

Veileder for velferdsteknologi som virkemiddel i sosiale botjenester

Tobba T. Sudmann, Liv Jorunn Solstad



© Tobba T Sudmann

Fakultet for helse og sosialvitenskap
Senter for omsorgsforskning Vest

Høgskulen på Vestlandet
2022

HVL-rapport frå Høgskulen på Vestlandet nr. 2-2022

ISSN 2535-8103

ISBN 978-82-93677-78-9



Utgjevingar i serien vert publiserte under Creative Commons 4.0. og kan fritt distribuerast, remixast osv. så sant opphavspersonane vert krediterte etter opphavsrettslege reglar.
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Sammendrag

Prosjektet har undersøkt på hvilke måter velferdsteknologi kan bidra til at personer med sammensatte og langvarige rus- og psykiske helseutfordringer kan få tilgang til og beholde egnet bolig over tid.

Veilederen skal:

- Utvikle kunnskap om hvordan velferdsteknologi kan bidra til måloppnåelse i sosiale botjenester for beboere i kommunale botiltak.
- Bidra til at beboere i kommunale botiltak, som ordinære innbyggere i Bergen kommune med behov for oppfølging i egen bolig, får styrket sine muligheter til å utforme selvstendige hverdagsliv, oppleve økt trygghet i egen bolig samt forbedret kommunikasjonsmuligheter med venner, familie, ansatte eller andre.

Veilederen skal bidra med svar på:

- Hvilke konkrete utfordringer har beboere i kommunale botiltak som kan avhjelpes med velferdsteknologi?
- Hvilke implisitte kunnskaps- og ferdighetskrav stiller velferdsteknologi til beboere, bolig og ansatte i botjenestene?
- Hva er det som hemmer og fremmer implementering av velferdsteknologi i kommunale botiltak og sosiale botjenester?

Målsetting med veilederen er at den skal bidra til kunnskapsdeling om bruk av velferdsteknologi i sosiale botjenester

EMNEORD:

Sosiale botjenester, rus, psykisk helse og velferdsteknologi

Forord

Veilederen er utarbeidet på bakgrunn av prosjektet «Vi bor – velferdsteknologi i sosiale botjenester» som ble finansiert av Husbanken (2019-2020). Prosjektansvarlig institusjon har vært Senter for omsorgsforskning, E-helsearena HVL Alrek helseklynge, Høgskulen på Vestlandet, og hovedsamarbeidspartner har vært Bergen kommune.

Vi takker for samarbeidet og for oppdraget.



Innhold

Sammendrag	3
Forord.....	4
Innhold	5
Grunnleggende forutsetninger og utgangspunkt for veilederen	3
Nyere forståelser av helse – fra diagnose til funksjon	3
Bolig og helse og hverdagsliv.....	6
Hvem er de relevante aktørene?.....	7
Om velferdsteknologi er svaret, hva var da spørsmålet?	8
Hva er velferdsteknologi?.....	12
<i>Rune</i> – helt alminnelig og ganske spesiell.....	16
Hva kunne avhjulpet noen av ‘Runes’ utfordringer?	19
1. Brannfare.....	19
2. Trygghet.....	20
3. Tap av nøkler	21
4. Medisinering	22
5. Telefon.....	23
6. Internett	24
7. Identifikasjon Bank-ID – pass	25
8. Økonomi.....	25
9. Ernæring.....	26
10. Søvn og restitusjon	27
11. Kalender, tid/sted – avtaler	28
12. Kontakt med helse- og sosialtjenestene	29
13. Kontakt med familie og venner – ensomhet.....	29
14. Orienteringsevne – utendørs	30

15.	Transport	31
16.	Individuelle trygghetsplaner	32
17.	Koordinering og samarbeid mellom ulike tjenester	32
	Hvilke nye muligheter gir velferdsteknologi ansatte og frivillige i de sosiale botjenestene?	34
	Hvilke eksplisitte og implisitte krav stilles til brukere av velferdsteknologi?	35
	Deltakerkompetanse og handlingskompetanse	35
	E-helse og digital helsekompetanse	37
	Velferdsteknologiens bakside – naiv teknologioptimisme?	39
	Etikk – samtykke – personvern	41
	Fra ide til praksis	42
	Veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi	42
	Tjenestesetting av velferdsteknologi	43
	SWOT-analyse. Eksempel videokontakt for oppfølging	43
	De små skritts metode	47
	Være, gjøre, bli og høre til	47
	Vekslingen mellom det alminnelige og det spesielle	50
	Sentrale problemstillinger	50
	Målsetting med veilederen	50
	Takk til samarbeidspartnere og bidragsyttere	52
	Nettressurser	53
	Om velferdsteknologi	53
	Personvern og etikk	53
	Oversikt over tilgjengelig velferdsteknologi	53
	Innovasjon, implementering, og velferdsteknologi	54
	Generelle ressurser	54
	Brukerorganisasjoner	55

Litteratur56

Grunnleggende forutsetninger og utgangspunkt for veilederen

Veilederen legger til grunn at rusutfordringer er eller medfører helseproblemer, og at psykiske helsevansker ofte forekommer samtidig med rusutfordringer, særlig om rusutfordringene varer over tid. Veilederen legger videre til grunn at det er nødvendig med en vid forståelse av helse er for å kunne inkludere velferdsteknologi i de sosiale botjenestene. Videre legger veilederen til grunn at helse og bolig henger sammen, slik at mangel på fast eller egnet bolig eller dårlig kvalitet på boligene påvirker helsen negativt. Det er kjent at på gruppenivå har personer med sammensatte rus- og psykisk helseproblemer dårligere levekår enn gjennomsnittsbefolkningen. Forskjeller i levekår gir sosiale ulikheter i helse – uavhengig av rusproblemene (Dahlgren & Whitehead, 2009; St. meld.nr. 20 (2006-2007); Whitehead & Dahlgren, 2009).

