

# Fontenehusmodellen i Norge

## EN METODE I HARMONI MED TENKNING I ERGOTERAPIFAGET?

---

Av Torhild Stimo, Grethe Berntsen Jarål, Anne-Kari Ellestad, Brian Ellingham, Lisebet S. Skarpaas og Tore Bonsaksen

*Torhild Stimo er ergoterapeut og rådgiver ved Fontenehus Norge.*

*E-post: torhild.stimo@fontenehus.no*

*Grethe Berntsen Jarål er ergoterapeut og tilrettelegger i Arbeid med Bistand ved Fontenehuset i Oslo.*

*Anne-Kari Ellestad er pedagog og medlem av Fontenehuset i Oslo.*

*Brian Ellingham er ergoterapeut og høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.*

*Lisebet S. Skarpaas er ergoterapeut og stipendiat ved Høgskolen i Oslo og Akershus.*

*Tore Bonsaksen er ergoterapeut og førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.*

### Abstrakt

---

**Fontenehusene** i Norge er del av en internasjonal klubbhus-bevegelse. Fontenehusene tilbyr livsvarig medlemskap og sikter gjennom sitt tilbud å bidra med arbeid og arbeidstrening for personer som har eller har hatt psykiske helseproblemer. Denne artikkelen beskriver og eksemplifiserer de sentrale prinsippene for fontenehusenes virksomhet, og diskuterer hvordan disse står i forhold til tenkning i ergoterapifaget. Vi argumenterer for at det er stor grad av sammenfall mellom fontenehusenes metode og tenkning i ergoterapifaget.

**Nøkkelord:** Fontenehus, klubbhusmodell, ergoterapi, Model of Human Occupation, arbeidsrettet rehabilitering

---

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.*

## INNLEDNING

Fontenehusmodellen er arbeidsrettet rehabilitering for mennesker med psykiske helseproblemer. Klubbhuset er en arbeidsplass, et arbeidsfellesskap og et sted for læring, utvikling og trening på egne premisser. Hovedmålsettingen er rehabilitering til sosialt liv og arbeidsliv (Garbo & Jackbo, 2012). Klubbhusmodellens opprinnelse stammer fra 1948, da en gruppe pasienter, utskrevet fra psykiatrisk institusjon i New York, bestemte seg for å etablere en gruppe med målsetting om å hindre reinnleggelser. Utover på 1950-tallet meldte behovet for ansatte seg. Arbeid som metode ble innført; både organisering av arbeid på klubbhuset, utvikling av overgangsarbeid og et mål om ordinært arbeid. Det første klubbhuset som ble opprettet, hadde en fontene i bakgården og fikk derfor navnet «Fountainhouse» (Doyle, Lanoil, & Dudek, 2013). I Norge ble det første fontenehuset etablert i Stavanger i 1996. Det andre og etter hvert største ble etablert i Oslo i januar 2000. I dag er det åtte fontenehus i Norge (Garbo & Jackbo, 2012). Fontenehusene og Fontenehus Norge, en paraplyorganisasjon for de norske fontenehusene, har jobbet for politisk gjennomslag. I Helse- og omsorgskomiteens samlede merknader til statsbudsjettet 2015 heter det blant annet: «Komiteen mener at Fontenehusene er et viktig lavterskeltilbud og en utviklingsarena som utfyller det offentlige tilbudet» (Innst. 11 S - 2014-2015, s.96).

I den internasjonale forskningslitteraturen viser studier at fontenehusene tilbyr et miljø som gir en følelse av fellesskap og tilhørighet. Sosial støtte og sosial interaksjon er viktige elementer i

bedringsprosessen (Carolan, Onaga, Pernice-Duca, & Jimenez, 2011; Pernice-Duca & Onaga, 2009). Selv om medlemmer og ansatte beskriver mange aspekter ved miljøet likt, så er ansattes oppfattelse i større grad preget av den opplæringen de har fått i fontenehusets prinsipper (Herman, Onaga, Pernice-Duca, Oh, & Ferguson, 2005; Pernice-Duca, 2010). Effektstudier av det å skaffe og beholde arbeid i det ordinære arbeidslivet konkluderer med at klubbhusmodellen bidrar til at mange mennesker med alvorlige psykiske utfordringer kommer i arbeid (Schonebaum & Boyd, 2012; Schonebaum, Boyd, & Dudek, 2006).

