjenspeiler gruppedynamikken; det var rom for ulike meninger. Ved å benytte fokusgruppeintervju som metode i dette studiet, mener vi det har ført til en dypere forståelse

av medlemmers erfaringer, på bakgrunn av diskusjonene og meningsutvekslingene. Slik vi vurderer våre funn, er det lite sannsynlig at vi hadde oppnådd samme resultater i et en-til-en intervju. Ved hjelp av åpne spørsmålsformuleringer forsøkte vi å bidra til en bredde i diskusjonene. Ved å være bevisst vår rolle som moderator og co-moderator, ønsket vi å bidra til god gruppedynamikk og en god atmosfære. Vår opplevelse var at medlemmene følte seg komfortable med å dele sine erfaringer. Det har gitt datagrunnlaget i dette studiet troverdige funn som kan vises tilbake til medlemmers erfaringer ved sitt medlemskap ved Fontenehuset. Troverdigheten i studiet dreier seg om våre fremgangsmåter som forskere og hvorvidt våre funn gjenspeiler virkeligheten (Graneheim & Lundmann, 2004). Ved å være to som gjennomfører studiet sammen, kan man hele veien i arbeidet få en form for «dobbeltsjekk». Dette er med på å øke sjansene for at det resultatet som fremkommer i studiet er troverdig i forhold til informantenes opprinnelige uttalelser (Johannesen et al., 2010). I arbeidet med å transkribere tekst, transkriberte vi intervjuene hver for oss og sammenlignet i etterkant. Kvale og Brinkmann (2009) viser til at reliabiliteten kan styrkes ved at to transkriberer samme tekst og sammenligner. Datamateriale kan da sees å være mer pålitelig og et bedre utgangspunkt for det videre arbeidet. Det kan være en fordel å utføre analysen sammen med en annen forsker. Slik kan man skape et nyansert bilde av materiale der formålet ikke er å komme til enighet (Malterud, 2011). Vi benyttet oss av forskertrianglering i flere av trinnene i analysen, dette var med på å kvalitetssikre våre endelige funn. Ved å benytte triangulering har vi validitetstestet våre funn (Richardson, 2000). Graneheim og Lundman (2004) beskriver at et kritisk punkt for troverdighet er analyseprosessen og valg av tema og meningsenheter. Det er viktig å sørge for at viktig data ikke blir oversett. En svakhet kan være at analysen ikke er gjennomgått med andre enn oss som forskere, og man har ikke garanti for at dataene representerer annet enn det vi tolker. Det er viktig at presentasjonen av funnene ivaretar informantenes uttalelser og er gjenkjennbart for informantene. Pålitelighet kan sees i sammenheng med overførbarheten, og styrkes dersom de valg forskeren foretar seg i løpet av analyseprosessen er begrunnet og tydeliggjort (Graneheim & Lundman, 2004).

6. Presentasjon av funn

I dette kapitlet presenteres studiets funn basert på informantenes erfaringsutveksling via fokusgruppeintervju. Resultatene vil bli presentert i en tabell, etterfulgt av utfyllende tekst og beskrivelser av kategorier og indikatorer. Vår tolkning av datamaterialet underbygges av informantenes direkte utsagn gjennom sitater. I arbeidet med analysen, etter repeterende lesning av transkribert tekst, så vi at temaer og kategorier viste seg. Materialet ble sortert inn under de ulike kategoriene som til slutt ga oss fem forskjellige kategorier. De samlede meningsenhetene er grunnlaget for vår tolkning av materialet, og utgangspunktet for studiens resultater. På bakgrunn av studiens hensikt og problemstilling, var temaer i fokusgruppeintervjuet: Erfaringer fra medlemskapet, opplevelsen av hva som igangsetter bedringsprosesser, og hva som kan fremme økt livskvalitet.

Hovedtema «recoverynærende omgivelse», er basert på erfaringer og opplevelser av det å være medlem ved et Fontenehus. Informantene delte erfaringer om betydningen av medlemskapet på veien mot bedring. I denne prosessen beskriver informantene medlemskapets betydning og det unike ved miljøet på Fontenehuset. Fontenehuset blir beskrevet som en arena som fremmer håp, og gir tid og rom for bedring. Under hver kategori i tabellen er det ulike indikatorer som er basert på medlemmers sitater. Følgende kategorier presenteres i dette kapitlet: Fontenehuset - et frivillig fellesskap, fokus på det friske, Fontenehuset som medisin, hverdagsmestring og vekst og Fontenehusmodellens begrensninger.

Tabell 1: Oversikt over hovedfunn

Recoverynærende omgivelse		
Meningsenhet	Indikator	Kategorier
<i>Her kan du skynde deg litt sakte, ut i det friske</i>	Rom for tid	Fontenehuset- Et frivillig fellesskap
<i>Du får bruke den tiden du trenger til å bygge deg opp</i>		
<i>Det er ingen tvang og du bestemmer selv når du vil være her, det gjør det lettere å være her</i>	Ta føring i egen prosess	
<i>Det er frivillig når og hvordan du bruker huset, det motiverer</i>	Likeverdige relasjoner	
<i>Det er umulig å se hvem som er medlem eller ansatt her</i>		
<i>Modellen fokuserer på at alle medlemmer skal være med i alle forum</i>	Holde tak i hverandre	
<i>Reach out er en fin aktivitet som hjalp meg tilbake til huset</i>		
<i>Et annet medlem ringer meg hver morgen, det gjør at jeg klarer å komme hit</i>		
<i>Diagnoser definerer ikke oss som mennesker, vi er flinke til å ikke se diagnoser her</i>	Person, ikke diagnose	Fokus på det friske
<i>Det står ikke i panna på meg at jeg er syk, du kan ikke se det</i>	Endring av tankegang	
<i>Jeg ble sykere av innleggelse, men her er det annerledes, her fokuserer jeg på det positive</i>		
<i>Her er det ingen som gir deg opp, det er unikt her</i>	Møtt med verdighet	
<i>Jeg blir tatt imot på en verdig måte, nå kjenner jeg at jeg duger til noe</i>		
<i>Fontenehuset virker som et plaster</i>	Trygghet i hverdagen	Fontenehuset som medisin
<i>Fontenehuset tar bort angsten</i>	Føle seg betydningsfull	
<i>Det er som å gå på jobben, man føler at her er det behov for meg</i>		
<i>Man vokser på å kunne si at man jobber der, man føler seg inkludert</i>	Jobbe side om side	
<i>Her på fontenehuset jobber man side om side, oppmuntrer hverandre, får vist at man får til noe, bygger selvillit og selvfølelse</i>	Venner og kollegaer	
<i>Man føler seg bedre når man er her, jobber, møter kollegaer og er sosial</i>		
<i>Det å ha noen å komme til, noen som blir glad for å se deg</i>		
<i>Jeg kom hit, og så fikk jeg plutselig en hverdag</i>	Struktur og rutiner	Hverdagsmestring og vekst
<i>Jeg bruker huset for å finne en struktur hverdagen</i>	Meningsfull aktivitet	
<i>Meningsfulle arbeidsoppgaver gir medlemmer mulighet til å blomstre opp</i>		
<i>Jeg har fått jobb takket være huset</i>	Et steg i riktig retning	
<i>Det har vært utviklende å være her, før var jeg ikke så åpen og frampå, nå prater jeg til og med foran folk</i>		
<i>Fordi jeg har hatt det vanskelig har jeg blitt en bedre utgave av meg selv</i>		
<i>Det er jo sånn at modellen og retningslinjene er like, men husene er allikevel forskjellige</i>	Husets likheter og forskjeller	Fontenehuset-modellens begrensninger
<i>Den der teorien om selvdrevenhet den er fin, men den er ikke gjennomførbar i praksis, i alle fall ikke de erfaringene jeg har etter to år</i>	Modellens balansegang og spenninger	
<i>Det er utfordringer i forhold til modellen om hvor beslutninger skal tas</i>		
<i>Da blir det en naturlig seleksjon av medlemsmassen, du får en god stemning og miljø her, for alle har som sagt et felles mål</i>	"Fontenehuset er ikke for alle"	

6.1 Fontenehuset - Et frivillig fellesskap

Det ble formidlet gjennom alle de tre intervjuene at det viktige og spesielle ved modellen var tidsaspektet, livslangt medlemskap, frivillig deltakelse og selvbestemmelse og valg. Betydningen av likeverdighet og oppfølgingen man fikk gjennom medlemmer og medarbeidere ble også fremhevet som viktige elementer ved medlemskapet. Dette førte til flere funn knyttet opp mot modellens og miljøets egenart. Informantene beskrev Fontenehuset som et miljø som skaper tilhørighet og fellesskap. Frivilligheten ble løftet frem, ikke bare som frivillig deltakelse, men som en medvirkende faktor til økt motivasjon. Frivilligheten på Fontenehuset ble beskrevet som annerledes enn hva de hadde opplevd andre steder.

Rom for tid

Flere funn og meningsenheter vektla betydningen av tidsaspektet på Fontenehuset. I tillegg kom det frem i fokusgruppeintervjuene at det å ha en psykisk helseutfordring innebærer tålmodighet. Bedringsprosesser tar tid og informantene beskrev varierende perioder med gode og dårlige dager. Flere av informantene vektla betydningen av at medlemskapet var livslangt. Det ga en trygghetsfølelse å vite at de alltid hadde muligheten til å komme tilbake, at tiden ikke påvirket tilgang på tilbudet.

Vi har jo hatt noen medlemmer her som ikke har vært her på lenge, vært ute i jobb, men så kommer en ny periode. Folk får tilbakefall. Så er huset her, så kommer de hit, ikke sant.

Selv om medlemmene hadde vært borte fra huset i lengre tid, var det godt å vite at de uansett kunne komme tilbake og føle seg godt tatt imot. Det ga dem en trygghetsplattform når de forsøkte andre type aktiviteter utenfor huset, slik som ordinær jobb. Terskelen for å forsøke andre tilbud var ikke så skremmende. Siden medlemskapet er tidsbegrenset, fikk medlemmer anledning til å styre sin prosess ut fra sine behov.

Man får akseptere selv at det tar lang tid å bli frisk og sånn er det bare, det hjelper at folk har troen på deg og du kan gjøre det i ditt eget tempo.

Ta føring i egen prosess

Indikatoren gjenspeiler det medlemmer beskriver som betydningen av det frivillige. Den beskriver samtidig viktigheten av at medlemskapet og modellen legger opp til selvbestemmelse og muligheten til å eie sin egen prosess. Medlemskapet ved Fontenehuset skal baseres på frivillighet. Medlemmene var opptatt av at de selv kunne bestemme når og

hvordan de ønsket å benytte huset. Medlemmene har mulighet til å benytte huset på sine premisser og etter sine behov, innenfor husets åpningstider.

Det er ingen tvang og du bestemmer selv når du vil være her, det gjør det lettere for meg å være her.

Hvis de en dag bare ville komme for å spise lunsj, kunne de gjøre det. Informantene fortalte at frivilligheten førte til økt motivasjon, da de selv kunne ta valget, uten at noen fortalte hvordan og når huset skulle benyttes. Det ble også nevnt at enkelte så på det som «frivillig tvang» det å delta på ulike arbeidsoppgaver. Fordi andre medlemmer og medarbeidere var flinke til å engasjere og motivere, førte dette til deltakelse i arbeidsoppgaver den dagen.

Du kan mange ganger komme på møter å tenke at i dag har jeg bare lyst å være her, men så melder folk seg på oppgaver også kommer du i gang med noe. Så jobber du ofte i lag med noen. Det er viktig å ha et mål og mening med hverdagen.

Informantene fortalte om viktigheten av selv å bestemme sine mål, og selv velge hvilke oppgaver de ønsket å gjøre. Dette bidro til at de fikk et eierskap til sin egen prosess, og flere fortalte at det ble lettere å gjennomføre og nå målene de hadde satt seg. Flere av informantene satte pris på muligheten til selv å velge hvordan man ville benytte seg av huset. Om det var for å ha et sted å komme til, mål om videre jobb eller studier, eller som en treningsarena i hverdagen.

Her har man «min plan» hvor man setter individuelle mål. Alt fra å være her til å komme ut i jobb. Man har valget selv, uten presset, men også med hjelp til å klare målene sine.

Det var enighet om at Fontenehuset la opp til selvbestemmelse og valg, og sammenlignet med tidligere erfaringer hadde dette en positiv effekt på deres hverdag og helse.

Her får alle de samme mulighetene også er det opp til en sjøl hvor man er hen i livet og hvilken muligheter en griper.

Likeverdige relasjoner

Verdien av det unike fellesskapet på huset understrekes av likeverd i relasjonen mellom medlemmer og medarbeider. Medarbeideren, den ansatte, og medlemmet, den frivillige, har begge et ansvar for å drifte huset. Likeverd i relasjonen er en del av Fontenehusmodellen og modellen legger opp til en flat struktur. Mange av informantene fortalte hvordan den likeverdige relasjonen var med på å skape et positivt miljø på huset.

... det er bra at det er veldig demokratisk, det er ikke så mye vi og dem, det er mer vi... ja...det er ikke noe hierarki her, det er ikke det... bortsett fra at vi har ulike roller liksom.

Flere informanter refererte til tidligere erfaringer, der relasjonen bar preg av en ovenfra og ned-tilnærming som de hadde negative erfaringer fra. På Fontenehuset opplevde de å bli møtt annerledes. Som sitatet beskriver over, det er ikke så mye «oss og dem», det er «vi». Medlemmene opplevde at relasjonen var preget av en likeverdig respekt og ekthet. Et av medlemmene fortalte at de hadde hatt studentbesøk i forbindelse med et prosjekt. De hadde bevisst ikke presentert hvem som var medlemmer og hvem som var medarbeidere for å høre med dem i etterkant, hvem studentene trodde var medlemmer og medarbeidere. Studentene trodde at medlemmet var sjefen. Gruppen var enig i at det sier noe om hvordan Fontenehuset forsøker å jobbe sammen. Samtidig som de fleste informantene ga uttrykk for at det var en forskjell på det å være ansatt og medlem. Medlemmene opplevde i liten grad at deres forskjell i roller påvirket den likeverdige relasjonen.

Men vi har ulike roller, eller ... for det er jo deres jobb. Og vi kommer hit frivillig, og det er jo forskjellen. Medlemmer kan komme å gå som de vil. Men for medarbeidere er det jo deres jobb.