Nyere forståelser av helse – fra diagnose til funksjon

Nyere forståelse av helse anerkjenner at menneskene er tilpasningsdyktige – fra cellenivå til samfunnsdeltakelse (Getz et al., 2020; Grønningsæter & Nielsen, 2011; Ihle & Sudmann, 2014; Mæland, 2020; Wester, 2018). Dette innebærer at helse ikke bare kan forstås som en individuell biologisk ressurs, men kan sees som en kollektiv ressurs og som sosial praksis. Helse kan forstås som de ressurser man kan bruke og mobilisere for å møte de utfordringene livet byr på (Crawford, 2006; Huber et al., 2011). Helsebegrepet vil da omfatte fysisk, psykisk og sosial helse og levekår, og sammenheng og samspill mellom disse. Huber og medarbeidere definerer helse på denne måten:

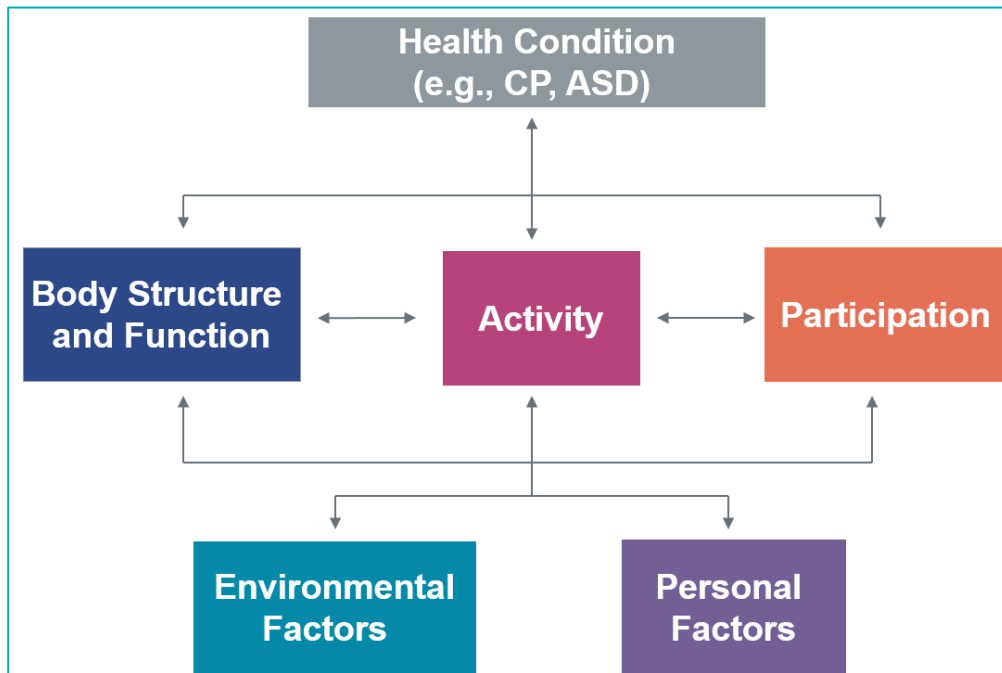
Just as environmental scientists describe the health of the earth as the capacity of a complex system to maintain a stable environment within a relatively narrow range, we propose the formulation of health as the ability

to adapt and to self-manage ability to adapt and self-manage in the face of social, physical, and emotional challenges. (Huber et al., 2011).

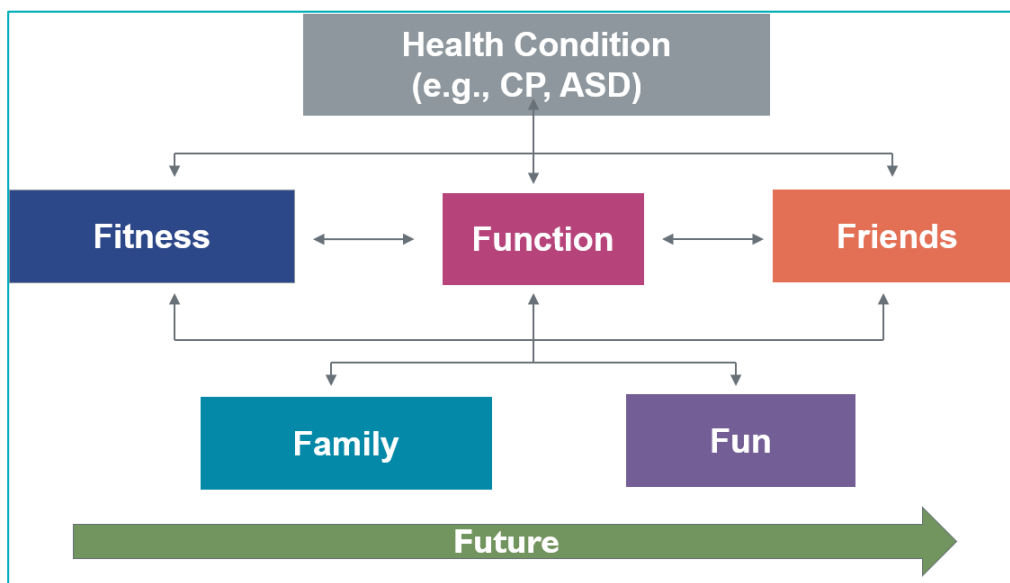
Verdens helse organisasjon WHO tok på 1970-tallet initiativ til å revidere 1948-definisjonen av helse. Den nye forståelsen bygger på en anerkjennelse av at det er mer enn det som skjer på biologisk nivå i kroppen som er avgjørende for utfall av et helseproblem, og at levekår og sosioøkonomiske forskjeller påvirker hvordan vi reagerer på og har mulighet til å håndtere sykdom og/eller skade. Det er funksjon i det miljøet du lever som er relevant, dvs. at konsekvensene av eventuelle helseutfordringer er viktigere enn diagnosene. WHO utarbeidet på bakgrunn av dette klassifikasjonssystemet ICDH – International Classification of Impairment, Disability and Handicap (1980). Denne er revidert to ganger, har fått nytt navn i 2001. Klassifikasjonssystemet International Classification of Functioning, Disability and Health ICF (World Health Organization, 2001) er et godt supplement til diagnosesystemene ICD-10 for somatisk sykdom (World Health, 2018) og DSM-V diagnoser for psykisk sykdom (First et al., 2014).