I nordisk faglitteratur finner vi beskrivelser av fontenehusmodellen fra Norge, Sverige og Danmark (Hauger, 2014; Hoejbjerg, 1986; Madsen & Horst, 1994). Svenske studier viser at det gis omfattende hjelp gjennom fontenehusene som kan karakteriseres som rehabilitering (Karlsson, 2004b), og muligheten til overgangsarbeid er på teoretisk grunnlag vurdert som positivt (Karlsson, 2004a). Medlemmer beskriver at meningsfulle relasjoner, men også meningsfulle arbeidsoppgaver og støttende miljø, er viktige virksomme faktorer i fontenehusmodellen (Norman, 2006). Fontenehusets mulighet for overgangsarbeid (midlertidige stillinger med oppfølging i ordinært arbeid) ble i en finsk studie vurdert av både medlemmer og ledere som positivt for å evaluere medlemmets arbeidsevne. Overgangsarbeidet førte imidlertid ikke til stabilt arbeid i det ordinære arbeidsmarkedet (Pirttimaa & Saloviita, 2009). En norsk masteroppgave hvor medlemmer og ansatte ble intervjuet, konkluderte med at fontenehusets rehabilite-

ringspraksis oppleves positivt av både medlemmene og medarbeiderne (Vidme, 2010).

Ergoterapi har sine tidligste røtter i rehabilitering gjennom arbeid, såkalt moral treatment («moralisk behandling»), slik det foregikk i de psykiatriske anstaltene på 1800-tallet (Laws, 2011). Her så man på psykiske problemer som livsvansker (Gordon, 2009; Meyer, 1922), og man bygget på prinsippet om at mennesket påvirker sin egen helse gjennom deltakelse i aktivitet (Gordon, 2009; Meyer, 1922; Ness, 2002; Reilly, 1962). Arbeid var sett på som grunnleggende for menneskets utvikling. Følgelig ble deltakelse i arbeid ansett som et sentralt menneskelig behov (Gordon, 2009; Mattingly & Fleming, 1994), og arbeidsaktivitet har videre gjennom historien vært en del av rehabilitering og ergoterapi (Laws, 2011). Deltakelse i arbeid ble ansett for å bidra til å gi en struktur for meningsfull bruk av tid og en balanse i hverdagen (Meyer, 1922). Arbeid har de siste årene fått en større plass i rehabilitering, særlig innen psykisk helse (Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2007-2012). Man har gjenvunnet tanken om at arbeid kan være en del av rehabiliteringen, og ikke bare et mål når man har kommet seg fra sykdom. Det arbeides mot større grad av inkludering i det ordinære arbeidslivet (Bull, 2011). En av de tidlige artiklene som beskriver fontenehusmodellen i Danmark, gir en kort begrunnelse for at ergoterapifagets fokus på meningsfulle og målrettede aktiviteter, ressursfokus og aktivitetsanalyse stemmer godt overens med fontenehusmodellen (Hoejbjerg, 1986).

Mange med psykiske helseut-



fordringer står uten tilknytning til arbeidslivet, med de sosiale og økonomiske utfordringene det innebærer (Bull, 2011). Å utforske muligheter for ergoterapeuter til å bidra med sin kompetanse inn mot et mer inkluderende arbeidsliv er derfor interessant og nødvendig. Omkring ti ergoterapeuter arbeider ved fire fontenehus i Norge i dag. Fontenehusmodellen kan være en aktuell modell for ergoterapeuters arbeid for å fremme arbeidsdeltakelse hos personer med psykiske helseutfordringer. Prinsippene i fontenehusmodellen har sitt utgangspunkt i erfaring. Disse erfaringene ønsker vi å sette inn i en teoretisk ramme gjennom påstanden om at ergoterapifaglig teori kan understøtte fontenehusenes erfaringsbaserte metode.

#### **HENSIKT**

Denne artikkelen har til hensikt å beskrive sentrale sider ved virksomheten ved fontenehusene i Norge, og å vise og diskutere hvordan disse står i forhold til ergoterapifaglig teori.

#### **Fontenehusenes metode**

Fontenehusmodellen bygger på 36 prinsipper som er gitt i retningslinjen «International Standards for Clubhouse Programs» (Clubhouse International, 2015). Retningslinjen gjenspeiler erfaringer som fontenehus over hele verden har gjort seg gjennom 60 år. Støtten fontenehus tilbyr, sikter mot å bedre psykisk helse, å bidra til at personen når sosiale, økonomiske, utdanningsrettede og yrkesrettede mål - og å unngå sykehusinnleggelse. Retningslinjen tjener også som en rettighetserklæring for medlemmer, og som en etisk veiledning for medarbeidere, styre og ledelse. Retningslinjen har åtte hovedinndelinger

(Fontenehus Norge, 2015).