Holde tak i hverandre

Fokusgruppeintervjuene viser til betydningen av fellesskapet på Fontenehuset og hvordan informantene opplever verdien av å bli savnet og bli kontaktet ved uteblivelse. Dette blir kalt «Reach-out», og er en retningslinje ved modellen og et virkemiddel Fontenehuset bruker som innebærer å kontakte medlemmer regelmessig etter ønske, enten gjennom telefonsamtale, e-post, sms eller brev. Når du blir medlem av et Fontenehus, kan du bestemme om du ønsker å bli kontaktet dersom du ikke møter. Medlemmene bestemmer selv hvor ofte og hvordan de skal bli kontaktet. Flere av informantene vektla betydningen av og viktigheten av denne kontakten, både for å forebygge uteblivelse fra huset, og for å forhindre tilbakefall. Informantene fremhevet at reach-out var med å forebygge isolasjon og bidro til en økt motivasjon for å komme til huset. Reach-out utføres både av medlemmer og medarbeidere. Det ble fortalt at det var spesielt virkningsfullt når det var medlemmer som tok kontakt. De hadde ofte en bedre forutsetning for å sette seg inn i situasjonen.

Et annet medlem ringer meg hver dag på morgenen, det gjør at jeg klarer å komme hit.

Det ble også fortalt at medarbeidere strakk seg langt for å motivere medlemmer til å komme. En informant fortalte at en av medarbeiderne ofte ringte henne på morgenen før hun kom på jobb. Dette førte til at medlemmet klarte å komme til huset. Flere erfarte at de nettopp på grunn av reach-out klarte å komme til huset, både regelmessig og etter opphold.

Reach-out er når noen på huset ringer og oppmuntrer deg til å komme, også etter avtale. Det har gjort det lettere for meg å komme meg ut.

6.2 Fokus på det friske

Som vist i tabellen er den andre kategorien «Fokus på det friske». Mange funn inneholder meningsenheter som beskriver informantenes opplevelse av å bli møtt med verdighet og som den personen de er. Medlemmene beskrev gjentatte ganger den positive effekten av ikke å fokusere på sykdom. Dette førte til en endring i tankegang og en opplevelse av å finne tilbake til sine ressurser.

Person, ikke diagnose

Mange informanter fortalte om betydningen av at de blir møtt som den personen de er og ikke sin sykdom. Fontenehusmodellen vektlegger Fontenehuset som et ikke-terapeutisk miljø, og det skal ikke være et behandlingssted. Det stilles ingen krav til å oppgi diagnose, og det er opp til medlemmet selv å definere om man har eller har hatt en psykisk helseutfordring. Informantene mente at dette medførte god stemning på huset og lite sykdomsprat.

*Det er veldig fint med det, at her på huset, diagnose er ikke diskuterbart.
Det er hvem du er og hva du gjør.*

Medlemmene viste til tidligere erfaringer hvor deres diagnose overskygget hvem de var som person. De hadde kommet inn i en negativ spiral, der de opplevde at deres ressurser forsvant inn i et negativt sykdomsmønster. Noen informanter fortalte om erfaringer fra tidligere tilbud, der de hadde møtt personer i samme situasjon hvor det ble mye sykdomsprat og sykdomsfokuset ble opprettholdt.

For engangs skyld er det ikke diagnosen som definerer meg som menneske ...

Informantene mente at årsaken til at det var annerledes på Fontenehuset var mye på grunn av at det ikke er nødvendig å bli henvist fra lege, og at det ikke er spørsmål om diagnose ved innmelding. Samtidig var alle informantene enige om at den arbeidsorienterte dagen i stor grad bidro til å holde fokus på noe annet enn sykdom. Medlemmene fortalte at de opplevde å få en

form for behandlingseffekt på Fontenehuset. Samtalene og arbeidsoppgavene på huset hjalp dem i bedringsprosessen.

Fontenehuset er arbeidsorientert og et klubbhus, det er ikke terapi eller behandling. Samtidig gir samtalene her meg en form for mellommenneskelig –terapi.

Endring av tankegang

Flere av informantene erfarte at tiden på huset hadde endret deres tankegang. Negative tankemønstre var justert mot det positive. Informantene fortalte hvordan Fontenehuset hadde bidratt til en mer positiv tankegang omkring seg selv og sin prosess.

I tradisjonelt helsevesen er det fokus på diagnose og sykdom, her er det annerledes. Det hjalp meg å snu en veldig negativ tankegang. Det tok liksom et par måneder før det snudde noe inni meg på deg, som det ble positivt igjen.

Medlemmene fortalte også om hvordan erfaringer med psykiske utfordringer har endret dem og at deres egne erfaringer styrker den personen de er i dag og deres evne til å tenke positivt. Mange av informantene fortalte at flere år med sykdom på mange måter hadde vært en belastning, samtidig som dette hadde bidratt til å sette perspektiv på livet.

Man har jo bare et liv, og jeg blir litt ydmyk overfor livet noen ganger også ..., også går man igjennom ting og får erfaring i hva det faktisk innebærer å være menneske.

Jeg unner ikke min verste fiende å ha det sånn som jeg har hatt det, men allikevel ville jeg ikke vært foruten det heller.

Møtt med verdighet

I fokusgruppeintervjuene fremkom betydningen av hvor viktig det er å bli møtt på en verdig og respektfull måte, noe informantene beskrev at møtet med Fontenehuset var. Flere medlemmer diskuterte også viktigheten av åpenhet, noe de opplever at Fontenehuset imøtekommer.

Det blir gjort med en verdighet ikke sant ... Vi blir liksom ikke fortalt at det er sånn det skal gjøres, men her ... nei, jeg finner ikke noe annet ord enn verdighet ved det å være medlem her, man blir tatt vare på, på alle slags måter.

Informantene fortalte at det jobbes aktivt mot stigmatisering på huset. Det var gruppediskusjon på alle tre hus om synet på psykisk helse. Det var enighet om at synet på psykisk helse hadde endret seg, og at det var en større åpenhet i samfunnet i dag enn tidligere. Likevel kom det frem fra informantene at det er en lang vei å gå før psykisk sykdom er akseptert på lik linje med andre sykdommer.

Du straffer deg sjøl fordi du er sjuk, det er ingen som legger seg ned som har fått kreft og straffer seg sjøl fordi de har fått kreft.

6.3 Fontenehuset som medisin

Gjennom alle tre intervjuene kom det frem at Fontenehuset påvirket flere aspekter ved deres psykiske helse og bedringsprosesser. Enkelte informanter viste til helt konkrete eksempler på at de hadde redusert sitt medisinbruk og antall innleggelser. Studiets funn viser hvordan medlemmer brukte Fontenehuset som en trygghetsplattform og hvordan de opplevde at angsten slapp i det de gikk inn døren. Som et resultat av medlemskapet, fortalte mange at de opplevde en bedring av sin psykiske helse ved at medlemskapet bidro til at de følte seg betydningsfulle, og de kunne dele erfaringer med personer i samme situasjon. Medlemskapet hadde også ført til at de fikk et nettverk på og utenfor Fontenehuset, og derfor fungerte Fontenehuset som medisin.

Trygghet i hverdagen

Medlemskapet hadde en positiv effekt for informantenes psykiske helse i hverdagen. Huset fungerte som en trygghetsplass. Medlemmene beskrev at de til tross for dårlige dager preget av mye angst og tunge perioder, likevel forsøkte å bruke huset og det hjalp dem. Gjentatte positive erfaringer med det å komme til Fontenehuset selv om de hadde en dårlig dag, hadde gjort at steget for å komme dit ble mindre. Informantene mente at mye av denne erfaringen var basert på hvordan man ble tatt imot og at det var akseptert å komme dit, om det bare var for å ta en kaffekopp.

*Huset her er helt fantastisk. For min del er Fontenehuset en trygghetsplass.
Hver gang når du kommer hit så møter du et smil og en dårlig dag blir god.*

*Nå har jeg ikke det tikkende hjerte som dunker lenger, det også har jeg lært meg her.
I perioder med angst føler jeg meg bra når jeg kommer hit.*

Alle medlemmer ved Fontenehuset har en psykisk helseutfordring. I fokusgruppeintervjuet ble det ikke stilt direkte spørsmål om medlemmers diagnose eller helsesituasjon. Likevel kom medlemskapets betydning for deres psykiske helse frem under alle tre intervjuer. Det var stor enighet i gruppene om at Fontenehuset hadde bidratt til en bedre psykisk helse. Flere refererte til redusert medisinbruk og reduksjon av innleggelser og hvordan Fontenehuset fungerte som et alternativ til medisin.

Fontenehuset virker som anti-dep... Det er faktisk det. Når man går hjem er man jo fornøyd. Jeg føler meg veldig fornøyd når jeg går hjem herifra. At jeg har bidratt med noe liksom.

Føle seg betydningsfull

Medlemmene la vekt på at Fontenehuset bidro til at de følte seg betydningsfulle og hvor viktig det er å føle at noen har behov for deg. Både når det kommer til å gjøre en jobb, bidra med noe nyttig og være deltakende og inkludert i fellesskapet. De fortalte også at det var en fin balanse mellom eget ønske om å gå til Fontenehuset uten press og husets forventninger og ønske om at de skulle komme. Informantene kunne fortelle til folk rundt seg at de hadde en jobb å gå til. Dette igjen førte til at de følte seg som en større del av det «normale hverdagslivet».

Jeg har faktisk en jobb og jeg har noe å bidra med... Det betyr mye for meg å kunne si at jeg jobber på Fontenehuset, til venner og familie.

Informantene vektla betydningen av at Fontenehuset hadde reelle arbeidsoppgaver som bidro til stolthet og en følelse av å gjøre noe betydningsfullt. Medlemmene så betydningen av at jobben de gjorde var nødvendig og førte til endringer og resultater, som for eksempel å servere lunsj eller ta imot besøkende i resepsjonen. Ikke bare ga det en positiv effekt for hver enkelt, men også for driften av Fontenehuset. Ved å bidra til fellesskapet hadde andre medlemmer det bra. En annen viktig faktor for å føle seg betydningsfull var å bli sett og få bekreftelse om jobben som ble utført.

Når jeg har vært her, føler jeg at jeg har gjort noe den dagen og det er en bra følelse ... Det føles som en ordentlig arbeidsplass, man føler at det er behov for deg.

Jobbe side om side

Denne indikatoren beskriver det informantene la i betydningen av at medlemmer støtter medlemmer. Fontenehusmodellen skal legge opp til medlemsstøtte. Dette med bakgrunn i

Fontenehusets opprinnelse og utviklingen av modellen som er lagt opp slik at driften av huset er avhengig av medlemmene. I alle tre intervjuer vektla informantene betydningen av andre medlemmers støtte. Medlemsstøtte ble trukket frem som viktig på ulike måter. Informantene beskrev nytten av å møte personer i samme situasjon, og hvordan man hadde en annen forutsetning for å sette seg inn i en annen persons opplevelse på grunn av felles erfaring med psykiske utfordringer. Medlemmer beskrev hvordan de ofte kunne dele erfaringer rundt felles situasjoner, blant annet samarbeid med ulike offentlige instanser. Da kunne det være godt og utveksle erfaringer. Det ble også uttalt at det var godt å vite at andre kunne være i samme situasjon uten at man nødvendigvis trengte å si så mye om det.

Vi medlemmer bruker hverandre og bruker våre egne erfaringer til å støtte hverandre og gi hverandre råd.

Ikke bare var det av stor betydning å stå side om side gjennom delte erfaringer, men også viktigheten av medlemsstøtten og dens betydning gjennom den daglige driften ble påpekt; muligheten til å jobbe sammen og gi hverandre opplæring i de ulike arbeidsoppgavene.

Det er en trygghet at man aldri trenger å jobbe alene, men at man kan jobbe sammen ... Medlemmer hjelper hverandre her og lærer av hverandre på de ulike oppgavene.

Venner og kollegaer

Den sosiale gevinsten av det å være medlem ved et Fontenehus, var noe informantene vektla gjennom alle intervjuene. Det sosiale fellesskapet både på og utenfor huset var en viktig del av medlemskapet.

Det er et veldig viktig nettverk for meg å ha huset ... jeg synes det er sånn sosial rikdom her da ...

Informantene fortalte at medlemskapet på Fontenehuset hadde bidratt til at de fikk mulighet til å komme ut av isolasjon og skape et nettverk. For noen hadde dette ført til livslangt vennskap, mens for andre var det av stor betydning å kunne feire bursdag og andre høytider sammen med andre på Fontenehuset.

... det å føle at du har kollegaer og har fått gode venner også ... For første gang på sinnssykt mange år kan jeg gå på julebord med jobben min. Det er liksom de små tingene som gjør at du føler at du har et fullverdig liv som veldig mange andre stort sett har.

Fontenehusmodellen inneholder retningslinjer, både for den arbeidsorienterte dagen og for tilbudene utenom åpningstid. Huset holder åpent på faste dager utover den ordinære arbeidstiden. Det er også et tilbud ved alle i høytider, i tillegg til at det arrangeres aktiviteter utenom huset. Medlemmene sa at det å utføre arbeidsoppgaver i fellesskap, samt at det å få mulighet til å møtes utenfor huset, skapte gode relasjoner. Det ble sagt at det å ha Fontenehuset gjorde at de fikk venner og kollegaer, noe som var viktig for dem som hadde et lite nettverk utenom huset, men også for medlemmer med familie og venner. Flere nevnte at det hadde vært vanskelig å skape relasjoner tidligere og at huset ble brukt som sosial trening.

Den fritidsorienterte dagen er bra, noe for alle. Det er bra at de har åpent i jula, påsken og 17.mai.

6.4 Hverdagsmestring og vekst

Her presenteres funn fra våre intervjuer som peker tilbake på det informantene løftet frem som viktig når det gjelder hva medlemskapet hadde bidratt til som en personlig prosess, både i og utenfor Fontenehuset. Fontenehuset bidro til kontinuitet i hverdagen, det å ha et sted å være og en jobb å gå til. Informantene beskrev at miljøet og meningsfullt arbeid ga motivasjon og tro på egne ressurser.

Struktur og rutiner

Det å ha struktur og rutiner i hverdagen var noe informantene vektla som et viktig element for bedring og håndtering av sin psykiske helse. Det ble sagt at det var lettere å finne tilbake til en hverdag når man hadde noe å stå opp til om morgenen og noe fast å gå til i løpet av dagen. Medlemskapet på Fontenehuset hadde bidratt til å finne struktur og rutiner i hverdagen. Informantene fortalte at de fikk mulighet til å sette opp en plan for å nå personlige mål og hjelp til å tilrettelegge hverdagen.

Det er viktig å ha rutiner og noe å gå til. Det å få struktur på dagen, alt i forhold til det å stå opp, vaske klær, vaske leilighet, og gå hit.

Medlemmer fortalte hvordan det å starte opp med å bare komme til huset hadde utviklet seg til lengre arbeidsdager og til en hverdagsrutine. Flere nevnte hvordan Fontenehuset hadde vært en start på å finne tilbake til rutiner og struktur og hvordan de benyttet Fontenehuset som en plattform for å finne tilbake til hverdagen etter lang tid med sykdom.

Man må ikke gi opp og det er viktig å ha noen rutiner i livet. Jeg bruker huset for å finne en struktur i hverdagen.