ICF kan brukes som et teoretisk og filosofisk rammeverk for syn på helse, der det blir tydelig at konsekvenser av å ha for eksempel diabetes eller rusproblemer vil variere med hvem man er, hvor man bor, hvordan man bor, hvilken familie eller nettverk man har, hvilke kompetanse man har, tid, sted og sosial situasjon, levekår og overordnet samfunnsstruktur og tjenestetilbud. Se figurer under.

Når grunnsynet på helse i ICF legges til grunn, blir helse både en individuell og kollektiv ressurs og en sosial praksis. Fokuset på levekårenes betydning understreker betydningen av at alle mennesker bør ha tilgang til og mulighet til å få og beholde egnet bolig over tid.



Figur 1. World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health : ICF*. World Health Organization



Figur 2. Rosenbaum, P. L., & Gorter, J. (2012). The ‘F-words’ in childhood disability: I swear this is how we should think! *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 457-463. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01338.x>

Figur 1 er WHO sin modell, mens figur 2 er samme modell med andre begreper. Rosenbaum & Gorter har foreslått å endre begrepene slik at det blir tydeligere hva de handler om, enten man arbeider med barn, voksne eller eldre. Begrepet *Fitness (Body function and structure)* viser til hvordan kroppen fungerer fra cellenivå til tenking og bevegelse, med andre ord den kapasiteten den enkelte har i kroppen uavhengig av betingelsene man lever under. Begrepet *Function (Activity)* viser til hvordan den enkeltes kapasitet kunne vært omsatt i hverdagslivet dersom alt lå til rette for det, mens *Friends (Participation)* viser til hvordan det faktisk blir gitt de levekår og sosiale betingelser man har for sosial deltakelse. Begrepet *Family (Environmental factors)* og *Fun (Personal factors)* viser henholdsvis til mer overordnede sosiokulturelle og miljømessige vilkår (sted, land, klima, krig, katastrofer) og personlige ønsker og lyster. Denne forståelsen er dynamisk, og de ulike delene vil påvirke hverandre gjensidig over tid – fra cellenivå til sosial deltakelse.

Bolig og helse og hverdagsliv

Helse kan forstås i ett ressursperspektiv som i ICF, og helse kan forstås filosofisk. For de fleste er god helse noe vi tar for gitt, og som ikke blir aktuelt før helsen blir utfordret. Filosofene Hans-Georg Gadamer og Fredrik Svenaeus har skrevet innsiktsfullt og helsens mysterium, på måter som er relevant for å forstå sammenhengen mellom bolig og helse (Gadamer, 1996; Svenaeus, 2000, 2011). Gadamer og Sveneaus beskriver begge god helse som å kjenne seg hjemme og trygg i seg selv og i sin egen kropp. Helseproblemer beskriver de som å oppleve en forstyrrende kroppslig hjemløshet eller følelse av usikkerhet og uhygge, som gjør det vanskelig å rette oppmerksomhet og interesse utfra seg selv. Ubehaget drar oppmerksomhet og fokus innover, og mot måter å dempe ubehaget på – jfr. rus. Langvarig rusbruk skaper mange kroppslige plager, som påkaller oppmerksomhet og fokus.

Personer med sammensatte rus og psykiske helseutfordringer er helt alminnelige, men også ganske spesielle. Opplevelse av å være hjemme eller hjemløs i sitt eget liv og i sin egen kropp vil være like relevant for alle mennesker. Men likheter kan skjule viktige forskjeller. Personer som ikke har fått tilgang til eller klarer å beholde eget bolig over tid, kan oppleve dobbelt hjemløshet, uro, utrygghet og ubehag. For personer som har mange helseutfordringer – slik som personer med langvarige rusutfordringer får – kan denne doble hjemløsheten og utryggheten utgjøre en betydelig risiko. Bostedløshet er ikke bare ett individuelt problem, det er et problem for fellesskapet. Et hjem bør gi opplevelse av trygghet og ro være mer enn ett tilfeldig sted (Aakerholt et al., 2016; Douglas, 1991; Ludvigsen et al., 2006; Ulfrstad, 2011).