*Medlemskap* er frivillig. Det betyr at man aktivt velger å bli medlem. Medlemskapet gir tilgang til alle klubbhusets muligheter. Fontenehuset er åpent for alle som har hatt eller har psykiske helseproblemer. Henvvisning er ikke nødvendig, verken fra NAV eller helsevesenet. Nye medlemmer tar selv kontakt og avtaler omvisning, eller blir anbefalt og ofte fulgt av helsepersonell eller pårørende til det første møtet. Medlemmer velger selv hvordan de benytter seg av fontenehusets tilbud, hvor mye de vil arbeide, og hva de vil arbeide med. Noen medlemmer bruker fontenehuset hver dag, andre sjeldnere. Bruken varierer ofte over tid. Dersom medlemmer uteblir, isolerer seg eller blir innlagt, sørger fontenehuset for en aktiv medlemskontakt – for eksempel ved å ringe eller sende en tekstmelding for å høre hvordan det går. Både medlemmer og medarbeidere benyttes til dette. Hvor ofte, hvor raskt og hvordan man tar kontakt, er ofte avtalt på forhånd. Fontenehuset kan også benyttes av medlemmer som er innlagt på sykehus, og av medlemmer som er i arbeid. Fontenehuset er organisert i en eller flere arbeidsenheter, og medlemmene velger selv hvilken arbeidsenhet de ønsker å jobbe på – for eksempel kjøkken eller på kontor. Valget kan være begrunnet i oppgavene eller i menneskene som jobber der.

*Relasjonene* og det kollegiale forholdet mellom klubbhusets medlemmer og medarbeidere er fontenehusets styrke og en helt sentral del av arbeidsmetodikken. Medlemmer og medarbeidere er kolleger som jobber sammen, side om side, i et arbeidsfelleskap. Medlemmenes arbeid er helt nødvendig for driften av fontenehuset.

Behovet for deres arbeidskraft er med på å etablere likeverdet mellom medlemmer og medarbeidere. «Underbemanningen» – at driften av huset er avhengig av medlemmenes egeninnsats – er også sentralt for at medlemmene skal få reelt ansvar, være og føle seg nyttig og behøvd. Det bygger opp under eierskapet til eget rehabiliteringstilbud.

*Lokalene* på fontenehuset skal være innbydende og tilrettelagt for samarbeid om oppgavene på huset. Det er viktig at lokalene ligger sentralt og er lett tilgjengelige. Fontenehuset er ikke et behandlingssted. Det er derfor spesielt viktig at fontenehus ikke samlokaliseres med behandlingstilbud.

*Den arbeidsorienterte dagen* beskriver strukturen i alt arbeid som utføres på et fontenehus. Strukturen på arbeidsdagen er organisert for å være med på å skape trygge rammer som støtter medlemmene til å utvikle selvtilit, selvfølelse og vennskap - og dette danner igjen grunnlaget for rehabiliteringsprosessen.

Arbeidsdagen på et fontenehus er fra 08.00 til 16.00, mandag til fredag, tilsvarende en normal arbeidsuke. Arbeidet på fontenehuset er strukturert i enheter, og alle enhetene har separate arbeidsmøter på to faste tidspunkter daglig. Antall arbeidsenheter på klubbhusene varierer. Det kan for eksempel være kontor, kjøkken, service og arbeid, avhengig av virksomhetens størrelse.

Et viktig verktøy på enhetene er tavler. På arbeidsmøtene skrives alle arbeidsoppgaver på en tavle for å synliggjøre og systematisere alt arbeidet enheten har ansvar for. Medlemmene har tilbud om å delta i alt arbeidet, fra matlaging, renhold, budsjettarbeid, anset-

telser til politisk lobbyarbeid. Alle arbeidsoppgaver er like viktige og nødvendige for driften av fontenehuset. På de ulike enhetene skal medlemmer kunne velge alt fra små og konkrete arbeidsoppgaver til større prosjektarbeid som går over lengre tid. Variasjonen og presentasjonen av arbeidsoppgavene er viktig for å kunne tilby arbeidsoppgaver tilpasset medlemmenes dagsform, kompetanse og arbeidskapasitet. Arbeidsoppgavene skal utfordre, samtidig som de skal gi mestringserfaring. På et fontenehus skal en først og fremst være opptatt av medlemmers ressurser – ikke deres begrensninger.

*Arbeid* er helt sentralt, og fontenehuset skal tilby medlemmene organiserte, effektive strategier for å skaffe og beholde ordinært lønnet arbeid. Medlemmene skal også ha tilgang på *overgangsarbeid*, som er fontenehusenes egen modell hvor medlemmer får prøve seg ut i lønnet arbeid. Overgangsarbeid er tidsbegrensede tarifflønnede deltidstillinger opp til 50 prosent i det ordinære arbeidsliv. Medlemmet har stillingen i seks til ni måneder, før jobben deretter går videre til et nytt medlem som ønsker å prøve seg i arbeidslivet. Fontenehuset har ansvar for utvelgelse, opplæring og oppfølging av både arbeidstaker og arbeidsgiver. I tillegg garanterer fontenehuset vikar ved fravær.