Meningsfull aktivitet

«Meningsfull aktivitet» peker på Fontenehusets reelle arbeidsoppgaver, drift og praksisplasser utenfor huset. Informantene vektla dette som en viktig del av det som ble beskrevet som det positive med fontenehusmodellen. Det kom frem i intervjuene hvor stor betydning det har at arbeidsoppgavene som ble utført på huset var reelle og meningsfulle arbeidsoppgaver. Retningslinjene viser til at arbeidsoppgavene skal være betydningsfulle for den daglige driften av huset. Funnene viser at medlemmene gjennom å delta i de ulike arbeidsoppgavene, fikk mulighet til å bruke sine ressurser på rett sted. Informantene vektla betydningen av å kunne velge arbeidsoppgaver som var meningsfulle for den enkelte.

Modellen er lagt opp til at dagen skal være arbeidsorientert. Fontenehuset skal ikke være et oppholdssted.

Noen av informantene refererte også til at de på grunn av huset hadde startet opp med andre meningsfulle aktiviteter også utenom huset, for eksempel jobb og studier. De fortalte hvor viktig det var å ha Fontenehuset i ryggen, for eksempel som et sted for å få studiehjelp og praksisplass mot det ordinære arbeidsmarkedet. Informantene fortalte hvordan Fontenehuset kunne bidra med å tilrettelegge for å oppnå kontakt med arbeidsmarkedet i tilbudet de kaller «overgangsarbeid». Dette er ordinære arbeidsplasser der medlemmer får tilbud om jobb for en periode og de mottar ordinær lønn. Informantene fortalte hvor viktig motivasjonsfaktor det er å motta lønn og muligheten til jobb utenom huset. Tilbudet Fontenehuset gir når det gjelder overgangsarbeid ble tatt frem som unikt og en viktig del av modellen. Flere informanter erfarte at Fontenehuset skilte seg ut fra andre tilbud de hadde deltatt på tidligere, da Fontenehuset legger opp til en arbeidsorientert dag. De fortalte også at dette kunne være mye av grunnen til god stemning og lite sykdomsprat, fordi man kunne konsentrere seg om å utføre arbeidsoppgaver sammen.

Arbeidsoppgavene som gjøres er helt nødvendig for den daglige driften av huset. Det er et puslespill som man legger sammen og er delaktig i.

Et steg i riktig retning

I fokusgruppeintervjuene ble det referert til egne erfaringer rundt egen prosess. «Et steg i riktig retning» er en indikator som beskriver det informantene vektla som et resultat av

medlemskapet ved Fontenehuset. Det ble flere ganger nevnt hvordan medlemmene hadde funnet motivasjonen til å finne tilbake til og bruke sine ressurser, som igjen ga økt mestringsfølelse. Medlemmer forteller om ressursfokus ved Fontenehuset. Det gjelder både det å se hvilke ressurser hvert enkelt medlem har i seg selv og å se den samlede ressurskompetansen på huset. Flere av informantene fortalte om muligheten til et vidt spenn i arbeidsoppgaver, fra mindre til større, og at de selv kunne skrive seg opp på de oppgavene de følte de mestret. Dette gjorde også at de fikk tilbake troen på seg selv og fant tilbake til de ressursene som ikke hadde vært tatt i bruk på lenge. Informantene erfarte også at det var mange ressurser på huset, og at de var flinke til å hjelpe hverandre og utnytte hverandres ressurser.

Istedenfor å bare høre dine begrensinger ser du faktisk at noen har trua på deg og du har muligheten til å gjøre det i ditt eget tempo.

Medlemmene fortalte hvordan de opplevde å få motivasjonen tilbake etter at de startet på Fontenehuset. Både motivasjonen til å utføre arbeidsoppgaver som en del av driften av huset, men også som en bieffekt i forhold til hvordan det førte til økt motivasjon i hverdagen generelt.

Jeg får mer motivasjon av å være her, for første gang etter at jeg ble syk tenker jeg at det er mulig å begynne å jobbe igjen.

Det ble også nevnt at det å se andre medlemmer få til noe, hadde en stor motivasjonseffekt. Informantene beskrev hvordan det opplevdes som annerledes på Fontenehuset sammenliknet med andre steder. Der de andre steder hadde opplevd sjalusi når noen «fikk det til» var det annerledes på Fontenehuset. På Fontenehuset beskrev informantene at det heller opplevdes som en motivasjon og en glede og se andre lykkes.

Det gleder og motiverer meg at andre medlemmer når målene sine.

Det gleder meg sånn og se andre gjøre fremskritt. Jeg vokser faktisk på det selv.

Informantene fortalte egne historier om hvordan Fontenehuset hadde vært en læringsarena og gitt mestringsfølelse. Informantene refererte også til andre medlemmer som hadde vist at de hadde hatt en positiv effekt ved å være på Fontenehuset. Informantene viste til egne opplevelser og andre medlemmer som hadde vist god progresjon og vist at de mestret, for eksempel fra det å ikke klare å si noe i forsamlinger til å lede et arbeidsmøte. Informantene mente at det var et miljø på Fontenehuset som ga rom for å øve seg på oppgaver og utfordringer hos den enkelte. Medlemmene fortalte om viktigheten av at noen hadde troa på deg, ikke ga deg opp og støttet deg på veien til å få tilbake troen på deg selv.

Her er det selvbyggende å være. Man vokser og ser at man får til ting, og får mulighet til å være sosial. Så får du heller en mestringsfølelse i stedet for å tenke - å nei jeg fikk ikke til dette heller.

Jeg klarte ikke å komme ut av sengen før, da jeg begynte her fikk jeg mulighet til å gjøre oppgaver og se at jeg mestrer.

Arbeidet medarbeiderne ved Fontenehuset utførte ble tatt frem som en viktig brikke på veien mot hverdagsmestring og vekst. Medarbeiderne skal være en trygghet i miljøet og sørge for kontinuitet og skape engasjement til driften av huset. En av informantene sa at en medarbeiders hovedoppgave er å motivere medlemmene til å delta i arbeidsoppgaver.

Medarbeidere er flinke til å motivere på en måte som engasjerer medlemmer.

6.5 Fontenehusmodellens begrensninger

Alle de tre intervjuene var preget av at medlemmene hadde positive erfaringer og opplevelser i det å være medlem av et Fontenehus. På fokusgruppeintervjuene delte også informantene sine erfaringer rundt utfordringer og ulike sider av modellen og medlemskapet. Funnene viser til at husene er forskjellig selv om det er en felles modell. Medlemmer og medarbeiderrollen utfordres gjennom den daglige driften. Det fremkom at Fontenehuset kan være for mange, men ikke nødvendigvis for alle.

Husets likheter og forskjeller

I fokusgruppeintervjuene ble det nevnt ulike utfordringer knyttet til de forskjellige husene. Det var noen forskjeller ut i fra hvor huset var lokalisert, om det var stor eller liten by. Fontenehusmodellen er en internasjonal modell med felles retningslinjer som skal sikre at Fontenehusene blir driftet med et felles utgangspunkt. Informantene fortalte at deres Fontenehus ble akkreditert, noe som sikret at huset fulgte de internasjonale retningslinjene. De fortalte likevel om ulike erfaringer og noen forskjeller, og selv om modellen er lik, har hvert hus sitt personlige preg.

Det er jo sånn at modellen og retningslinjene er like, men husene er likevel forskjellig.

Det ble også nevnt noen ulike utfordringer ved de ulike husene. Det var enighet blant informantene om at Fontenehuset var et godt tilbud som flere burde få vite om og få tilgang til. Det ble sagt at en del medlemmer hadde oppdaget huset ved en ren tilfeldighet og

informantene mente at tilbudet kunne vært bedre markedsført. Da kunne flere mennesker med psykiske helseutfordringer fått samme mulighet.

Vi kan bli bedre på markedsføring og møte mulig medlemmer. Jeg brenner for modellen, flere bør få mulighet til å oppleve dette

Det var også ulikt fra hus til hus når det gjelder medlemsantall og størrelse på husene. En utfordring et sted var at de ønsket flere medlemmer, samtidig som det på et annet hus var plassmangel. Et hus var godt integrert i lokalsamfunnet og det gjorde at mange av medlemmene så positive virkninger av at folk visste om tilbudet og jobben de gjorde, slik at praksisplasser og overgangsarbeid var mer tilgjengelig.

Modellens balansegang og spenninger

Informantene vektla at den flate strukturen mellom medlemmer og medarbeidere var positiv, men det var likevel en vanskelig balansegang som kunne by på utfordringer. Retningslinjene ved Fontenehuset legger opp til likeverd og at medlemmer skal delta på alle arenaer. Informantene fortalte at dette er en veldig positiv side ved modellen at medlemmer deltar i beslutningsprosesser og på møter. Samtidig som det kan være utfordrende i praksis å tilrettelegge for beslutningsmyndighet i alle ledd. Det ble sagt at tanken var god, men at det kunne være vanskelig å gjennomføre i praksis på et hus med mange medlemmer og mange meninger. En utfordring som kom frem fra informantene var balansegangen mellom medarbeiderrollen og medlemsrollen. Det var ulikt fra hus til hus hvordan informantene opplevde utfordringer rundt dette. Modellen legger opp til en flat struktur og setter likeverd høyt. Samtidig var det enighet om at medarbeidere og medlemmer har ulike roller.

Det er utfordringer i forhold til modellen om hvor beslutninger skal tas

Det er viktig at medlemmer er med på ansettelsesprosesser fordi vi ser ting fra en annen side enn de ansatte.

Det ble sagt at man kan ha en visjon om selvdrevenhet, samtidig som informantene vektla betydningen av medarbeiders rolle, som skal engasjere og motivere til den daglige driften.

Den der teorien om selvdrevenhet den er fin, men den er ikke gjennomførbart i praksis i alle fall ikke de erfaringene jeg har etter 2 år.

Uten driften og medarbeidere som pusher på og sier at «jeg skal gjøre det, vil du bli med?» stopper arbeidsengasjementet fort opp ...

«Fontenehuset er ikke for alle»

Gjennom intervjuene ble det sagt at «Fontenehuset er ikke for alle». Noen av informantene beskrev at skal man ha best mulig utbytte av tiden på huset, må man være klar for det. Fontenehuset er et sosialt hus med mange mennesker og høyt tempo. Selv om man frivillig velger hvordan man bruker huset, ble det sagt at det kan oppleves overveldende og belastende for enkelte i en fase av sin sykdom der de kanskje har behov for andre tilbud.

Fontenehuset er ikke for alle, er du ikke klar for det eller ikke har et mål om å bidra til fellesskapet, er ikke Fontenehuset stedet for deg.

Det kom tydelig frem gjennom alle intervjuene at medlemmene opplevde stemningen på huset som god og at Fontenehuset var et godt sted å være. Medlemme forklarte det gode miljøet med at det var mye på grunn av retningslinjene, medarbeiderne og ikke minst medlemmene som valgte å bruke huset. De som valgte å bruke huset var ofte motivert for det og så nytten av å være der.

Da blir det en naturlig seleksjon av medlemsmassen, du får en god stemning og et miljø her for alle har som sagt et felles mål.

7. Diskusjon

Gjennom diskusjonskapittelet vil studiets funn settes opp mot teoretisk rammeverk for å få en dypere innsikt og ny kunnskap om medlemmers erfaringer og opplevelser av å være medlemmer ved et Fontenehus. Studiens hensikt er å undersøke medlemmers erfaringer fra deres tid på Fontenehuset og hvilke faktorer medlemmer ser som viktig for å fremme god psykisk helse og økt livskvalitet. Diskusjonskapittelet er delt inn i fire underkapitler: Verdien av erfaringer i flere ledd, Fontenehusmodellen sett i et recovery-perspektiv, Medlemskapets betydning i veien mot et bedre liv og til sist, Et møte med verdighet.

7.1 Verdien av erfaringer i flere ledd

Gjennom brukerperspektivet var hensikten å få en forståelse av hva personer med erfaring mener fremmer god psykisk helse. Som brukerorganisasjonen «We shall overcome» sier: «ingenting om oss uten oss» (Myhra, 2012). «Ingenting om meg uten meg» har nå manifestert seg også i den nye stortingsmeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Pasienten selv og mennesket som har erfart psykisk sykdom sitter med erfaringsgrunnlaget, om seg selv, sin fungering og hvordan helsevesenet kan bidra til løsninger. Hva skal til for å oppnå recovery-orienterte praksiser og kunnskap om hva som kan bidra til gode løsninger i veien frem mot hverdagsmestring og bedring? Store deler av helsefaglig og helsefremmende forskning utføres med et grunnlag om hva helsearbeidere mener og erfarer, fremfor hva brukeren selv erfarer at de har behov for (Hummelvoll et al., 2010). For å få en dypere forståelse og et grunnlag som kan være til nytte for Fontenehuset og for oss, ønsket vi med denne oppgaven å løfte brukerstemmen. Hva kan være viktigere for oss som psykisk helsearbeidere, enn å fremskaffe kunnskap om brukerens syn på hva som fremmer god psykisk helse? Psykiske helseutfordringer er en av vårt samfunns største helseutfordringer, der vi står overfor et behov for kunnskapsutvikling og gode tjenestetilbud for å imøtekomme veksten (Helsedirektoratet, 2014). Brukerorganisasjoner og brukerrepresentanter har gjennom flere år vært med å bidra til å påvirke og utvikle tjenestetilbudet, og det er først i senere år at det satses på bruker- og erfaringskompetanse innenfor feltet (Volden, 2014). Utgangspunktet ligger nå til rette for at pasientens stemme skal være av stor betydning i beslutningsprosesser og utvikling av tjenestetilbudet. Hvordan skal så dette gjennomføres i praksis? Et åpnere samfunn med et syn på psykisk helse som kan likestilles med somatisk helse, fordrer at tilbudene legges til rette for brukerens behov. Forskning innen recovery viser at menneskers egen erfaring er

avgjørende i veien mot bedring (Borg et al., 2013). Fontenehuset har sin opprinnelse fra personer med egenerfaring fra psykiatrien, der de ønsket et møtested på egne premisser. Dette har blitt videreutviklet og modellen og retningslinjene har endret seg. Fontenehusets ideologi og tankegang baserer seg likevel på brukernes behov, ressurser og erfaring. Resultater fra denne studien viser verdien av å være tilknyttet et tilbud som setter egne erfaringer og ønsker høyt. Informantene forteller hvordan deres erfaringer fra å leve med en psykisk sykdom har ført til at de har med seg noe i bagasjen. Denne erfaringen ble løftet opp, ikke bare som en belastning og noe negativt, men som en positiv erfaring. Den hadde gjort at de hadde endret syn og verdsatte ting annerledes. Det å ha erfaring fra psykisk sykdom bidro også til at de kunne leve med den de er og mestre hverdagen på sine vilkår. Forutsatt at det finnes en setting hvor dette er mulig. Fontenehusets tilbud ble beskrevet som en arena hvor medlemmers erfaringer og kunnskap om hva som bidro til bedring ble verdsatt og ivaretatt.