Bolig er en sentral ressurs for helse. For de fleste vil stabile boforhold være et vilkår for å kunne planlegge og styre egen hverdag, og for å ta og opprettholde kontakt med familie, venner og offentlige etater og tjenester. Tilgang på ulike boliger og varierte boformer vil gange flere (Ludvigsen et al., 2006). Den nasjonale strategien for bolig til alle, «Alle trenger et trygt hjem», understreker betydning av å tenke på tvers av sektorer og inkludere ett vidt perspektiv på helse og på bolig, og sammenhengene mellom dem (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2020).

Hvem er de relevante aktørene?

Nasjonal strategi for bolig (2021-2024) understreker betydningen av samarbeid og samordning på tvers av sektorer. På samme måte som «Helse i alt politikk, HIAP» skal den sosiale boligpolitikken inkluderes i planarbeid og på tvers av sektorer. På bakgrunn av den nasjonale strategien er det igangsatt et forsøk med samordning av Husbanken og Statsforvalterne i Nordland, Vestland og Rogaland, og det foreligger et lovforslag som skal sikre alle tilgang til egen eller leid bolig og et bærekraftig boligmarked.

Personer som trenger bistand for å få tilgang til og beholde egnet bolig over tid må først få etablert kontakt med relevante instanser. Sosial ulikhet i helse kan medføre at de som trenger det mest, har størst problemer med å få kontakt med relevante aktører for å få den hjelpen de trenger og eventuelt har krav eller rett på.

Alle offentlige etater kan bidra til å formidle kontakt – når den det gjelder ønsker det. Under listes kort de mest sentrale aktørene på boligfeltet. Dette må tilpasses lokalt og i forhold til person og situasjon. Det viktigste er å vurdere hvem som er berørt, interessent eller på annet vi bør trekkes inn i relevante prosesser (Aakerholt et al., 2016; Ulfrstad, 2011):

Beboer, pårørende/verge

NAV stat

NAV kommune

Helsetjenester – fastlege

Boligeier – kommunalt, ideell eller kommersiell eier, stiftelse

Utbyggere – tomteeiere, byggherrer,

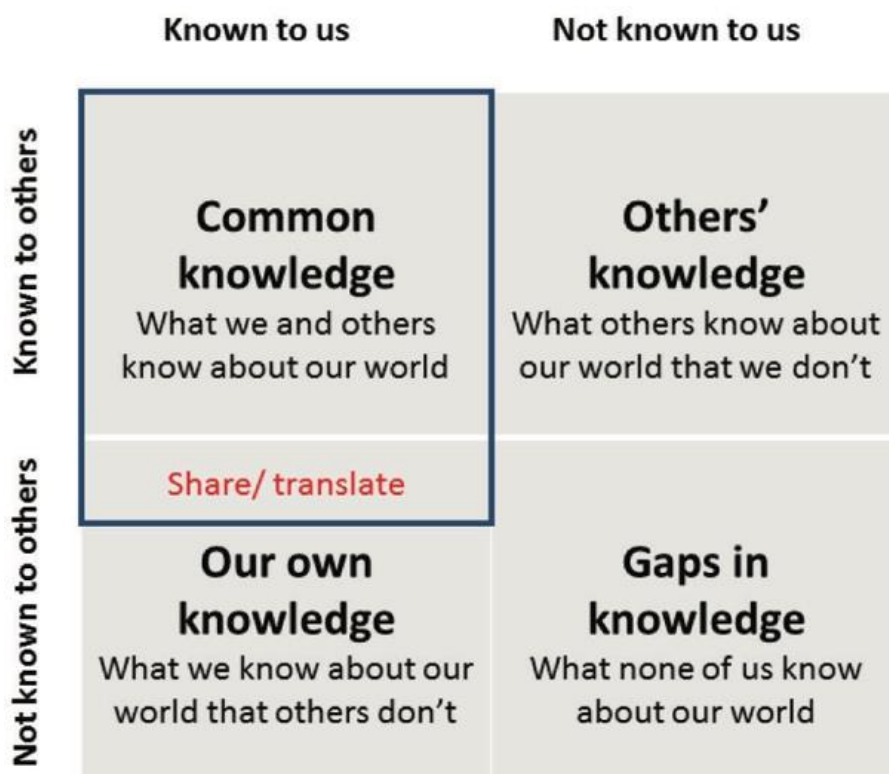
Sosiale botjenester – støtte og veiledning

Om velferdsteknologi er svaret, hva var da spørsmålet?

Det er politisk satsing på økt bruk av velferdsteknologi, men mindre fokus på hva velferdsteknologi er eller kan være, eller hva det konkret skal gjøre eller medføre. Under vises en analysemodell, såkalte Johari-vinduer (Oliver & Duncan, 2019),

som kan bidra i de lokale og spesifikke drøftinger om hvorfor velferdsteknologi kan være svaret på aktuelle problemstillinger.

Vinduet øverst til venstre illustrerer at vi alltid ha noe felles kunnskap – ett slags minste felles multiplum om bolig eller teknologi – for eksempel at det å bo alltid har en kostnad, og at det meste av teknologi krever opplæring og tilvenning før det blir en del av hverdagslivet. Dette kalles ofte det 'kjente-kjente' – det vi vet at vi vet.