Tilbudet om *arbeid med støtte* innebærer at fontenehuset ikke bare skal hjelpe medlemmer med å skaffe seg ordinære jobber. Fontenehuset skal også bistå medlemmer som ønsker støtte til å beholde et arbeid. Man samarbeider om hvordan denne støtten skal være. Medlemmer i ordinært arbeid har alltid tilgang til klubbhuset. De som arbeider deltid eller turnus, kan bruke fontenehu-

set på dagtid. De som har samme arbeidstid som fontenehusets åpningstid, kan bruke fritidsprogrammet, som består av arbeidsmøter etter arbeidstid, samlinger med middag, felles kulturopplevelser eller ferieturer. Medlemmer som har ordinære jobber, kan be andre medlemmer eller medarbeidere om støtte til å mestre personlige utfordringer.

*Utdanning* forbereder til arbeid, og fontenehusene skal tilby medlemmene støtte til å nå sine utdanningsmål. Mange fontenehusmedlemmer får avbrutt skole og utdanning på grunn av psykiske helseproblemer. For mange er det viktig å fullføre utdanning, både for å øke sjansene i arbeidslivet og for å realisere personlige mål. Fontenehuset bistår medlemmer i å benytte ulike utdanningstilbud for voksne.

*Klubbhusets funksjoner* er i tillegg å tilby medlemmene bistand i forbindelse med offentlige støtteordninger. Dette omfatter hjelp til kontakt med NAV, økonomi, boforhold, mat og helse og behandling. I retningslinjen står det at fontenehuset skal tilby boligprogram som sikrer medlemmene trygge og gode boliger. Det offentlige støtteapparatet i Norge skal tilby alle et sted å bo. Derfor har bistand i boligspørsmål i hovedsak bestått i å støtte medlemmene i å beholde og eventuelt finne ny bolig når det trengs.

Prinsippene som omhandler *økonomi, ledelse og administrasjon* beskriver organisering av fontenehuset og overordnet driftsstruktur, økonomisk og administrativt. Ifølge den internasjonale retningslinjen skal et fontenehus ha et uavhengig styre (Clubhouse International, 2015). Fontenehus kan også etablere råd og utvalg som kan støtte styret,

daglig leder og hele fontenehuset med å løse alle de oppgavene som må løses. Fontenehus må ellers samarbeide med personer og organisasjoner som kan fremme klubbhusets virksomhet i samfunnet. Det presiseres i retningslinjen at fontenehuset skal organiseres på en måte som inkluderer medlemmer og medarbeidere i alle beslutningsprosesser, og at man skal søke å komme til enighet ved konsensus.

Clubhouse International ([www.iccd.org](http://www.iccd.org)) er svært opptatt av kvalitet og kontinuerlig evaluering og utvikling av retningslinjen. Denne internasjonale overbygningen for fontenehusene rundt om i verden har utarbeidet egne kvalitetssikringssystemer som alle fontenehus må forplikte seg til å gjennomføre. Akkrediteringsprosessen bygger på en omfattende selvevalueringsprosess, og avsluttes med evalueringsbesøk av kvalifiserte medarbeidere og medlemmer fra andre fontenehus.

## **Aktivitet, deltakelse og engasjement**

Med utgangspunkt i tanken om at deltakelse i meningsfull aktivitet fremmer helse og utvikling, blir personers egne handlinger drivkraften i ergoterapi (Kielhofner & Forsyth, 2008a). Dermed er kjernekompetansen i ergoterapi å tilrettelegge for at personer kan engasjere seg i aktiviteter som fremmer helse og mestring av hverdagen (Kielhofner, 2008; Townsend & Polatajko, 2007). Terapeutisk bruk av aktivitet får sin kraft ved at personen engasjerer seg kognitivt og emosjonelt i tillegg til å gjennomføre handlinger. En klientsentrert tilnærming anvendes for å sikre behandlingens relevans og klientens motivasjon for den (Kiel-

hofner, 2008; Meyer, 1922; Pierce, 2003; Townsend & Polatajko, 2007). Som den viktigste aktøren i ergoterapi bestemmer klienten graden av engasjement i aktiviteter og har dermed stor påvirkning på utfallet av terapi. Videre vil vi vise og diskutere hvordan prinsippene i fontenehusmodellen harmonerer med nyere ergoterapifaglig teori, og vi vil i denne sammenhengen avgrense oss til å presentere prinsipper fra Model of Human Occupation (MOHO; Kielhofner, 2008), som er en av de aller mest brukte teoretiske modellene i faget. Kielhofner og Forsyth omtaler ulike dimensjoner ved personers engasjement i aktiviteter som har betydning for at personen skal kunne oppnå endring og utvikling (Kielhofner & Forsyth, 2008a).