Funnene i dette studiet viser til at medlemmene på Fontenehuset erfarer at synet på psykisk helse har endret seg, de opplevde at det var mer akseptert å ha en psykisk sykdom i dag. Dette samsvarer med det Lorem (2014) skriver om stigmatisering. Politiske føringer vektlegger åpenhet og likestilling omkring psykiske helseutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Samtidig viser funnene at det er en lang vei å gå; det oppleves ikke at det likestilles med somatisk helse. Informantene beskriver at det i mindre grad er akseptert at man har en psykisk sykdom. Betydningen av å bli møtt med verdighet og respekt, og bli sett på som den personen man er og ikke sin diagnose, er avgjørende for å føle seg akseptert og inkludert på lik linje med samfunnet for øvrig.

På Fontenehuset var det rom for å kunne dele felles erfaringer og medlemsstøtten ble beskrevet som helt unik. Tidligere forskning om Fontenehus viser viktigheten av å møte andre i samme situasjon og oppleve likeverdige relasjoner på veien mot bedring (Coniglio et al., 2012). Funnene våre støtter opp under verdien av likemannsarbeid, som er en faktor for å fremme recovery. Fontenehusmodellen legger opp til at medlemmer støtter medlemmer, og understreker dette med retningslinjen om at antall medarbeidere er tilstrekkelig til å kunne engasjere medlemmene, men likevel ikke flere enn at driften av klubbhuset blir umulig uten medlemmenes deltagelse (Garbo et al. 2012, s. 172). Dette innebærer et arbeidsfellesskap, men også det å gi bistand og støtte utenfor det som angår selve driften. Dette underbygges også av recovery-teori som viser til positiv effekt, både i form av det å kunne bistå andre, men også at man kan dele opplevelser, erfaringer og forstå hverandre bedre (Borg & Karlsson, 2013). Det fremkommer fra våre funn at det ga positive ringvirkninger når medlemmer støttet hverandre,

det ga mestring å føle seg til nytte for noen andre. Disse felles erfaringene medlemmene har ved Fontenehuset brukes videre til å støtte hverandre gjensidig i deres utfordringer (Normann et al., 2008). Dersom erfaringsutveksling skal være fruktbart viser studiets funn at dette avhenger av omgivelsene. Dette sammenfaller med forskning på Fontenehus som trekker frem betydning av meningsfulle relasjoner i et støttende miljø (Norman, 2006). Gjennom deres erfaringer fra andre tilbud, opplevde de at det ofte ble sykdomsprat, heller enn et miljø bestående av ressursfokus. Hva gjør at det positive miljøet og ressursfokuset tar plass på Fontenehuset, fremfor sykdom og negativ prat? Det ble beskrevet både ut fra våre funn og tidligere forskning, at den arbeidsorienterte dagen var avgjørende for å skape et helsefremmende miljø. Motivasjon og muligheten til deltakelse i meningsfulle arbeidsoppgaver ble også tatt frem som virkningsfullt for å få fokuset vekk fra sykdom.

Hva om man gikk tilbake til Fontenehusets opprinnelse, et hus styrt av bare medlemmer? Ville det vært utformet annerledes og hvordan hadde driften fungert? Funnene støtter opp under betydningen av den likeverdige relasjonen og nytten av en flat struktur. På den annen side utfordres rollene i det daglige samspillet. Tanken om selvdrevenhet er slik informantene opplevde det ikke gjennomførbart i praksis. Årsaken til at Fontenehusets opprinnelse gikk fra medlemsstyrt selvhjelpsgruppe, til å ansette medarbeidere, var at de så behovet for kontinuitet og at noen kunne holde fast i de daglige rutinene (Doyle et al., 2013). Funnene viser verdien av medarbeiders rolle, som en motivator og for å engasjere i den arbeidsorienterte dagen. Det ble sagt at uten medarbeiderne stopper engasjementet opp. Hvorfor gjør det det? Gjennom praksisperiode ved Fontenehuset erfarte vi at medarbeiderrollen kunne være utfordrende og det er en hårfin balanse mellom det å motivere på en slik måte som engasjerer uten å ta ansvaret selv. Fontenehuset er opptatt av å ansatte folk med ulik bakgrunn og erfaring. Mange som utdanner seg innenfor helsefaglig retning, trer fort inn i en hjelperrolle. På Fontenehuset er det annerledes. Medlemmer skal motiveres til å ta like stor del i arbeidsoppgaver og den daglige driften. Samtidig understreket informantene betydningen av å kunne utvikle seg i eget tempo og ta skrittet når de er klar for det. Informantene vektla verdien av at man alltid kunne utføre arbeidsoppgaver sammen med noen og jobbe side om side. Dersom Fontenehuset skulle hatt en modell uten medarbeidere, kunne dette medført at medlemmer måtte tatt et stort ansvar da den daglige driften av et Fontenehus innebærer mange oppgaver. Det fremgår av funnene, at når man kommer til det punkt at man er klar for et så stort ansvar, tar de fleste steget videre i retning jobb, praksis eller studier. Informantene som hadde tatt steget videre for eksempel mot arbeid og studier, beskrev at det var rett tid, de visste at Fontenehuset alltid var der.

Fontenehuset kunne følge deg i et løp, fra starten og de første små steg, til større skritt ved å tilby arbeidsplasser i ordinære virksomheter. Recovery skal nære opp under retten til selvbestemmelse i egen prosess og omhandler ansvarliggjøring. Likevel er tidsaspektet avgjørende, det skal være når man er klar for det selv. Det krever tålmodighet og tar tid (Eplov et al., 2010).

Denne oppgaven kunne vært rettet mot brukermedvirkning, men det er ikke uten grunn vi har valgt å se bort fra dette i vårt teoretiske rammeverk. På Fontenehuset er det annerledes, det er ikke brukere det er medlemmer. Det er en grunn til det. Fontenehusmodellen benytter seg ikke av ordet brukermedvirkning. Kanskje er dette noe som skiller Fontenehus fra andre brukerstyrte senter? Det er ikke uten grunn Fontenehuset omtaler seg som et klubbhus og ikke et brukerstyrt senter. Informantene våre benyttet seg aldri av ordet brukermedvirkning, det virker å være som en selvfølge at de er en del av den daglige driften og medvirkende i alle ledd uten at det behøver å ha et eget ord. Det finnes retningslinjer i modellen som ivaretar medlemmers stemme. Den viser til at klubbhuset holder åpne forum som gjør det mulig for medlemmene og ansatte å delta aktivt i beslutningsprosesser. Beslutninger skal tas, normalt ved konsensus. Studiens funn viser at medlemmene i stor grad opplever at deres stemme blir hørt og at de har et eierskap til driften av Fontenehuset. Medlemmene tok særlig frem betydningen av å kunne påvirke i ansettelsesprosesser, da de så kompetansebehovet fra deres side. Deres vurderinger ble vektlagt, noe som bidro til å sikre medlemmers innvirkning på klubbhusets funksjoner.

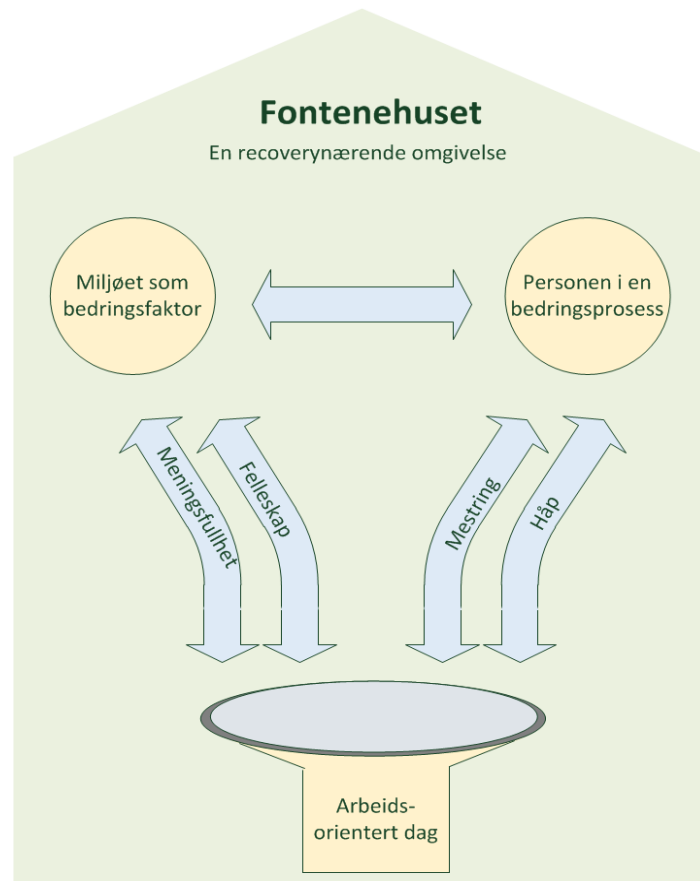
Vi har tidligere vist til funn som viser at likeverd i relasjoner er av betydning for bedringsprosessen. Likeverdige relasjoner er ikke ensbetydende med like roller. Studiens funn og tidligere studier, viser at det er en forskjell i roller mellom den ansatte og den frivillige (Herman et al., 2005). En ikke-hierarkisk struktur og et demokratisk miljø kan i følge våre funn også by på utfordringer, noe som viste seg og oppleves forskjellig fra hus til hus. Retningslinjene skal sikre en så lik drift som mulig på de ulike sertifiserte husene, likevel finnes det forskjeller. Hvordan balansere rollen medarbeider og medlem? Dersom alle skal ha en mening og alle skal påvirke alle prosesser, er dette vanskelig å gjennomføre i praksis. Retningslinjer viser til at det er leder som har det siste ordet. Blir det da en så flat struktur som modellen skal legge opp til? Retningslinjene sier imidlertid at alle skal kunne påvirke. Dette vil i praksis si at dersom leder har et forslag, som medlemmer er uenig i, kan medlemmers stemme veie tyngst. Det kom frem i funnene at medlemmene var innforstått med

rolleforskjellen ansatt - frivillig. De ansatte mottok lønn, hadde nøkkelansvar og faste arbeidstider å forholde seg til.

7.2 Fontenehusmodellen sett i et recovery-perspektiv

Erfaringene fra medlemmers tid på Fontenehuset ble beskrevet ulikt. Til tross for at alle har sin unike historie er det en felles opplevelse av medlemskapets betydning. Dette forteller oss noe om Fontenehusets evne til å imøtekomme ulike behov og vise fleksibilitet. Slik vi forstår det, dreier det seg om at alle kan bruke huset på sine premisser og etter sine behov. Tre ulike hus med sammenfallende beskrivelse om et likt fellesskap. Retningslinjene til Fontenehuset er unike og nøye utarbeidet i samarbeid med medlemmer og medarbeidere. Retningslinjene er med å sikre at driften ved et Fontenehus skal gjennomføres på samme premisser, og blir beskrevet som en modell (Doyle et al., 2013). Sertifiserte hus skal følge retningslinjene og sikre at den daglige driften utføres likt. Retningslinjene leses opp hver dag og de arbeides aktivt med på de ulike husene. Det ble ikke spurt direkte om retningslinjene under fokusgruppeintervjuene, men det fremkommer etter analysen og vår tolkning av funnene at mye av tanken bak retningslinjene går igjen. Det medlemmene presenterer av sine erfaringer og medlemskapets betydning er forankret i retningslinjene. Slik vi tolker våre funn i fokusgruppeintervjuene kan det tyde på at modellen og retningslinjer er godt integrert. Kan retningslinjene være med å skille Fontenehuset fra andre brukerstyrte senter? Forskning utført ved Sagatun Brukerstyrt senter viser at brukerne i stor grad opplever det samme som våre funn viser (Granlien & Granerud, 2011). I våre intervjuer kommer det tydelig frem at medlemmene opplever Fontenehuset som noe helt spesielt og særegent sammenliknet med andre tilbud de har deltatt i. Vi kan imidlertid ikke ut fra disse funnene slå fast hva som skiller Fontenehuset fra andre brukerstyrte senter, da det ikke fremkommer hvilke tilbud informantene tidligere har deltatt i. Samtidig kan studiet vise til en unik modell som gjennom mange års utvikling sikrer et tilbud som kommer medlemmene til gode. Modellen innehar virkemidler som gjennom flere år med forskning er nøye utarbeidet i samarbeid med personer med egen erfaring som vet hva som fungerer for å igangsette bedringsprosesser (Garbo et al., 2012). Modellen sikrer særlig den arbeidsorienterte dagen, som er høyt prioritert. Ved å se nærmere på medlemmers beskrivelser av modellens egenart kan dette sees i nær sammenheng med recovery-faktorer. Recovery er en personlig prosess, så vel som en sosial prosess (Borg, 2007). Som vist i presentasjon av recovery, er det ulike faktorer innen recovery som bidrar til å igangsette bedringsprosesser. Omgivelsene rundt en person som opplever psykisk sykdom er avhengig

av å legge til rette for at personen kan oppleve bedring (Epløv et al., 2010). Denne bedringsprosessen er avhengig av at personen selv er klar til å ta steget. Forskning viser at omgivelser som gir næring til håpet og tilrettelegger for vekst er recovery-fremmende (Borg et al., 2013). Funnene våre viser hvordan medlemmer opplever å få tilbake troen på seg selv. Den arbeidsorienterte dagen blir brukt som et virkemiddel til å oppleve mestring og motivasjon. I våre funn mener vi å se sammenhengen mellom motivasjon, håp og vekst: Verdien av at noen har tro på deg gir motivasjon til å utføre arbeidsoppgaver. Ved å erfare at man lykkes i arbeidsoppgavene fremmes håpet, som igjen styrker utvikling og mestring hos personen. Når dette kombineres med at personen selv kan ta valget etter sine ønsker og behov, og Fontenehuset har et miljø der dette er mulig, blir resultatet at medlemmene får tilbake troen på seg selv. Muligheten til deltakelse i meningsfull aktivitet som man føler man mestrer blir essensielt. Dette henger sammen med opplevelsen av å føle seg betydningsfull, noe studiets funn belyser viktigheten av. Arbeidsoppgavene som genereres via driften på huset er alle nødvendige for den daglige driften. Ved at medlemmer får anledning til å velge oppgaver etter sine ønsker, som de mestrer, frigjøres ressurser. Ved at det stilles forventninger, øker motivasjonen og bidrar til at medlemmene kan utvikle og utfordre sitt potensiale.



Modell 1: Viser hvordan den arbeidsorienterte dagen er et verktøy som bidrar til personens bedringsprosess og hvordan miljøet bidrar som en bedringsfaktor. Modellen illustrerer hvordan miljø og person påvirker hverandre.