Oliver, S., & Duncan, S. (2019). Looking through the Johari window. *Research for All*, 3(1), 1-6. <https://doi.org/https://doi.org/10.18546/RFA.03.1.01>

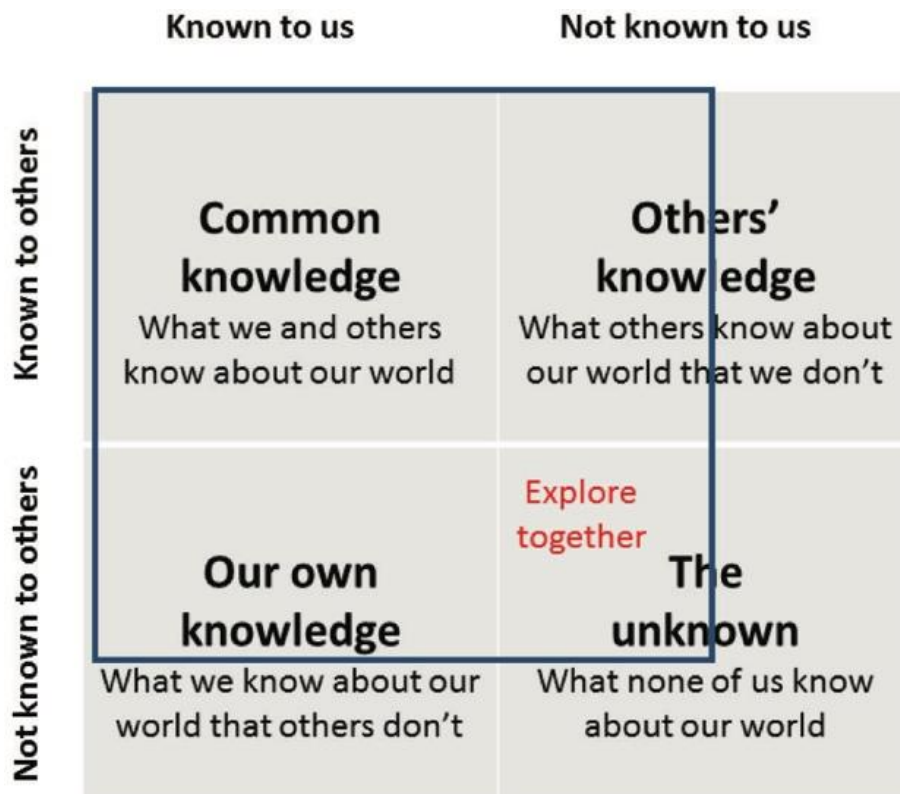
Johari vinduet øverst til høyre peker på det som andre vet – og minner oss på at vi må spørre og lytte og lære av den kunnskapen. Dette kalles det 'kjente-ukjente', vi vet at andre kan noe ikke vi kan. Tilsvarende viser vinduet nede til

venstre at vi vet noe ikke andre vet, som vi bør dele med dem. Dette kan også kalles det 'kjente-ukjente', siden vår kunnskap eller våre erfaringer kan være ukjente for andre.



Oliver, S., & Duncan, S. (2019). Looking through the Johari window. *Research for All*, 3(1), 1-6. <https://doi.org/https://doi.org/10.18546/RFA.03.1.01>

Om velferdsteknologi skal tas i bruk i de sosiale botjenestene må vi forvente at noe kjent-kjent, noe kjent-ukjent og at det er noe vi ikke vet at vi ikke vet – det som kan kalles det ukjente-ukjente eller kunnskapsgapet. Det ukjente, overraskende eller forstyrrende må utforskes i fellesskap. Erfaring og forskning på velferdsteknologifeltet viser at kunnskapsgapene enda er store – det er mye som er 'ukjent-ukjent'.



Oliver, S., & Duncan, S. (2019). Looking through the Johari window. *Research for All*, 3(1), 1-6. <https://doi.org/https://doi.org/10.18546/RFA.03.1.01>

Velferdsteknologi på rusfeltet kan inneholder store 'ukjente-ukjente'-felt, der kunnskapsmangelen er tydelig, samtidig som det der det ligger muligheter for å lage nye rutiner, prosedyrer, samarbeidsformer, løsninger og utvikle ny kunnskap.

Johari vinduene er nyttig for å styre diskusjoner og for å rydde i kjente og ukjente farvann.

Hva er velferdsteknologi?

For de fleste formål så er fremdeles definisjonen fra NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg nyttig.

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon». (NOU 2011:11)

Velferdsteknologi kan blant annet deles inn på følgende måte, her med eksempler som kan brukes på rusfeltet også:

1. Teknologi for sosial kontakt

Internett-tilgang

Telefonabonnement

Videokonferanse/-samtale

Mobiltelefon – telefon, sosiale medier

Internett – epost, sosiale medier, nyheter

Kommunikasjonsplattformer

2. Teknologi for undersøkelse behandling og pleie

Avstandsoppfølging/-kontroll av for eksempel blodtrykk, oksygenmetning i blodet, respirasjonsfrekvens, blodsukker og aktivitetsregistrering

Medisindispenser med varsling til bruker om når medisiner skal tas, og varsling videre ved forglemmelse

Videokonsultasjon for sårbehandling eller samtaleterapi

Passiv og aktiv deling av informasjon med tjenestene

3. Teknologi for trygghet og sikkerhet

Sensorer som sender informasjon med og uten aktiv bruker - bevegelse, temperatur, fall, tilsyn uten bildeoverføring (anonymisert tilsyn)