### **ERGOTERAPI – PERSONENS ENGASJEMENT I AKTIVITET**

Muligheten for å *velge* aktiviteter fremmer personens engasjement (Kielhofner & Forsyth, 2008a). Slike valg er ofte inngangen til en endringsprosess. Ved å ta valg kan personen forme sin egen rehabilitering og ta kontroll over egen situasjon. Denne dimensjonen gjenkjennes i fontenehusenes prinsipper om medlemskap. Personen velger å bli medlem, og velger når og hvor ofte han skal komme på klubbhuset. Han velger også hvilke av arbeidsoppgavene han skal være med på – og i hvilket omfang. For å oppnå endring i sin egen situasjon må en person *forplikte* seg til å gjennomføre et opplegg (Kielhofner & Forsyth, 2008a). Prinsippet om frivillig medlemskap ved fontenehusene støtter forpliktelse på flere måter. Å velge å møte opp på fontenehuset og påta seg arbeidsoppgaver øker følelsen av eierskap til

klubbhuset. Når personen føler eierskap og mulighet til å kunne påvirke, vil det kunne styrke følelsen av ansvar og forpliktelse slik at oppgaver blir gjennomført.

Muligheter til å *utforske* innebærer at personen gis anledning til å erfare egne ressurser og utfordringer, samt muligheter for aktivitetsdeltakelse, gjennom egen prøving og feiling (Kielhofner & Forsyth, 2008a). Arbeidsoppgaver og arbeidsområder på fontenehusene gjør det også mulig å gjenoppdage og utvikle nye sider ved seg selv. Dette kan igjen gi grunnlag for nye og større utfordringer, både når det gjelder konkrete oppgaver, og knyttet til personlig utvikling. Fontenehusets prinsipper for medlemskap og den arbeidsorienterte dagen ivaretar muligheter for valg og sikrer en trygg og forutsigbar struktur som lar en prøve seg i ulike oppgaver. I tillegg er strukturen på fontenehusene slik at medlemmene kan arbeide mot personlige mål om for eksempel arbeid, skolegang eller å få utført praktiske gjøremål. Gjennom slik utforskning kan personen selv *identifisere* sine behov for endring og hvilke mål han eller hun synes er relevante å arbeide mot.

Engasjement i et behandlingsopplegg krever et godt samarbeid mellom ergoterapeut og klient. Makt deles mellom to parter som *forhandler* om mål og tiltak gjennom hele prosessen (Kielhofner & Forsyth, 2008a). I prinsippene om relasjoner i fontenehusmodellen er medlemmer og medarbeidere likestilte arbeidskolleger som forhandler seg imellom om fordelingen av arbeid og oppgaver. Fontenehusets drift er avhengig av alle parter bidrag. Engasjement styrkes ved at personen deltar i *planlegging* av aktiviteter

(Kielhofner & Forsyth, 2008a). I den arbeidsorienterte dagen ved fontenehuset deltar alle i planlegging og fordeling av oppgavene på huset, men også i å forme innholdet i sin egen arbeidsdag. Arbeidsdagen skal også gi rom for de individuelle behovene, som for eksempel å få kontakt med NAV eller å få skrevet en jobbsøknad. Disse behovene skal ivaretas parallelt med de kollektive.

Å oppnå utvikling og endring gjennom aktivitet forutsetter at personen *øver* og *opprettholder* sin deltakelse i aktiviteter over tid (Kielhofner & Forsyth, 2008a). Fontenehusmodellen støtter dette gjennom fokuset på arbeid og den arbeidsorienterte dagen. At alle må delta i arbeidsoppgaver for at huset kan driftes gir et press mot, og en struktur for, deltakelse. Noen arbeidsområder strekker seg over tid; som for eksempel å holde regnskap og gjennomføre ansettelsesprosesser. I tillegg vil det være prosjektbaserte arbeidsoppgaver, slik som å lage et arrangement eller skrive en bok – dette krever kontinuitet i arbeidet. Etter en tid vil man *revurdere* hva som er oppnådd, *opprettholde* aktivitet som har bidratt til ønsket endring og *utforske* nye strategier der hvor aktiviteter ikke har vært vellykket. Det livsvarige medlemskapet ved fontenehuset gir god mulighet til nettopp å opprettholde aktivitet over tid, og til å utforske nye strategier i et støttende miljø.