I tillegg til den arbeidsorienterte dagen var det andre sider ved modellen som bidro til vekst og endring. Å bidra med nødvendige arbeidsoppgaver i et fellesskap, der noen savnet deg om du uteble en periode, var verdifullt for den enkelte og ga en følelse av å være betydningsfull. Det å få en telefon fra et annet medlem eller ansatt ved huset hadde ført til at flere av medlemmene kom tilbake til huset i dårlige perioder og det var særlig avgjørende i oppstartfasen. Dette underbygges med en av modellens retningslinjer: Klubbhuset sørger for en aktiv medlemskontakt – reach out – til medlemmer som ikke møter opp, som er i ferd med å isolere seg eller bli innlagt (Garbo et al., 2012, s. 172).

Fordypningsoppgaven vår baserer seg på våre erfaringer fra tiden på Fontenehuset; hva mener medlemmene er med på å igangsette bedringsprosesser? Du kommer inn døren på Fontenehuset og blir møtt med et smil, omgivelsene er hyggelige og personene er positive og glade. Hva er det med dette miljøet som får oss til å kjenne at vi blir tatt inn i varmen med åpne hender og medlemmers positive erfaringer? Fontenehuset legger opp til et ikke-

terapeutisk miljø og understreker dette med retningslinjer om at klubbhuset er lokalisert i egne lokaler, atskilt fra alle former for psykiatriske behandlingstilbud eller institusjoner, og kan ikke kombineres med annen virksomhet enn klubbhusets. Klubbhuset er innredet slik at det passer til den arbeidsorienterte dagen. Det skal samtidig være attraktivt, passende i størrelse og gi en opplevelse av respekt og verdighet (Garbo et al., 2012, s. 172). For å oppnå recovery vektlegges blant annet sosial støtte i hverdagslivets omgivelser. Borg & Topor (2014) skriver om arenaer som fremmer bedringsprosesser og materielle forutsetninger som fremmer recovery. De sier blant annet at omgivelser setter rammer og grenser for spillerom og utfoldelse som kan påvirke personene som oppholder seg i miljøet og deres atferd. Slik vi forstår det kan en institusjon som er steril skape et inntrykk og miljø som er formelt. I recovery-orientert praksis skal man skape miljøer som fremmer og tilrettelegger for en innbydende atmosfære (Repper & Perkins, 2003).

Dette studiets funn viser at flere av medlemmene hadde fått kjennskap til Fontenehuset ved en ren tilfeldighet. Basert på dette ønsket medlemmene sterkere markedsføring og at flere skulle få tilbud om å benytte seg av Fontenehuset. Det har tidligere i oppgaven blitt vist til at det stadig stilles høyere krav til helsetjenester som gir resultater. Det er et mål om at alle skal ha tilbud om Fontenehuset (Garbo et al., 2012). Det har tidligere vært lite dokumentasjon og rapportering av effekten deltakelse ved Fontenehuset gir. Bedringsprosesser og helse kan være vanskelig å måle og dokumentere. Skulle medlemskapet på Fontenehuset basert seg på kartlegging og måloppnåelser, ville modellen mistet mye av sin sentrale essens. Samtidig som det også kan være utfordrende å gi direkte dokumentasjon på hva som gir bedring. Recovery-prosesser er etterhvert blitt et felt det finnes mye forskning på. Effekten av recovery som sosial og personlig prosess er også dokumentert (Borg et al., 2013). Hvis man hadde tenkt seg at Fontenehuset kunne knyttes enda nærmere denne forskningen kunne det kanskje hatt en positiv effekt. Recovery-teori har vært utgangspunktet for å drøfte våre funn opp mot Fontenehusets modell og tankegang. Recovery-orienterte praksiser kan utvikles på mange ulike måter (Slade, 2009). Fontenehuset definerer modellen som en rehabiliteringsmodell og omtaler seg selv som et hus med arbeidsorientert rehabilitering. Å rehabiliteres defineres som å komme tilbake til det opprinnelige (Thommesen, 2010). I recovery-prosessen skal du forsøke å mestre livet slik det er. Det gjelder ikke å bli symptomfri, men å mestre sin hverdag på best mulig måte (Borg et al., 2013). Studiets funn viser at Fontenehuset kan knyttes nært opp mot recovery, og medlemmers erfaringer viser at det nødvendigvis ikke er målet om rehabilitering, men heller å lære seg å finne strategier for å mestre hverdagen. Med et utvalg av 18 medlemmer, som er

et lite antall av medlemsantallet ved Fontenehus, viser det et vidt spenn med ulike mål og forutsetninger til blant annet ordinær jobb. Et forslag verdt å ta med seg i det videre arbeidet for Fontenehuset kan være å se nærmere på Fontenehuset som en recovery-orientert praksis. Fontenehuset benytter arbeid som virkemiddel og ikke nødvendigvis som et mål. Forskning viser at deltakelse i meningsfulle aktiviteter har en helsefremmende effekt (McKay & Pelletier, 2007). Dersom man ser på recovery som en dynamisk prosess mellom personen og omgivelsene, viser våre funn at personens bedringsprosesser er avhengig av de rette sosiale omgivelsene. Denne vekselvirkningen mellom personen, Fontenehusets medlemmer og det Fontenehuset tilbyr, skaper et recoverynærende miljø.

7.3 Medlemskapets betydning på veien mot et bedre liv

Som psykisk helsearbeider er en av hovedoppgavene å bidra til at mennesker med psykiske helseutfordringer opplever et verdig liv (Eriksson et al., 2014). Hva som er et godt liv oppleves ulikt fra person til person, noe våre funn også viser til. Helsebegrepet nyanseres innledningsvis med en forståelse av at det er en prosess gjennom livet i interaksjon med omgivelsene (Hummelvoll, 2012). Blant informantene var det stor enighet om hva som kunne bidra til å oppleve god helse og økt livskvalitet, likevel var det stor variasjon om hva som var betydningsfullt for den enkelte. Gjennom våre funn har vi vist at det ikke bare er omgivelsene rundt personen som er av betydning, men også den personlige prosessen. Hvordan bidrar Fontenehuset til medlemmers bedringsprosess og livskvalitet?

Medlemmene som deltok i studien opplevde å ha knyttet vennskap både på og utenfor huset. Et sosialt nettverk og følelsen av tilhørighet og fellesskap er helsefremmende for personer med psykiske helseutfordringer (Granerud & Severinsson, 2006). Hvordan skapes sosiale relasjoner på Fontenehuset? Fontenehuset viser her en tosidighet. Relasjonen i arbeidssituasjonen gir kollegaer og mestringsfølelse. Verdien av fritidsprogrammet gir medlemmer mulighet til å delta på aktiviteter også utenom arbeidstiden; vennskap og nettverk skapes og opprettholdes. Det å kunne feire høytider og bursdager sammen med andre verdsettes og gir en opplevelse av tilhørighet og samhold. Medlemmene beskriver det som et fellesskap og gjennom den arbeidsorienterte dagen reduseres ensomhet og isolasjon. Hva forventes egentlig når man har et normalt liv? I ett av fokusgruppeintervjuene kom det frem at det første spørsmålet i møte med nye mennesker er hva du jobber med. Det at medlemmene faktisk kunne svare at de jobbet på Fontenehuset ga en følelse av normalitet og stolthet. Det å kunne si til venner og familie at de skulle på julebord å møte venner og kollegaer, ble tatt frem

som verdifullt. Studiets funn viser til viktigheten av å ha et sted å gå til, noe som bidrar til struktur og rutiner i hverdagen og følelsen av å ha et normalt liv. I lys av recovery-tankegangen er hverdagslivets arenaer mot veien til bedring viktig (Borg, 2007). Fontenehuset er et sted å komme til hver dag om man ønsker. Medlemmene har en jobb å bidra med, et sted der de er ønsket og der det er behov for dem. Medlemmene opplevde at det å ha en jobb å gå til, ikke bare ga en følelse av normalitet og tilhørighet, det skapte også betydningsfulle relasjoner, både for de som har et nettverk utenfor huset, og de som ikke har det. Fontenehuset bidrar til å skape struktur i livet til mange av medlemmene, noe som fremmer bedring av deres psykiske helse. Dette studiet viser til viktigheten av å skape en hverdag for å mestre dagliglivet. Ved Fontenehuset har de funnet sin arena mot hverdagsmestring og vekst. Det «å komme seg» avhenger av støtte i nære relasjoner (Borg et al., 2013). Forskning viser hvordan det kan ha en smittende effekt å se andre lykkes med noe og nå et mål (Næss, 2011). Blant informantene var det enighet om hvor godt det var å se at andre fikk til noe, enten det var utvikling i arbeidsoppgaver, oppgaver relatert til hjemmesituasjon eller å komme ut i jobb. Sjalousi var ikke noe tema, slik det ble beskrevet. Hvorfor er det slik? Sammenliknet med andre steder kan fokuset ofte være på kartlegging og måloppnåelse. På Fontenehuset er arbeidsaktivitet benyttet som et virkemiddel, arbeid er ikke nødvendigvis målet. Medlemmene er der på ulike premisser med ulike behov og man blir ikke vurdert ut ifra et «vellykket løp».

Hva er konsekvensen av et ikke-terapeutisk miljø? Det er ikke et diagnose-fokus, og retningslinjene legger opp til et ikke-terapeutisk miljø. Likevel fremmes bedringsprosessen hos den enkelte. En hovedvekt i funnene viser til at medlemmene opplevde en endring mot bedring og en positiv effekt når fokuset på behandling og medisinerer ble tatt bort. Kanskje er det en fare ved medisinsk behandling at personen i mindre grad står ansvarlig for sin egen prosess og fokuset på sykdom blir fremtredende? Som vist til i teoretisk rammeverk er diagnosesystemer ment for å gi personer med psykiske helseutfordringer rett og nødvendig helsehjelp (Borg & Topor, 2014). Samtidig som forskning utført av Stayner & Davidson (1997) viser til at man som fagperson kan tre inn i en rolle og bli påvirket av diagnose. Dette kan medføre at diagnosen tar fokuset bort fra personen (Stayner & Davidson, 1997). Gjennom dette studiet vises det til flere funn som kan knytte fontenehusmodellen opp mot recovery-tankegangen. Det finnes likevel utfordringer rundt recovery-tankegangen og en ikke-terapeutisk tilnærming. Recovery-begrepet kan lett oppleves som tvetydig og lite selvforklarende, som kan føre til at recovery fort kan sees på som en metode, og mister da den egentlig og opprinnelige tankegangen (Hummelvoll, 2012). Videre vises det til at enkelte

brukere av tjenester er bekymret for at recovery skal føre til dårligere tilbud, for tidlig ansvarliggjøring, og at pasienter skal presses ut i jobb på et tidspunkt man ikke er klar for det (Hummelvoll, 2012). Viktige funn i dette studiet viser likevel til en positiv effekt for medlemmene ved et ikke-terapeutisk miljø og verdien av å se bort fra diagnose. Ved å oppleve å få en hverdag tilbake og en arena hvor man kunne være seg selv og utvikle seg, hadde dette ført til at flere av informantene hadde sluttet eller redusert sitt medisinbruk. I dette studiet er det for få informanter til å kunne slå fast i hvilken grad Fontenehuset bidrar til å redusere innleggelser og medisiner. Likevel kan vi ut fra studiets informanter vurdere at medlemmene opplevde at Fontenehuset bidro til økt livskvalitet ved å føle en bedring av sin psykiske helse, for noen en så stor endring at behovet for medisiner ikke lenger var nødvendig. Hadde man satt dette i et samfunnsøkonomisk perspektiv, kunne det ved en større undersøkelse vært mulig å vurdere hvorvidt Fontenehuset bidro til færre innleggelser og redusert medisinbruk for medlemmene. Fontenehuset ble beskrevet å ha en slags anti-depressiv effekt. Den mellommenneskelige terapien som bidrag i individuell prosess anses som et viktig funn. Settes det i sammenheng med livskvalitetsbegrepet, kan elementer som å redusere isolasjon og ensomhet, oppleve glede, fellesskap og et varmt miljø, bidra til økt livskvalitet. Disse elementene kan ved Fontenehuset sees på som beskyttelsesfaktorer som igjen bidrar til å hindre tilbakefall. Forskning viser at mennesker som har en psykisk sykdom kan oppleve å ha en god psykisk helse (Keyes, 2002). Setter vi denne forskningen i sammenheng med studiens funn som viser til at medlemmene opplevde at «angsten slapp» da de kom inn døren, sier det noe om at medlemmer som i utgangspunktet har en psykisk helseutfordring opplever psykisk velvære og bedring ved hjelp av Fontenehuset.

Om vi setter livskvalitetsbegrepet opp mot våre funn, ser vi at medlemmers opplevde erfaring med psykiske utfordringer bidro til en dimensjon i livet de ikke ville vært foruten. For å kjenne på glede i livet, må man også ha erfart livets skyggesider (Ramdal, 2013). Er det et paradoks at man må ha vært psykisk syk for å oppleve gleden ved det normale liv, i det minste mot det bedre liv? Medlemmene brukte sine erfaringer i bedringsprosesser. Sett i lys av recovery-perspektivet, er mye av tankegangen innenfor recovery basert på menneskers egenerfaringer. Funnene viser at når erfaringene brukes til noe positivt så må også miljøet legge til rette for dette. Ved å snu sin tankegang mot noe positivt, så informantene hvordan erfaringsutveksling kunne gi deres tidligere erfaringer nye dimensjoner i livet. Flere av informantene så på deres perioder i livet som utfordrende, samtidig som det ble sagt at de ikke ville vært foruten. Skal man greie å se på vanskelige og tunge erfaringer som noe positivt avhenger det også av at man

kommer i en situasjon hvor noe snur, mot det positive. Dette kan igjen føres tilbake på omgivelsene ved Fontenehuset som gir vekst til håpet, som fremmer bedring (Borg & Topor, 2014).