Sengesensorer for epilepsi, enurese, enkoprese

Alarmsystem med lokaliseringsteknologi (hvor en person er til enhver tid)

Komfyrvakt, adgangskontroll, dørlås

Videoovervåking av inngang, eller av beboer etter avtale

Brann og innbruddsalarm, alarm ved vannskader

Rask varsling ved behov for akutt hjelp

Passiv og aktiv deling av informasjon med tjenestene

4. Teknologi som kompensasjon og for velvære

Kognitiv støtte, påminnelser – avtaler, døgnrytme, dag/tid/sted,

Ernæringsstøtte – til eget bruk og for varsling

Gamification – læring gjennom spill

Exercgaming – trening gjennom spill

Gaming – for egen interesse og sosial kontakt

5. Teknologi som støtte til å leve et selvstendig liv i et digitalisert samfunn

Alternativer til smarttelefoner, alternative kommunikasjonsplattformer

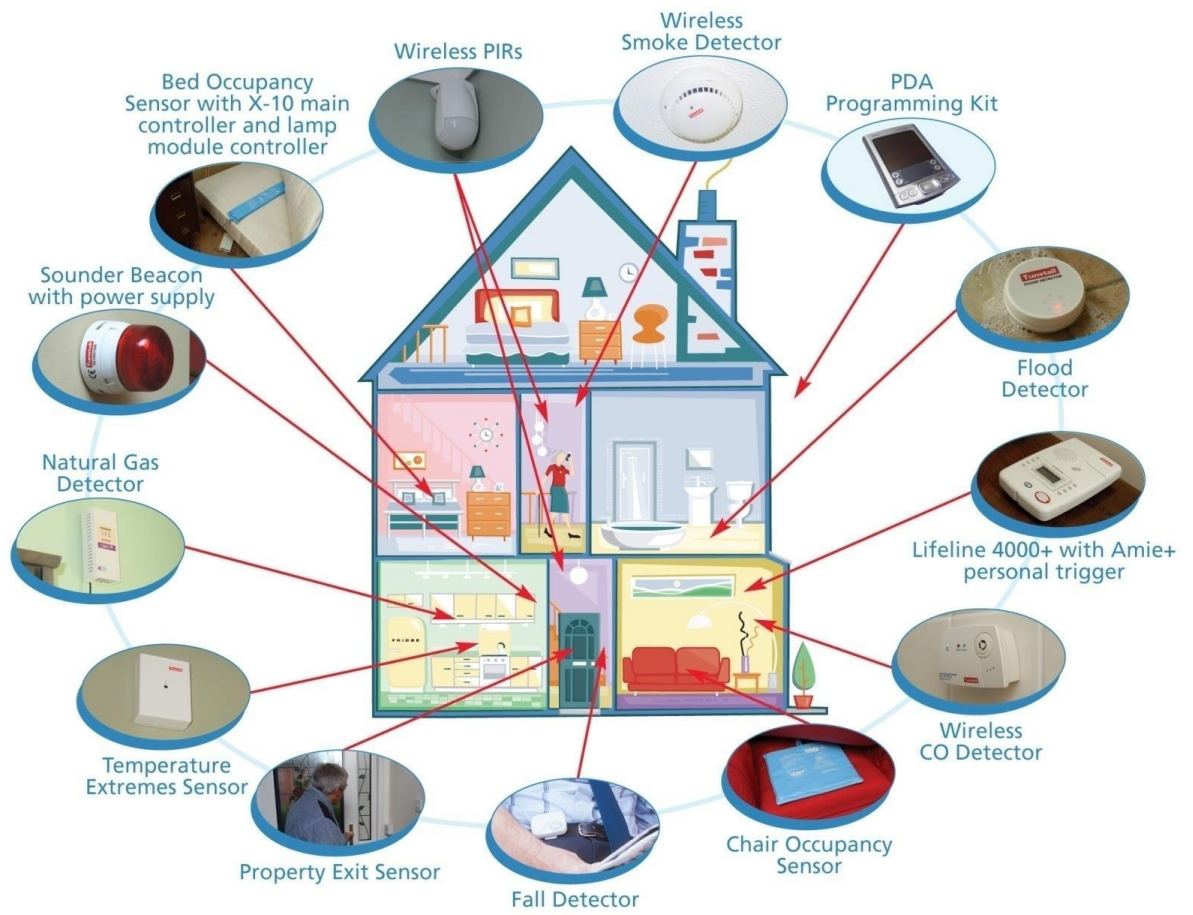
Generell brukerkompetanse i forhold til teknologien – digital helsekompetanse

Identifikasjon – for eksempel nettbank, selvbetjening på nett

Kartfunksjoner og veivisere på telefon

Billetter transport

Bruke apper/applikasjoner (dataprogrammer for telefoner og lesebrett), for eksempel Min helse.



Bildet over er fra nasjonalt velferdsteknologiprogram og illustrerer et lite utvalg av teknologi so kan brukes i ett hjem

<https://www.ntnu.no/documents/15057351/1271910444/sdu2016-plenum-b-e-thon.pdf/1d7127dc-bcbo-4177-a8ef-a45df8486boa> Lest 10.10.2021

Rune – helt alminnelig og ganske spesiell

Rune er en konstruert person som har mange av de kjennetegn, utfordringer og ressurser som en typisk beboer i ett kommunalt boligtiltak kan ha. Han har også mye felles med beboere som leier på de ordinære boligmarkedet, og som kan ha oppfølging fra kommunale botjenester, Housing First team, eller IPS-team (individuell plassering i arbeidsliv med støtte). *Rune* er en idealtipe (Mitropolitski, 2013) eller et kompositt-kasus (Samenow et al., 2013) som er sammensatt på bakgrunn av erfaringer deltakere i prosjektgruppen og referansegruppen har, samt det som beskrives i rapporter og forskning på feltet.