### **Å STØTTE PERSONENS ENGASJEMENT I AKTIVITET**

Kielhofner og Forsyth gir også eksempler på terapeutiske strategier som fremmer endring (Kielhofner & Forsyth, 2008b). Disse strategiene kan gjenkjennes i måten medarbeiderne forholder

Fontenehus	MOHO	Eksempler fra praksis
Medlemskap	Velge, planlegge, strukturere, oppmuntre, støtte	Medlemmer velger å bli medlem, hvilken arbeidsenhet og hvilke oppgaver de vil starte på
Relasjoner	Forhandle, støtte, veilede, gi råd, tilbakemelding, identifisere, validere, oppmuntre	Medlemmer og medarbeidere utvikler likeverdige og tillitsfulle relasjoner ved å arbeide sammen
Arbeidsorientert dag	Identifisere, strukturere, øve, opprettholde, forplikte, utforske, forhandle, planlegge, revurdere, tilbakemelding, oppmuntre, støtte, veilede	Medlemmer er del av et inkluderende arbeidsfellesskap, hvor arbeidsoppgavene bidrar til dagsstruktur og mestring
Arbeid	Velge, utforske, identifisere, forhandle, planlegge, øve, opprettholde, revurdere, strukturere, oppmuntre, støtte	Medlemmer kan benytte seg av overgangsarbeid som forberedelse til ordinært arbeid
Utdanning	Velge, utforske, oppmuntre, støtte	Medlemmer kan gjenoppta avbrutt utdanning med støtte i fontenehuset
Klubbhusets funksjoner	Støtte, veilede, gi råd, planlegge, revurdere	Medlemmer kan få støtte i forbindelse med møter med NAV og andre
Økonomi, ledelse og administrasjon	Velge, planlegge	Medlemmer kan delta i styrearbeid

Tabell 1. Sammenhenger mellom fontenehusenes prinsipper, prinsipper utledet fra MOHO, og praktiske eksempler.

seg til medlemmer i fontenehuset. *Validering* innebærer å uttrykke respekt og ta på alvor personens erfaring og perspektiv. Terapeuten må kunne bistå personen med å *identifisere* ressurser så vel som problemområder, og hun må kunne *forhandle* og *gi råd* i prosessen fram mot en felles forståelse av relevante mål og tiltak (Kielhofner & Forsyth, 2008b). Samarbeid om arbeidsoppgaver, og en vektlegging av likeverdige relasjoner mellom medlemmer og medarbeidere, bidrar til et godt grunnlag og klima for forhandling og rådgivning. Fontenehusets demokratiske struktur sikrer medlemmenes påvirkning i alle beslutninger på det personlige og det felles plan, og deres rettigheter og deltakelse er formalisert i prinsippene om medlemskap, økonomi, ledelse og administrasjon.

Ergoterapeuter gir *tilbakemeldinger* til personen om hans ressurser og informerer om kontekster som kan fremme eller begrense aktivitetsdeltakelse

(Kielhofner & Forsyth, 2008b). Tilbakemeldinger til medlemmene er lettere å få til når man har en god og trygg relasjon, og denne er på fontenehusene utviklet over tid gjennom samarbeid rundt konkrete oppgaver og prosjekter. Ergoterapeuter *strukturere* og graderer aktiviteter. Strukturen på oppgavene på fontenehusene fremstilles på en tavle, og oppgavene er av forskjellig art og omfang. Alle medlemmer, uavhengig av dagsform, skal kunne finne oppgaver på tavla som bidrar til en meningsfull hverdag. Ergoterapeuter kan delta i aktiviteten for å *oppmuntre* til aktivitet og *støtte* mestring. Fontenehusets arbeidsorienterte dag, lokalene og det øvrige miljøet gir en struktur og kontekst som støtter opp om aktivitetsdeltakelse. Medlemmene og medarbeiderne samarbeider om oppgaver, og dette gir en naturlig sammenheng for tett oppfølging med strukturering, gradering, støtte og *veiledning*.

Sammenhenger mellom

prinsipper i fontenehusmodellen, prinsipper fra MOHO, og eksempler fra praksis er vist i Tabell 1.