Medlemskapet på Fontenehuset er frivillig og uten tidsbegrensning. Alle medlemmer har fri tilgang til å benytte seg av huset innenfor åpningstidene. For å understreke frivilligheten, foreligger ingen arbeidsavtaler og lignende i den hensikt å tvinge medlemmer til deltagelse (Garbo et al., 2012). Årsaken til at medlemmene kommer er i hovedsak på egne premisser og ut fra eget ønske og motivasjon. Tiden medlemmene hadde til rådighet var essensielt i endringsprosessen; dette underbygges av recoveryforskning (Borg, 2007). Hvordan får da medlemmene det ekstra pushet til å tørre og ta steget videre mot for eksempel ordinært arbeid, dersom det blir for trygt - blir Fontenehuset en hvilepute? Funn viser til at medlemmene kunne finne sine veier på Fontenehuset som førte til at de ble utfordret i ulike arbeidsoppgaver. Likevel ble det sagt at når man har funnet et miljø og et fellesskap man trives så godt i, er det vanskelig å gi slipp på det og ta steget mot noe ukjent og fremmed. Slik vi tolker våre funn, er det flere tilbud innenfor Fontenehuset som gjør at prosessen ikke trenger å stoppe opp og Fontenehuset bli en hvilepute. Samtidig kan vi se at å drive endringsprosessen videre, kan være tungt når man har kommet til et punkt hvor det føles bra. For mange medlemmer er det ikke alltid de har styring over egen prosess, selv om Fontenehuset tilrettelegger for dette. I noen tilfeller er det samfunnsstyrt, ved for eksempel en tidsbegrenset trygdeytelse. Det mange føler som trygt, helsefremmende og «godt nok», tvinges inn i en prosess der rammene er utrygge. Da er det viktig at Fontenehuset følger opp på en slik måte at husets tilbud blir et steg videre på veien for dem som har behov.

Flere av faktorene vi viser til, sees som avgjørende for å igangsette en personlig bedringsprosess. Samtidig fremkommer det at Fontenehuset ikke er for alle, det ble sagt at det var en naturlig seleksjon av medlemsmassen. Slik vi forstår det baseres mye på at det er et hus med høyt tempo, mye folk og åpne omgivelser. Til tross for et miljø med mye folk i ulike situasjoner med ulike ønsker og behov, har de likevel noe til felles: De ønsker å bidra i fellesskapet for å fremme og muliggjøre den daglige driften av huset. Dette kan virke overveldende for mange i perioder, noe også Norman (2006) konkluderer med i sitt studie. Fontenehusets ideologi må internaliseres (Norman, 2006). Det kan være vanskelig å forstå modellen i starten og man trenger tid for å komme inn i miljøet. Når våre funn viser at medlemmer som benytter seg av huset, ønsker det, vil kanskje dette forklare hvorfor Fontenehuset oppleves som positivt for den enkelte på veien mot en bedre psykisk helse?

Positive opplevelser fremmer et positivt miljø. Slik vi tolker funnene, er det avgjørende at personen som benytter seg av huset er mottakelig for styrkene ved huset, samtidig som personen er sterk nok til å kunne bidra i fellesskapet. De personene som kanskje ikke kommer inn i Fontenehusets tankegang og fellesskap, ville ikke gitt de samme positive erfaringer fra sin tid på Fontenehuset.

7.4 Et møte med verdighet

Fontenehusets retningslinjer legger opp til at lokalene skal bære preg av det estetiske, og rommet skal gi en opplevelse av respekt og verdighet. I ordene verdighet og respekt, vektlegges det i våre funn at å bli møtt på en respektfull måte, innebærer å bli møtt som den personen man er, som en likeverdig. På Fontenehuset er det ikke en diagnostisk tilnærming til mennesker (Garbo et al., 2012). Du skal bli møtt som den personen du er, med de forutsetningene du har. Ut fra egne erfaringer har vi sett hvordan man lett kan ha forutinntatte holdninger og «sette folk i bås», ut fra den informasjonen man får om diagnose. Ved å knytte våre funn opp mot en humanistisk tilnærming, kan det gi en forståelse av hva dette innebærer i personens bedringsprosess. Det er ikke oss og dem, det er vi. På Fontenehuset legger man opp til å gjøre en jobb for å drifte huset sammen. Da må man være opptatt av hvilke ressurser den som kommer til Fontenehuset har, eller ønsker å utvikle hos seg selv. Mister vi som psykisk helsearbeider, undringen og evnen til å se hver enkelt person i takt med at vi øker vår kunnskap om sykdom og diagnose? Det å møte personer som den de er og bli kjent med personene, og ikke deres diagnose, er noe man får erfare på Fontenehuset. Her trenger ingen å snakke om diagnosen sin hvis de ikke ønsker det. Møter man personen på en annen måte da? Uansett om vi vil eller ikke tror vi at vi blir påvirket av å lese journaler og legeerklæringer. I tidligere arbeid, tilstrebet vi å møte brukeren der de er og minske gapet i maktforholdet mellom hjelper og mottaker. Vi var arbeidsveiledere, og tittelen i seg selv innebar å veilede den andre. Som Tew (2005) nevner, er viktige elementer i recovery-tenkning å se bort fra hjelpermottakerrollen – ovenfra og ned tankegangen. Pasienten selv har erfaringene om sitt liv, som er en grunnleggende tankegang i eksistensialismen (Hummelvoll, 2012). I artikkelen «Bearing witness» av Arman (2007), vises det til at vi som psykisk helsearbeidere må tørre å vise mot og ydmykhet overfor de menneskene vi møter, slik at vi kan skape grobunn for at de kan finne ressurser i seg selv. I teorien vises til at sykdomsopplevelsen oppfattes ulikt fra person til person. Når man som psykisk helsearbeider skal ha forståelse for at du kan ha en sykdom, men ikke en opplevelse av å ha det og omvendt, kan man ikke møte sykdommen, man må møte

mennesket. Betydningen av å være dette bevisst i møte med den andre kommer til uttrykk når man ikke har en ovenfra og ned-holdning, men møter den unike (Hummelvoll, 2012).

Hvilke konsekvenser får det for den enkelte å ikke bli møtt med verdighet? Studiens funn viser verdien av det å bli møtt med verdighet, verdien av miljøet og menneskene man omgås på veien mot bedring. Dette kan i første omgang virke pompøst og gitt for oss som jobber med mennesker. Er det ikke sånn at vi er utdannet til å ta vare på folk, ta dem imot, lytte og ivareta deres ønsker og behov? Flere av informantene viser til erfaring som ikke samsvarer med det man først skulle tenke var selvfølgeligheter i møte med helsevesenet. Har ikke de fleste av oss møtt fastlegen som ser i tastaturet og er lite interessert i den egenopplevde historien? Psykisk helse og psykisk uhelse oppleves utrolig forskjellig fra person til person og gjennom de ulike livshendelsene. Det er ikke som et brukket ben som skal gipses, det er langt mer komplekst enn som så. Hvordan imøtekomme den enkeltes behov, mener vi fordrer en åpen holdning og en tilnærming preget av å se individet med et helhetlig blikk og forstå mennesket fra et innenfra-perspektiv. Innenfor psykisk helsearbeid viser vi til definisjonen av psykisk helsefremmende arbeid, som sikter mot å sette folk i stand til å makte livshendelser, både de forutsigbare og de uforutsigbare, gjennom å øke selvaktelse og opplevelse av velvære (Eriksson et al., 2014). For å imøtekomme dette må mennesket møtes på en måte som fremmer troen på seg selv, slik at selvtilliten kan gjenvinnes og bygges opp. En måte å gjøre dette på, er å la personen selv få ansvar slik at ressursene kan frigjøres. Det betinger at personene selv er klar for det. Det tar tid å bygge seg opp, men ved små skritt, kan veien bli kortere enn man tror. Vi sitter etterhvert med et ansvar når man ser på beskrivelsen av hva psykisk helsearbeiders jobb innebærer, satt i sammenheng med våre grunnutdannelse. For å imøtekomme det som sies å være «vårt ansvar», vil nok vår arbeidskarriere være ganske mørk, med gjentatte nederlag. Hvis vi snur på det, og tenker at dette er pasientenes eget ansvar, og at vi skal lede dem på veien, blir det annerledes. Dette underbygges også av recovery-tankegangen; Deegan (1993) har beskrevet recovery som «being in the driving seat». Recovery handler om å ta styring og kontroll over utfordringer knyttet til psykisk helse, samtidig som man selv er ansvarlig for å ta avgjørelser om hvordan livet skal leves (Repper & Perkins, 2003). Slik vi oppfatter og tolker våre funn, har Fontenehuset funnet frem til en fruktbar og effektiv modell som ivaretar verdighet ved å ansvarliggjøre den enkelte. Som funnene viser, er det viktig å poengtere at Fontenehuset ikke er et tilbud som skal erstatte andre behandlingstilbud, og at du selv må være klar for det.

Vi ønsker ikke å underbygge dette som en ny oppdagelse, men som en påminnelse om at uansett hvor mye vi utdanner oss innen feltet, vil vi aldri bli ekspertene. Det er personene selv som sitter med den viktigste kompetansen. Vår kompetanse er å tilrettelegge og fremme for deres vekst. Som diktet vi benytter i denne oppgaven sier noe om: «Det einaste me kan gjera er å skapa rimelege vilkår for liv. Livet sjøl må kvar for sin part skapa» (Garborg, 1925).

8. Konklusjon og oppsummering

Gjennom dette studiet har medlemmer delt sine erfaringer gjennom tre fokusgruppeintervjuer på tre ulike Fontenehus. Deres erfaringer har blitt satt i sammenheng med tidligere forskning og teori. Hensikten var å få en dypere forståelse av medlemmers erfaring fra deres tid på Fontenehuset, og deres opplevelser av hva som har bidratt til deres bedringsprosess og økt livskvalitet. Fontenehuset kan ut fra medlemmers erfaringer bidra til å oppleve hverdagsmestring og vekst. Basert på studiets funn fungerer det for de menneskene som møter Fontenehuset på rett tidspunkt, er klar for og kan benytte seg av tilbudet. De får påfyll av Fontenehusets medisin til å opprettholde et godt liv. Ikke til tross for psykiske helseutfordringer, men på grunn av at de i samspill med miljøet og i seg selv skaper noe unikt.

Resultatet fra dette studiet viser at Fontenehuset er en arena som inneholder flere elementer som bidrar til recovery. Som tittelen på denne oppgaven beskriver, har medlemmene vist til at Fontenehusets modell og egenart har bidratt til deres vei mot bedring. Slik vi ser det, kan Fontenehuset omtales som en «Recoverynærende omgivelse»; en arena som frembringer håp, en følelse av fellesskap, frigjør ressurser og tilrettelegger for at den enkelte skal finne sin vei mot bedring. Særlig er elementer som den arbeidsorienterte dagen, frivilligheten og det tidsubegrensede medlemskapet tatt frem som avgjørende i bedringsprosessen. Verdier som likeverd og verdighet er også av stor betydning for medlemmers opplevelse av hva som fremmer god psykiske helse. Resultatene viser hvor avhengig den personlige bedringsprosessen er av omgivelsene, samtidig som vi ser at medlemmer som opplever bedring, deler sine personlige erfaringer med andre medlemmer som fører til en motivasjonseffekt. Bedringsprosessen er derfor dynamisk, personene påvirker miljøet og miljøet påvirker personene. Ut fra studiets resultater kan det sies at Fontenehuset oppleves som noe annerledes og unikt for medlemmene som deltok på studiet. Det var enighet om at Fontenehuset hadde bidratt til en opplevelse av å føle seg betydningsfull og var en trygghetsplattform for den enkelte i deres situasjon.

Slik vi ser det kan Fontenehusets ideologi, modell og verdier tilrettelegge for et miljø som fremmer bedringsprosesser for personer med psykiske helseutfordringer. Psykisk helse svinger, man har gode og dårlige perioder. På Fontenehuset har medlemmene tid til å finne sin vei og sine muligheter til å igangsette bedringsprosesser. Fontenehusets tilbud passer ikke nødvendigvis for alle med en psykisk helseutfordring. Når en person ikke er i stand til å ta ansvar i egen prosess og har behov for tett oppfølging, er det andre tilbud som er bedre egnet.

Fokusgruppeintervju har vist seg å være en godt egnet metode i dette studiet-det har gitt oss en dypere forståelse og nyanserte funn gjennom diskusjoner og erfaringsutveksling. Arbeidet med dette studiet har ført til ny kunnskap om Fontenehusets ideologi og modell, men ikke minst har det gitt oss en forståelse av hva personer med egenerfaring fra psykisk helse anser som viktig i veien mot en bedre psykisk helse. Det å stille noen spørsmål og undre seg over helt elementære ting, har gitt oss noen tankevekkere og erfaringer vi vil ta med oss videre i arbeidet som psykisk helsearbeidere. I større grad enn først antatt, er verdien av å undersøke brukerstemmen blitt bekreftet via dette studiet. For oss har arbeidet med studiet bidratt til en praksisnær erfaring, som i kombinasjon med et teoretisk grunnlag, bidrar til en kompetanse vi ikke ville vært foruten i møte med praksisfeltet.

Det er viktig å understreke at dette studiet er basert på et lite utvalg av medlemmenes totalmasse, samtidig som det kan være en overvekt av personer med positive opplevelser som velger å delta på et slikt studie. Kanskje hadde det vært vanskelig å få tak i aktive medlemmer med en annen erfaring. Det kunne vært spennende og basert et liknende studie på medlemmer som hadde sluttet, eller gjort en sammenlikning mellom Fontenehuset og brukerstyrte sentre. Det finnes lite forskning utført på Fontenehus i Norge. Ingen i Norge har tidligere sett på medlemmers erfaringer i et recovery-perspektiv. Resultatet i dette studiet viser at recovery-tankegangen kan sees i nær sammenheng med det medlemmer opplever igangsetter bedringsprosesser ved et Fontenehus, og som igjen bidrar til økt livskvalitet. Funn fra dette studiet viser at medlemmer har redusert sitt medisinbruk og antall innleggelser etter at de startet på Fontenehuset. Det ville vært nyttig og studert Fontenehusets tilbud og medlemmers erfaringer sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Avslutningsvis vil vi anbefale Fontenehusene å vurdere om recoverybegrepet er mer dekkende enn rehabiliteringbegrepet sett i forhold til medlemmenes erfaringer og Fontenehusets tankegang.

Litteraturliste

Andvig, E. & Ansteensen, F. (2004). Om Brukerstyring i psykisk helsearbeid. En historie om Huset i Larvik. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. (02), 18-25.

Arbeidsdepartementet og Helse- og Omsorgsdepartementet. *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse* (2013-2016), kap.4.6, pkt.27. Oslo: Departementet.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2012). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse*. (Strategiplan, 2007-2012). Oslo: Departementet.

Arman, M. (2007). Bearing witness: An existential position in caring. *Journal for the Australian Nursing Profession*. 27(1), 84-93.

Barbosa Da Silva, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjenesten og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Barbour, R. (2007). *Doing focus groups. The SAGE Qualitative Reasearch Kit*. (3.utg.). London: SAGE Publications Ltd.

Barbour, R.S. & Kitzinger, J. (Red.). (1999). *Developing focus group research. Politics, theory and practice*. London: SAGE Publications Ltd.

Barry, M.M. (2009). Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, (11:3), 4-17. <http://10.1080/14623730.2009.9721788>.

Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Rapport nr 4/2013. Trondheim: NAPHA.

Borg, M. & Karlsson, B. (2013). *Psykisk helsearbeid, humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: Persepctives of individuals recovering from severe mental health problems* (Doktorgradsavhandling). Trondheim: Norges teknisk naturvitenskapelige universitet.

Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3.utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder. En Grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

Carolan, M., Onaga, E., Pernice-Duca, F., & Jimenez, T. (2011). A Place to Be: The Role of Clubhouses in Facilitating Social Support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(2), 125-132.

Clubhouse International. (22.05.2015). Lokalisert på: <http://www.iccd.org/about.html>

Coniglio, F.D., Hancock, N. & Ellis, L. A. (2012). Peer Support within Clubhouse: A Grounded Theory Study. *Community Ment Health J*, 48:153–160. DOI 10.1007/s10597-010-9358-5.

Creswell, J.W. (2014) *Research design. Qualitative, quantitative & mixed method approaches*. (4. utg.). UK: SAGE Publications Inc.

Davidson, L. & Stayner, D. (1997). Loss, loneliness, and the desire for love: Perspectives on the social lives of people with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(3), 3-12.

Deegan, P. (1993). Recovering our sense of value after being labeled: Mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services. ProQuest*, 31(4), 7-11.

Doyle, A., Lanoil, J. & Dudek, K.J. (2013). *Fountain House. Creating Community in Mental Health Practice*. New York: Columbia University Press.

Eplov, F.L., Korsbek, L., Petersen, L. & Olander, M. (2010). Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering-en recoveryorientert tilgang. København: Munksgaard Danmark.

Eriksson, B. G., Granerud, A. & Hummelvoll, J.K. (2014). *Masterutdanning i psykisk helsearbeid-et studentperspektiv*. Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 1-2014.

Fontenehus Norge. (22.05.2015). Lokalisert på:
<http://fontenehus.no/fontenehusmodellen/71-fontenehusmodellen>

Fontenehus Norge. (24.06.2015). Internasjonale retningslinjer for klubbhusprogram. Lokalisert på: <http://fontenehus.no/retningslinjene>.

Gadamer, H.G. (2007). *Sandhed og meode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutikk*. (2.utg). Århus: Arne Jørgensen og Academia.

Garbo, G.L., Ericsson, G., Nordhøy, A. & Bergseng, E. (2012). *En kilde til vekst*. Oslo: Fontenehuset.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Granlien, L. & Granerud, A. (2011). Brukermedvirkning og brukerprosesser satt i system-mål og verdier ved Sagatun Brukerstyrt senter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. (04), 324-333.

Granerud, A. & Severinsson, E. (2006). The struggle for social integration in the community – the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*, (13), 288-293.

Garborg, A. (1925). *Dagbok 1905-1923. Bind 2: (25.juni 1907-27.december 1909)*. Oslo: Forlaget av H. Ascheoug & co.

-
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (Veileder: IS2076/2014). Oslo: Direktoratet.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2015). *Helse- og omsorgspolitikken*. (Prop.1s2014-2015). Oslo: Departementet.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet*. (St.meld.nr. 26, 2014-2015). Oslo: Departementet.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. (St.meld. nr. 19, 2014-2015). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30 (01.03.2015).
- Herman, S., Onaga, E., Pernice-Duca, F., Oh, S. & Ferguson, C. (2005). Sense of Community in Clubhouse Programs: Member and Staff Concepts. *American Journal of Community Psychology*, (36). December, 343-356. <http://com.ezproxy/10.1007/s10464-005-8630-2>.
- Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J.K., Andvig, E., Lyberg, A. (Red.). (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hummelvoll, J.K. (2010). Flerstegsfokusgruppeintervju-en sentral metode i deltagerbasert og handlingsorientert forskningssamarbeid. *Klinisk Sygepleje*. 24 (3), 4-13.
- Hänninen, E. (2012). *Choices for Recovery, Community-Based Rehabilitation and the Clubhouse Model as Means to Mental Health Reforms*. Finland
- Janesick, V. (2000). The choreography of qualitative research design. Minutes, Improvisations, and Crystallization. I Denzin, N.K & Lincoln, Y. (Red.), *Handbook of qualitative research* (2.utg). London: Sage Publications Inc.
- Jensen, P. (2006). *En helt anden hjælp*. København: Akademisk forlag
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4 utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Keyes, L.M.C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, Vol 43 (June), 207-222.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

-
- Krueger, R.A. (1998). *Analyzing & reporting focus group results. Focus group kit 6*. California: SAGE Publications, Inc.
- Kvarv, S. (2010). *Vitenskapsteori, tradisjoner, posisjoner og diskusjoner*. Oslo: Novus AS.
- Lorem, G. (2014). *Psykisk helse. Forståelse, kommunikasjon og samspill*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McKay, C.E. & Pelletier, J.R. (2007). Health Promotion in Clubhouse Programs: Needs, Barriers, and Current and Planned Activities. *Psychiatric Rehabilitation Journal, Volume 31*, (2), 155–159.
- Mo, T., Hatling, T. & Heggen, R. (2012). Gjennomgang av Fontenehusene i Norge. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid - NAPHA*. Trondheim: 2012.
- Myhra, A.B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner: Realisering av brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Normann, T., Sandvin, J. & Thommesen, H. (2008). *Om rehabilitering- mot en helhetlig og felles forståelse*. (2.utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Norman, C. (2006). The Fountain House Movement, an alternative rehabilitation model for people with mental health problems, members descriptions of what works. *Nordic College of caring Science, Scand. J Caring Sci: 20*, 184-192.
- Norvoll, R. (Red.). (2013). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (Red.). (2011). *Livskvalitet. Forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Pedersen, P. (2014). Recovery som fagperspektiv og praksisfelt. I Almvik, A. & Borge, L. (Red.), *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 99-119). Bergen: Fagbokforlaget.
- Pernice-Duca, F. & Onaga, E. (2009). Examining the contribution of social network support to the recovery process among clubhouse members. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 12*(1), 1-30.
- Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ramdal, S. (2013). Tanker om lykke, livskvalitet og lidelse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol. 10*. (Nr. 3), 271-274.

-
- Repper, J., Perkins, R. (2003). *Social inclusion and recovery. A model for mental health practice*. United Kingdom; Ballière Tindall.
- Richardson, L. (2000). Writing a method of inquiry. I Denzin, N.K & Lincoln, Y. (Red.), *Handbook of qualitative research* (2.utg). London: Sage Publications Inc.
- Sanna, H., Granerud, A. (2009). Menneskesyn og verdier; utgangspunkt for selvbestemmelse. En kvalitativ studie om erfaringer fra psykisk helsearbeid i førstelinjetjenesten, sett fra et personalperspektiv. *Sykepleievitenskap. Omvårdnadsforskning. Nursing Science*. 37-41.
- Schafft, A. (2009). *Å få seg en jobb. Arbeidsrettet rehabilitering ved psykiske helseproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Schafft, A. (2013). Om å komme seg i arbeid. I Norvoll, R. (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 188-212). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sen, A. (2000). Social exclusion: Concepts, application, and scrutiny. Social Development papers No 1. *Asian Development Bank. Office of Environment and Social Development*.
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research*. (2.utg). London: Sage Publications Ltd.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tanaka, K. & Davidson, L. (2014). Meaning Associated with the Core Component of Clubhouse Life: The Work-Ordered Day. *Psychiatr Q*. <http://10.1007/s11126-014-9330-6>.
- Tew, J. (2005). Core themes of social perspectives. I J. Tew (Red.), *Social perspectives in mental health: Developing social models to understand and work with mental distress* (s.13-32). London: Jessica Kingslay Publishers.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. & Le Boutillier, C. (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A review of the Evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460.
- Thommesen, H. (Red.). (2010). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Topor, A. (2001). *Managing the contradictions. Recovery from severe mental disorders*. (Doktorgradsavhandling, Stockholm University). Lokalisert på: <http://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:302582/FULLTEXT01.pdf>
- Vedlog, A. (2014). Erfaring om kvalifikasjon og arbeid som medisin-en historie om å komme seg. I Almvik, A. & Borge, L. (Red.), *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 285-295). Bergen: Fagbokforlaget.

Vidme, K. (2010). *Fontenehuset i Bergen - en rehabiliteringstilnærming for mennesker med psykiske lidelser* (Mastergradsoppgave). Bergen: Høgskolen i Bergen.

Volden, O. (2014). Hvis vi tar brukerperspektivet helt ut-brukerperspektivets forutsetninger, status og konsekvenser. I Almvik, A. & Borge, L. (Red.), *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 73-98). Bergen: Fagbokforlaget.

Young, S. & Ensing, D.S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231.

World Health Organization. (23.05.2015). Lokalisert på:
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Arild Granerud
Institutt for sykepleie og psykisk helse Høgskolen i Hedmark
Postboks 400
2418 ELVERUM

Vår dato: 11.02.2015

Vår ref: 41887 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.01.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>41887</i>	<i>Medlemmers erfaringer ved Fontenehus</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Arild Granerud</i>
<i>Student</i>	<i>Ane Dyring Iversen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 27.08.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Kopi: Ane Dyring Iversen nath.ane@outlook.com



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 41887

Formålet er å få fordypet kunnskap om medlemmers erfaringer og opplevelser av å være medlemmer ved et Fontenehus. Vi ønsker også å belyse hvilke faktorer medlemmer ser på som viktig for å fremme god psykisk helse.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, forutsatt at det tilføyes at lydopptak slettes og opplysningene anonymiseres ved prosjektslutt, samt tas med kontaktopplysninger også om veileder.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Hedmark sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 27.08.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Til ledelsen ved Fontenehus

”Medlemmers erfaringer ved Fontenehus”

Vårt navn er Ane Dyring Iversen og Nathalie Bomann. Vi er to studenter ved Høgskolen i Hedmark på masterstudiet i psykisk helsearbeid. I forbindelse med vår masteroppgave ønsker vi å utføre et kvalitativt studie på tre ulike Fontenehus. Hensikten med studiet er å få fordypet kunnskap om medlemmers erfaringer og opplevelse av å være medlemmer ved et Fontenehus. Vi ønsker også å belyse hvilke faktorer medlemmer ser på som viktig for å fremme god psykisk helse. Vi skal jobbe ut fra følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har medlemmer av sin tid på Fontenehuset og hva er deres opplevelser om hva som kan bidra til bedringsprosesser og økt livskvalitet?

Vi ønsker å rekruttere informanter til vårt prosjekt via daglig leder ved et Fontenehus. Videre ønsker vi at alle medlemmer skal bli informert om vår hensikt og mulighet for deltakelse i studiet. Vi har behov for 6-9 informanter som skal melde seg frivillig til å delta på et fokusgruppe-intervju. Om det er flere enn 6-9 medlemmer som melder seg frivillig, ønsker vi at informantene velges ut tilfeldig gjennom loddtrekning. Det eneste kravet vi stiller til deltakelse er at medlemmet har vært aktivt medlem ved Fontenehuset minimum 6 måneder. Intervjuene vil om mulig gjennomføres på Fontenehuset. Det vil gjennomføres ett intervju på tre forskjellige Fontenehus. Hvert fokusgruppe-intervju vil ta ca. halvannen time. Intervjuene vil foregå i grupper med 6-9 medlemmer. Vi vil begge være til stede under intervjuene. En har hovedansvar for å stille spørsmål, mens den andre vil notere og supplere underveis i samtalene. Spørsmålene vil omhandle medlemmers erfaringer av å være et aktivt medlem på Fontenehuset, deres opplevelse av Fontenehus-modellen og deres personlige erfaringer av hva medlemskap ved Fontenehuset kan bidra til i deres hverdag.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Intervjuene skal tas opp på lydbånd. Lydfilene skal lagres og sikres, slik at det kun er Ane Dyring Iversen og Nathalie Bomann som har tilgang til disse. Siden intervjuene skal foregå i grupper, vil vi starte intervjuet med at alle sier sitt fornavn for å kunne skille stemmene fra hverandre ved videre behandling av materiale. Det vil ikke bes om opplysninger som gjør at informasjon kan føres tilbake til person eller sted. Intervjuene vil gjennomføres på et Fontenehus i en stor by, et i en mindre by og et utenfor Norge. Dataene vil bli presentert på en måte som gjør at det sikrer full anonymitet og personvern for hvert enkelt medlem. Det vil heller ikke fremgå hvilke Fontenehus dataene er fra.

Prosjektet skal etter planen avsluttes ved levering av masteroppgaven den 27.08.15. Lydopptak og utskrifter av transkribering vil da bli slettet og makulert. Opplysningene fra de tre Fontenehusene vil bli presentert i en masteroppgave ved Høgskolen i Hedmark og eventuelt i en artikkel. Full anonymisering av person og sted vil ivaretas.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og medlemmet kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom de trekker seg, vil alle opplysninger om dem tas bort. Dersom dere ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med: Ane Dyring Iversen og Nathalie Bomann. E-post: nath.ane@outlook.com. Tlf: 900 30 112/934 12 382. E-post veileder: arild.granerud@hihm.no. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Oslo, 28.01.15

Til deg som er medlem ved Fontenehus

”Medlemmers erfaringer ved Fontenehus”

Det er viktig å få vite hvilke erfaringer medlemmer i Fontenehus har ved å være medlem. Det er også ønskelig å få vite noe om hva medlemmer ser på som viktig for å få bedre psykisk helse. For å vite mer om dette skal det gjøres en undersøkelse der vi skal snakke med medlemmer på tre ulike Fontenehus, der medlemmene forteller om sine erfaringer i en gruppesamtale sammen med 5-7 andre medlemmer. Intervjuene vil gjennomføres på et Fontenehus i en stor by, et i en mindre by og et utenfor Norge.

Vi ønsker at de som blir med på samtalen har vært aktivt medlem ved Fontenehuset minimum 6 måneder. Intervjuene skal gjennomføres på ditt Fontenehus. Hver gruppesamtale vil vare i ca. halvannen time. Vi vil snakke om medlemmers erfaringer av å være et aktivt medlem på Fontenehuset, deres opplevelse av Fontenehus-modellen og deres personlige erfaringer av hva medlemskap ved Fontenehuset kan bidra til i deres hverdag.

Alt som sies vil bli anonymisert og opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Ingen vil kunne gjenkjennes. Det vil heller ikke fremgå hvilke Fontenehus samtaler er fra. Full anonymisering av person og sted vil ivaretas. Opplysningene fra de tre Fontenehusene vil bli presentert i en masteroppgave ved Høgskolen i Hedmark og eventuelt i en artikkel.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger du har gitt tas bort. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, kan du si ifra til leder og ansvarlig ved Fontenehuset.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Vi som gjennomfører denne studien er Ane Dyring Iversen og Nathalie Bomann. Vi er to studenter ved Høgskolen i Hedmark på masterstudiet i psykisk helsearbeid.

Med vennlig hilsen

Ane Dyring Iversen og Nathalie Bomann

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har medlemmer av sin tid på Fontenehuset og hva er deres opplevelser om hva som kan bidra til bedringsprosesser og økt livskvalitet?