Vi lar *Rune* presentere seg selv:

Mitt navn er Rune, jeg er 48 år, og jeg flyttet inn i denne leiligheten for et par måneder siden. Det er godt å bo her. I mange år nå har det vært litt forskjellig når det gjelder bosted. Jeg har bodd hos venner, på gaten og på hospits. Det har vært mye rus og dop helt siden ungdomstiden. Nå går jeg på metadon og har fått denne leiligheten ved hjelp av sosiale botjenester i kommunen, og jeg får oppfølging fra dem. Jeg kan kontakte dem når jeg trenger hjelp til praktiske saker, og de har nøkkel til leiligheten. Det er forresten bra, for jeg har opplevd noen ganger at jeg har vært ute og så har jeg nøkkelen forsvunnet for meg. Da kan jeg ringe dem. Det beste ville selvfølgelig være at jeg ikke mistet nøkkelen, og at jeg i alle fall kunne klare å åpne døren ved egen hjelp. Men den må være låst, ellers er jeg ikke trygg. Jeg liker ikke at folk jeg ikke kjenner eller de jeg kjenner fra rusmiljøet skal dukke opp her. Hvis det ringer på døren, er jeg utrygg på hvem det er og hva de vil. Da åpner jeg ikke. Jeg åpner bare når jeg har avtale med de som kommer. De sender en melding på mobilen for å si at de kommer.

Her i leiligheten kan jeg ordne meg selv. Jeg har alltid likt å ha det ryddig rundt meg, så det passer jeg på. Jeg vil vise at jeg klarer dette. Her er stue med sofa, bord og en TV. Her er internett, men jeg har ingen datamaskin. På badet er det vaskemaskin og jeg har et kjøkken med komfyr, stekeovn og oppvaskmaskin. Middagen lager jeg selv, men det blir enkelt, ofte en ferdigpizza. Det har hendt flere ganger at det har begynt å røyke fra stekeovnen og røykvarsleren har begynt å ule. Det er utrolig hvor kort tid det tar å steke en pizza! Da blir det gjerne mye styr. Det er ubehagelig når det uler rundt meg, og jeg blir helt forvirret. Jeg har nettopp fått vite at jeg har diabetes - sukkersyke kalte vi det før. Da må jeg visst passe på hva jeg spiser. Jeg må ha medisin for det også. Jeg sliter med noen sår som ikke vil gro. Jeg kan få hjelp fra hjemmesykepleien for å stille sårene. De kan komme hjem til meg her, men ofte har jeg det sånn at jeg ikke orker å snakke med folk. Da sier jeg at de ikke skal komme.

Psyken min er ikke helt god, og jeg har vært innlagt på psykiatrisk avdeling. Jeg har en psykolog som jeg kan ha timer hos, men jeg får ikke til å komme meg til henne. Jeg klarer ikke å finne veien. Jeg finner ikke en gang veien til butikken og hjem igjen her. Jeg husker ikke hvor jeg skal gå. Dette er veldig kjedelig. Heldigvis kan personalet hjelpe meg med å handle inn. Jeg skulle absolutt hatt timer hos psykologen. Jeg går aldri ut uten følge, og det kunne jeg jo tenke meg.

Jeg har kontakt med familien min. Jeg snakker med min mor og med min bror av og til. Jeg har telefon med kontantkort, men plutselig så er det ikke penger igjen på det. Jeg ser at noen som jobber i kommunen har telefon som er som en liten datamaskin som de kan gjøre mye på.

Når det gjelder penger, så er det og litt vanskelig. Ja, jeg har penger i banken for jeg har uføretrygd og har arvet noe penger, men det blir jo så vanskelig å få tatt de ut. Jeg har mistet bankkortet flere ganger, og for å få nytt må jeg ha legitimasjon, f.eks. et pass. Jeg reiser ikke til utlandet, så det har jeg også mistet.

Men når jeg har bankkort, så må jeg gjerne huske en kode. Det er ikke alltid så lett. Det er mange situasjoner der en må legitimere seg. Akkurat nå - uten pass og bankkort - kan altså ikke jeg det.

Hva jeg gjør på når jeg er hjemme? Det blir altfor mye tid til å tenke. Men jeg liker musikk. Jeg får høre at den er for høyt på. Noen mener jeg bør få sjekket hørselen. Før i tiden spilte jeg gitar. Så har jeg røyken, da. Så må jeg ordne i leiligheten og lage mat. Men jeg sliter litt med å huske og jeg har litt dårlig balanse, merker jeg. Ikke rart når jeg sitter her mesteparten av dagen. Det hadde vært fint å kunne komme seg ut mer og få se på omgivelsene her, jeg er ikke så sosial, så jeg trenger ikke se så mange folk.

Så er det en ting som er litt flaut, jeg mangler så mange tenner. Jeg tør ikke le eller smile, og snakker litt mumlete for at andre ikke skal se det. Og det er ikke så lett å spise heller, og da er det ikke noe kjekt å gå på kafe eller besøk.

Hva kunne avhjulpet noen av 'Runes' utfordringer?