## Diskusjon

Vi har i denne artikkelen redegjort for metoden som brukes ved fontenehusene (Fontenehus Norge, 2015), og sammenholdt dette med prinsipper for ergoterapipraksis utledet fra MOHO (Kielhofner, 2008). Vi har vist at det er en stor grad av samstemthet mellom prinsippene i de to modellene, og at praksis ved fontenehusene derfor kan formes med et samlet utgangspunkt i begge (se Tabell 1). Ergoterapeuter som er medarbeidere på Fontenehuset, opplever at fokuset på arbeid og den arbeidsorienterte strukturen på dagen gir en naturlig arena som er mindre preget av maktforholdene og de formelle og praktiske begrensningene som ofte er tydelige i rehabilitering innenfor institusjoner.

Ergoterapi er mest effektiv når personen engasjeres i aktiviteter

som oppleves som relevante og utviklende (Kielhofner, 2008). På fontenehuset er alle arbeidsoppgaver generert av driften av huset. Et formål med dette er at oppgavene blir meningsfulle ved at de inngår i en større, kollektiv sammenheng. Medlemmene kan ha større eller mindre individuell motivasjon for oppgavene, men følelsen av å ha bidratt og vært til nytte er viktig for den enkelte. Ved å bli inkludert i et arbeidsfellesskap og ta del i nødvendige og verdsatte arbeidsoppgaver blir personen en deltaker i samfunnet – ikke overlatt til isolasjon og uvirksomhet.

En klientsentrert tilnærming er avgjørende. Ergoterapeutens oppgave er ikke å foreskrive terapeutiske aktiviteter, men å skape muligheter for aktivitet og deltakelse. Ergoterapeuter ved fontenehuset opplever at modellen danner en ramme for integrering av ergoterapiintervensjon i en naturlig hverdagskontekst. Med arbeid og aktivitet i et støttende miljø som bærebjelker i virksomheten formes ergoterapi som et bidrag til individers vekst innenfor en fellesskapsorientert kultur. Dette står ikke i motsetning til at mange medlemmer, i kortere eller lengre perioder, får ulike typer behandling og hjelp andre steder.

På det relasjonelle nivået gir prinsippene i fontenehusmodellen noen utfordringer til både medlemmer og medarbeidere. Medarbeidere som har bakgrunn i hierarkisk strukturerte miljøer, for eksempel i tradisjonelle behandlingsmiljøer, vil være vant med en tydelig rollefordeling mellom den som søker hjelp og den som gir hjelp. Ved fontenehuset vil medarbeidere med slik bakgrunn kunne oppleve sin rolle som radikalt endret. De ansatte ved



*Det oppmuntrer til aktivitet og støtter mestring når en medarbeider deltar i aktiviteten..*

fontenehuset er ikke terapeuter – siden fontenehuset ikke driver behandling – de er medarbeidere. På samme måte utfordres rolleforståelsen til medlemmer ved et fontenehus – han er ikke pasient eller klient, men likeverdig medlem med ansvar og plikter for fellesskapet på lik linje med de andre på huset. Samtidig har man valgt ikke alene å basere seg på medlemmenes frivillige innsats, men man har ansatt medarbeidere med begrunnelse i behovet for å opprettholde stabilitet og struktur. Medarbeiderne mottar, i motsetning til medlemmene, lønn for sin innsats. Dette er et valg som viser en pragmatisk holdning til prinsipper og at grenseopp-gangene mellom ulike roller ved fontenehusene kan være uklare.

På det politiske nivået jobber fontenehusene for å få innpass og økonomisk uttelling hos helse- og sosialmyndighetene. Dette til tross for at fontenehusene i Norge, og i de fleste andre land,

har blitt plassert som et tilbud som er helsefremmende og/eller rehabiliterende. Arbeid er fontenehuset metode, og ordinært arbeid det ultimate målet (Garbo & Jackbo, 2012; Schonebaum et al., 2006). I Norge arbeider fontenehusene nå med å etablere et tettere forhold til NAV – som har ansvar for arbeidsrettede tiltak også for mennesker med nedsatt arbeidsevne. Fontenehusene må ellers samarbeide med personer og organisasjoner som kan fremme klubbhusenes virksomhet i samfunnet.

## KONKLUSJON

Så langt vi har kjennskap til det, så er dette et første bidrag i den norske ergoterapilitteraturen til å beskrive prinsipper og praktisk virksomhet ved fontenehusene i lys av ergoterapifaglig teori. Vi har vist at fontenehusmodellen og ergoterapiteori harmonerer godt med hverandre. I tiden fremover er det behov for å vise



mer direkte hvordan praksis ved fontenehusene kan arte seg. De ulike aspektene av slik praksis kan ha betydning for medlemmer, for medarbeidere, for fellesskapene på fontenehusene, og for samfunnet. Fremtidige studier vil kunne sikte mot å tydeliggjøre hva slags betydning fontenehusene kan ha på alle disse nivåene.