Innledning

Fortelle om hensikten med fokusgruppeintervjuet. Informere om anonymitet og konfidensialitet. Avklare vår rolle som moderator og co-moderator. Innledningsspørsmål til alle om demografiske data; navn (fornavn), alder, hvor lenge de har vært medlemmer ved Fontenehuset.

Innledningsspørsmål

- 1) Hva gjør du på Fontenehuset?
Oppfølgingsspørsmål
 - Hva er det beste med Fontenehuset dere er på?
 - Hva burde gjøres annerledes?

Erfaringer fra Fontenehus, modellen og medlemskap

- 2) Hva betyr medlemskap ved Fontenehuset for deg?
Oppfølgingsspørsmål
 - Hva er din hovedmotivasjon for å komme til Fontenehuset?
 - Har tiden på Fontenehuset ført til noen endringer for deg personlig og i hverdagen?
- 3) Hva er den største forskjellen ved erfaringer du har fra Fontenehuset sammenlignet med andre tilbud før du ble medlem ved Fontenehuset?

Bedringsprosesser og livskvalitet

- 4) Hva er god helse for dere?
Oppfølgingsspørsmål
 - Hva mener dere gir en følelse av mestring og motivasjon?
- 5) Hva synes dere er viktig for å føle at dere har en bra hverdag
Oppfølgingsspørsmål
 - Opplever dere hverdagen annerledes før og etter tiden på Fontenehuset?
- 6) Er det andre ting dere vil fortelle om når det gjelder Fontenehuset?

Internasjonale retningslinjer for klubbhusprogram

De internasjonale retningslinjene for klubbhusprogram definerer klubbhusmodellen for rehabilitering.

Retningslinjene er vedtatt ved konsensus av det verdensomspennende klubbhusfellesskapet. Prinsippene som kommer til uttrykk i disse retningslinjene utgjør grunnlaget for den suksess klubbhusfellesskapet har oppnådd, når det gjelder å støtte mennesker med psykiske funksjonshindre for å unngå

sykehusinnleggelse og samtidig oppnå sosiale, økonomiske, utdanningsmessige og yrkesrettede mål.

Retningslinjene tjener også som en "rettighetserklæring" for medlemmene og en etisk veiledning for medarbeidere, styret og ledelse. Retningslinjene understreker at et klubbhus er et sted som tilbyr sine medlemmer respekt og muligheter. Retningslinjene danner grunnlaget for kvalitetsvurderingen av klubbhus, gjennom sertifiseringsprosessen som utføres av The International Center for Clubhouse Development (ICCD).

Hvert annet år blir retningslinjene revidert av det verdensomspennende klubbhusfellesskapet, og endret der det anses nødvendig. Prosessen blir koordinert av The Standards Review Committee i ICCD, som består av medlemmer og medarbeidere fra ICCD-sertifiserte klubbhus verden over.

MEDLEMSKAP

1. Medlemskap er frivillig og uten tidsbegrensning.
2. Klubbhuset har kontroll over inntaket av nye medlemmer. Medlemskap er åpent for alle som har eller har hatt et psykisk helseproblem, med mindre personen utgjør en betydelig og aktuell trussel mot den generelle tryggheten i klubbhusfellesskapet.
3. Medlemmer velger selv hvordan de vil benytte seg av klubbhuset og hvilke medarbeidere de vil arbeide sammen med. Det foreligger ingen avtaler, kontrakter, timeplaner eller regler i den hensikt å tvinge medlemmer til deltakelse.
4. Alle medlemmer har lik tilgang til alle klubbhusets tilbud, uavhengig av diagnose eller funksjonsnivå.
5. Medlemmer deltar etter eget ønske i utarbeidelsen av all dokumentasjon som gjelder egen deltakelse på klubbhuset. All slik dokumentasjon skal underskrives av både medlem og medarbeider.
6. Medlemmer har rett til umiddelbart å vende tilbake til klubbhusfellesskapet etter kortere eller lengre tids fravær, med mindre deres tilbakekomst utgjør en trussel for klubbhusfellesskapet.

7. Klubbhuset sørger for en aktiv medlemskontakt – reach out – til medlemmer som ikke møter opp, som er i ferd med å isolere seg eller som blir innlagt.

RELASJONER

8. Alle møter i klubbhuset er åpne for både medlemmer og medarbeidere. Det forekommer ikke formelle møter for bare medlemmer eller bare medarbeidere, hvor driften av klubbhuset eller medlemssaker blir diskutert.

9. Antall medarbeidere er tilstrekkelig til å kunne engasjere medlemmene, men likevel ikke flere enn at driften av klubbhuset blir umulig uten medlemmenes deltagelse.

10. Klubbhusmedarbeidere er generalister. Alle medarbeidere deler ansvar for arbeids-, bolig-, kvelds-, helge- og ferieprogram, og ansvaret for arbeidsenhetene. Klubbhusmedarbeidere deler ikke sin tid mellom klubbhuset og annet betydelig arbeidsansvar, som er i konflikt med den unike relasjonen mellom medlem /medarbeider.

11. Ansvar for driften av klubbhuset ligger hos medlemmer og medarbeidere og i siste instans hos daglig leder. Sentralt i dette ansvaret ligger det å engasjere medlemmer og medarbeidere i alle deler av klubbhusdriften.

LOKALER

12. Klubbhuset har sin egen identitet som innebærer eget navn, postadresse og telefonnummer.

13. Klubbhuset er lokalisert i egne lokaler. Det er atskilt fra alle former for psykiatriske behandlingstilbud eller institusjoner, og kan ikke kombineres med annen virksomhet enn klubbhusets. Klubbhuset er innredet slik at det passer til den arbeidsorienterte dagen. Det skal samtidig være attraktivt, passende i størrelse og gi en opplevelse av respekt og verdighet.

14. Alle klubbhusets lokaler er tilgjengelige for medlemmer og medarbeidere. Det er ingen lokaler kun for medarbeidere eller kun for medlemmer.

DEN ARBEIDSORIENTERTE DAGEN

15. Den arbeidsorienterte dagen engasjerer medlemmer og medarbeidere sammen, side ved side, i driften av klubbhuset. Klubbhuset fokuserer på ressurser, evner og ferdigheter; derfor er den arbeidsorienterte dagen uforenelig med at det befinner seg poliklinikker, dagsentra eller terapitilbud innenfor klubbhuset.

16. Arbeid som utføres i klubbhuset er utelukkende arbeid som har oppstått som følge av driften eller videreutviklingen av klubbhuset. Arbeid for eksterne personer eller virksomheter, betalt eller ubetalt, skal ikke aksepteres som arbeid i klubbhuset. Medlemmene lønnes ikke for det arbeid de gjør på klubbhuset, og det fins ikke noen form for kunstig belønningssystem.

17. Klubbhuset er åpent minst fem dager i uken. Den arbeidsorienterte dagen tilsvarer en normal arbeidsdag.

18. Klubbhuset er organisert i en eller flere arbeidsenheter, som har tilstrekkelig antall medarbeidere, medlemmer og meningsfulle oppgaver for å opprettholde en fullverdig og engasjerende arbeidsorientert dag. Arbeidsmøtene holdes for å fremme sosiale relasjoner, samt organisere og planlegge dagens arbeid.

19. Alt arbeid i klubbhuset er tilrettelagt for å hjelpe medlemmene til å oppnå selvrespekt, mening og selvtillit. Arbeidet er ikke ment å være spesifikk arbeidstrening.

20. Medlemmer har anledning til å delta i alt arbeid på klubbhuset, inkludert administrasjon, forskning, medlemsinntak og introduksjon, medlemskontakt, ansettelser, opplæring av og evaluering av medarbeidere, informasjons- og opplysningsarbeid, rådgivning og evaluering av klubbhusets effektivitet.

ARBEID

21. Klubbhuset gir sine medlemmer muligheter til å komme tilbake til lønnet arbeid gjennom å tilby: overgangsarbeid, arbeid med støtte og ordinært arbeid, klubbhuset tilbyr ikke arbeid til medlemmene gjennom interne arbeidsplasser, adskilte klubbhus aktiviteter eller vernede arbeidsplasser.

22. Overgangsarbeid

Klubbhuset tilbyr sitt eget overgangsarbeidsprogram som en medlemsrettighet. Dette gir medlemmene mulighet til å arbeide på arbeidsplasser i næringslivet. Som et særtrekk ved klubbhusmodellens overgangsarbeidsprogram, garanterer klubbhuset vikarer ved medlemmers fravær. I tillegg bygger programmet for overgangsarbeid på følgende grunnleggende kriterier:

- a.** Ønsket om å arbeide er det viktigste kriteriet for å få overgangsarbeid.
- b.** Muligheten for et overgangsarbeid er uavhengig av om en har lyktes eller ikke i tidligere utplasseringer.

- c. Medlemmene arbeider på arbeidsgivers arbeidssted.
 - d. Medlemmene blir lønnet etter gjeldende satser med garantert minstelønn og lønnes direkte av arbeidsgiver.
 - e. Overgangsarbeidsplasser skal omfatte et bredt utvalg av ulike virksomheter.
 - f. Overgangsarbeid er deltidsarbeid og tidsbegrenset, vanligvis 15 til 20 timer i uken og med seks til ni måneders varighet.
 - g. Utvelgelse og opplæring av medlemmer til overgangsarbeid er klubbhusets og ikke arbeidsgivers ansvar.
 - h. Klubbhusets medlemmer og medarbeidere utarbeider rapporter om medlemmers overgangsarbeid til aktuelle instanser som krever informasjon om medlemmers ytelser/ stønader.
 - i. Overgangsarbeidsplasser administreres av medarbeidere og medlemmer på klubbhuset, ikke av egne spesialister på overgangsarbeid.
 - j. Det er ingen overgangsarbeidsplasser på klubbhuset.
- Overgangsarbeidsplasser hos offentlige etater må være lokalisert utenfor klubbhuset og tilfredsstillende alle kriterier ovenfor.

Arbeid med støtte og ordinært arbeid

23. Klubbhuset tilbyr program for arbeid med støtte og ordinært arbeid, for å støtte medlemmene med å sikre, opprettholde og forbedre deres ansettelsesforhold. Klubbhusets program for Arbeid med Støtte karakteriseres ved at klubbhuset holder

kontakt med medlemmer som er i arbeid og deres arbeidsgivere. Medlemmer og medarbeidere samarbeider om hvilken form og innhold støtten skal ha, hvor ofte-, og hvor den skal finne sted.

24. Medlemmer som har ordinært arbeid, har fortsatt adgang til alle klubbhusets tilbud. Dette inkluderer bistand ved søknad om ytelser/stønader, hjelp til tilrettelegging i boligspørsmål støtte til helsemessige, rettslige, økonomiske og personlige utfordringer, så vel som rett til deltakelse i kvelds og fritidsprogram.

UTDANNING

25. Klubbhuset støtter medlemmene i å nå deres yrkesmessige og utdanningsmessige mål ved å hjelpe dem til å utnytte ulike utdanningstilbud for voksne. Der hvor klubbhuset tilbyr intern opplæring, vil medlemmers evne til å undervise og veilede bli benyttet i stor grad.

KLUBBHUSETS FUNKSJONER

26. Klubbhuset er lokalisert i et område som sikrer tilgang til offentlige transportmidler både til og fra klubbhuset og overgangsarbeidsplassene. Klubbhuset sørger for gode alternativer når tilgang til offentlige transportmidler er begrenset.

27. Hjelp med offentlige støtteordninger gis av medlemmer og medarbeidere på klubbhuset. Bistand i forbindelse med offentlige støtteordninger er en sentral del av arbeidsenhetenes oppgaver på klubbhuset. Dette inkluderer hjelp til offentlige ytelser, bolig, veiledning, fremming av en sunn livsstil, så vel som assistanse til å finne kvalitativt gode tilbud innen medisinsk, psykologisk, farmakologisk og rusmiddelbehandling.

28. Klubbhuset er forpliktet til å sikre et variert tilbud av trygge, anstendige rimelige og selvstendige boliger til alle medlemmer. Klubbhuset har tilgang til boligprogram som imøtekommer disse kravene. Hvis dette ikke er mulig, utvikler

klubbhuset sitt eget boligprogram. Boligprogram for klubbhus har følgende minimumskrav:

- a. Medlemmer og medarbeidere administrerer boligprogrammet sammen.
- b. Medlemmer som bor i en bolig gjør det etter eget valg.
- c. Medlemmer velger boligens beliggenhet og hvem de ønsker å bo sammen med.
- d. Regler og fremgangsmåte blir utarbeidet i overensstemmelse med klubbhus kulturen forøvrig.
- e. Graden av støtte tilpasses i samsvar med medlemmets behov.
- f. Medlemmer og medarbeidere støtter aktivt medlemmer med å beholde boligen, særlig i perioder hvor medlemmet er innlagt på sykehus.

29. Klubbhuset gjennomfører regelmessig en objektiv evaluering av klubbhusets effektivitet.

30. Daglig leder, medlemmer, medarbeidere og andre aktuelle personer deltar på et tre ukers treningsprogram i klubbhusmodellen, ved en sertifisert treningsbase.

31. Klubbhuset har fritids- og sosiale program på ettermiddager og i helger. Høytidsdager blir feiret på den aktuelle dagen.

FINANSIERING, LEDELSE OG ADMINISTRASJON

32. Klubbhuset har et uavhengig styre, eller hvis det er tilknyttet en organisasjon, et atskilt råd. Styret eller rådet består av personer som kan tilby klubbhuset: økonomisk og juridisk rådgivning, støtte og veiledning i forhold til offentlige behandlings- og støtteordninger, samt utvikling av jobbmuligheter for medlemmene.

33. Klubbhuset utarbeider og følger opp sitt eget budsjett, godkjent av styret eller rådet i forkant av budsjettåret. Budsjettet kontrolleres rutinemessig i løpet av året.

34. Medarbeidernes lønnsnivå er konkurransedyktige med tilsvarende stillinger innenfor psykisk helsearbeid.

35. Klubbhuset har støtte hos helse og sosialmyndighetene og har alle nødvendige godkjenninger og tillatelser. Klubbhuset samarbeider med personer og organisasjoner som kan fremme klubbhusets virksomhet i samfunnet.

36. Klubbhuset holder åpne fora og har prosedyrer som gjør det mulig for medlemmer og ansatte til å delta aktivt i beslutningsprosesser, normalt ved konsensus, når det gjelder ledelse, utforming av målsetninger og fremtidig utvikling av klubbhuset.

Clubhouse International

483 Tenth Avenue (at west 37th Street)

Suite 525

New York, NY 10018, USA

Telephone: 212.582.0343

Fax: 212.541.6879

Oktober, 1989©

Revised as of October 2012

Norsk oversettelse 2003 ved Fontenehuset i Oslo.

Sist revidert juni, 2013 ved Fontenehus Norge.