## Referanser

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet. (2007-2012). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse*. Oslo: Regjeringen.
- Bull, H. (2011). Betydningen av arbeid for personer med schizofreni. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(8), 733-738.
- 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 (2015). Creating Community: Changing the World of Mental Health. Nedlastet 4. mars 2015, fra <http://www.iccd.org/>
- Doyle, A., Lanoil, J., & Dudek, K.J. (2013). *Fountain House. Creating Community in Mental Health Practice*. New York: Columbia University Press.
- Fontenehus Norge (2015). Internasjonale retningslinjer for klubbhusprogram. Nedlastet 4. mars 2015, fra <http://www.fontenehus.no/retningslinjene>
- Garbo, G.L., & Jackbo, A. (2012). *En kilde til vekst. Fontenehuset - et arbeidsfellesskap for mennesker med psykiske utfordringer*. Oslo: Fontenehuset i Oslo.
- Gordon, D.M. (2009). The History of Occupational Therapy. I E.B. Crepeau og B.A. Boyd Schell (Ed.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (11 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hauger, E.C. (2014). Fontehuset - for godt til å være sant? *Sykepleien*, 25(3), 30-36.
- Herman, S.E., 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(3-4), 343-356.
- Hoejbjerg, A.L. (1986). Fountain House - en alternativ rehabiliteringsmulighed for psykiatriske patienter. *Ergoterapeuten* [dansk], 47(4), 116-118.
- Innst. 11 S (2014-2015). Merknader til Statsbudsjettet for 2015. Nedlastet 4. mars, fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2014-2015/inns-201415-011/4/>.
- Karlsson, M. (2004a). Klubbhus - övergångsanställning vid ett klubbhus, möjligrehabiliterande insats för personer med psykisk sjukdom? *Svensk rehabilitering*(4), 370-379.
- Karlsson, M. (2004b). Rehabiliterings- och självhjälpsinsatser för och av personer med psykisk sjukdom. *Sociomedical tidsskrift*, 4, 370-379.
- Kielhofner, G. (2008). *A Model of Human Occupation. Theory and Application*. (4 ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., & Forsyth, K. (2008a). Occupational Engagement: How Clients Achieve Change. I G. Kielhofner (Ed.), *Model of Human Occupation* (4 ed., pp. 171-184). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., & Forsyth, K. (2008b). Therapeutic Strategies for Enabling Change. In G. Kielhofner (Ed.), *Model of Human Occupation* (4.ed., pp. 185-203). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Laws, J. (2011). Crackpots and basket-cases: a history of therapeutic work and occupation. *History of the Human Sciences*, 24(2), 65-81. doi: 10.1177/0952695111399677
- Madsen, A., & Horst, C. (1994). Fountain House in Copenhagen: A Presentation of a Social Rehabilitation Programme for Persons with Long-Term Mental Disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48(4), 287-291. doi: 10.3109/08039489409078151
- Mattingly, C., & Fleming, M.H. (1994). *Clinical Reasoning. Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Meyer, A. (1922). The Philosophy of Occupational Therapy. *Archives of Occupational Therapy*, 1, 1-10.
- Ness, N.E. (2002). Ergoterapifagets aktivitetsperspektiv - et historisk blikk på ideer som påvirker faget. *Ergoterapeuten*, 45(10), 1-24.
- Norman, C. (2006). The Fountain House movement, an alternative rehabilitation model for people with mental health problems, members' descriptions of what works. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2), 184-192.
- 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.
- Pernice-Duca, F.M. (2010). Staff and Member Perceptions of the Clubhouse Environment. *Administration & Policy in Mental Health*, 37(4), 345-356. doi: 10.1007/s10488-009-0242-y
- Pierce, D.E. (2003). *Occupation by design. Building therapeutic power*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Pirttimaa, R., & Saloviita, T. (2009). Transitional employment and its effects in Finland. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 231-234. doi: 10.2975/32.3.2009.231.234
- Reilly, M. (1962). Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. *American Journal of Occupational Therapy*, 16, 1-9.
- Schonebaum, A., & Boyd, J. (2012). Work-Ordered Day as a Catalyst of Competitive Employment Success. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 391-395. doi: 10.1037/h0094499
- Schonebaum, A.D., Boyd, J.K., & Dudek, K.J. (2006). A Comparison of Competitive Employment Outcomes for the Clubhouse and PACT Models. *Psychiatric Services*, 57(10), 1416-1420.
- Townsend, E.A., & Polatajko, H.J. (2007). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Vidme, K. (2010). *Fontenehuset i Bergen: en rehabiliteringstilnærming for mennesker med psykiske lidelser*. Bergen: Høgskolen i Bergen.