Etter feltbesøk, intervjuer, fokusgrupper og samtaler med beboere og ansatte har utfordringer som listes under blitt løftet fram slik at vi kan vurdere på hvilke måter velferdsteknologi kan bidra til løsning. Her som over er teknologi forstått som et samlebegrep for rutiner, prosedyrer og materialitet (konkreter, ting, bygninger osv.).

Momentene under er framkommet gjennom våre besøk til mange kommunale botiltak, samt samtaler med beboere og ansatte og som påvirker trygghet, kommunikasjonsmuligheter og selvstendige hverdagsliv for beboerne, og som samtidig påvirker arbeidsmiljø og arbeidshelse for de ansatte.

1. Brannfare

Brannalarmer utløses ofte i bofelleskap og hybelhus, og det må undersøkes i hvert tilfelle om det er falsk alarm eller om det er noe som brenner. Eksempler kan være svidde pizzaer og tørrkøknig, sigaretter eller stearinlys som lager røyk eller ulmer i ett askebeger. Alle boliger bør ha varslinger for mulig brann, uavhengig av beboere.

Alarmselskap/sikkerhetstjenester/brannvesen har ulike rutiner for kontroll og oppfølging av alarmer. Botjenestene må lage rutiner som passer der de er.

Forebygging er første prioritet, og der det er fast ansatte i botiltakene må det lages lokale rutiner for varsling, kontroll og oppfølging.

For mange feilvarsler kan føre til at det blir liten eller ingen reaksjon. Ved alvorlig brann kan det blir store materielle skader med fare for personskaade.

Løsningsforslag

Forebygging og gode rutiner, valg av brannhemmende materialer der det er mulig (tekstiler, vegger, gulvbelegg osv.).

Vanlig røykvarsler for ulmebrann.

Komfyrvakt som skur av strømmen.

Samsvar mellom valg av sensor og type komfyr/platetopp med tanke på varmeutvikling.

Samarbeid med brannvesenet for å diskutere forebygging og rask utrykking ved behov.

2. Trygghet

Trygghet for beboer – det vil si opplevelsen av å være trygg i egen bolig, at ingen bryter seg inn, eller at noen kommer seg inn og ikke vil gå igjen. Innbrudd og voldsepisoder er ikke ukjent der det er mange som har komplekse utfordringer i forhold til rus. Det må forventes at noen av beboerne kan ha våpen eller skadevoldende «utstyr» for å beskytte seg selv. Beboerne har opplevd at de ikke ble tatt på alvor når de meldte fra om vold mellom naboer til vaktelskap/politi/ansatte. De tolket dette som at det aksepteres et relativt høyt nivå av vold og konflikt mellom naboer før det rykkes ut. Manglende utrykning eller hjelp legitimerer at det trengs ulike metoder og utstyr til selvforsvar.

Trygghet for personalet – vold mellom beboere og fra beboere mot personale, eller trusler om vold, er heller ikke uvanlig. Personalet har ofte trygghetsalarm

som går direkte til et vaktelskap. Vaktelskapet får ikke alltid godt nok informasjon om hvem av de ansatte som har uløst alarmene eller hvor i boligen alarmen er utløst. Det betyr at i en skarp situasjon så må vaktelskap og/eller politi lete etter den som har utløst alarmen. Dette kan føre til at ansatte ikke bruker alarmen, eller blir mer tilbakeholdne. Beboerne reager på at personalet går med synlig alarm, og de opplever det provoserende at de blir oppfattet som voldelige.

Problem

Trygghet for beboer: eget hjem kjennes utrygt og åpent for fremmede.

Trygghet for ansatte: alarm blir ikke brukt for den provoserer beboere, dersom de trenger hjelp er det vanskelig for vaktelskap eller lignende å finne den/dem som har utløst alarmen.

Løsningsforslag

Beboere: egen kontroll med dører og vinduer til boligen. Alarm og varslingsmuligheter ved innbrudd eller uønsket besøk. De som mottar alarm må komme øyeblikkelig.

Ansatte: alarm som er lite synlig og som sender tydelig melding til vaktelskap (politi) om hvem som har utløst alarmen og hvor de befinner seg. Rask utrykning. Utløst alarm må alltid oppfattes som behov for akutt hjelp.

3. Tap av nøkler

Svært mange opplever å miste nøkler. Dette fører til at de får problemer med å komme inn i egen bolig, og en redsel for at andre kan ha stjålet eller funnet

nøkklene og kommer seg inn i boligen. Nøkler er her blant annet vanlige metallnøkler, plastkort/hotellkort og «armbånd». Plastkort kan lett erstattes om man får kontakt med personalet.

Problem

Tap av nøkler gir utrygghet og gir grobunn for konflikter. Kortnøkler mistes lett, og armbåndene tas av.

Løsningsforslag

Kodelås på dørene. Det kan være lettere å huske koden om den er selvvalgt, men om koden glemmes, kan dette bli ett problem.

Nøkkelpåse med reservenøkkel. Risiko at de ikke husker koden til påsen og/eller at reservenøkkelen ikke blir lagt tilbake.

Stemmestyring – vanskelig for mange beboere siden stemmen kan variere med dagsform, sykdom, rus osv.

Ansiktsgjenkjenning – kan være ustabil på grunn av rusbruk.

Microchip implantat i hånden som åpner og låser dører.

Åpne dører – men det skaper utrygghet.

4. Medisinering

Mange av beboerne er i LAR-programmet. Legemiddelassistert behandling krever ofte at bruken møter opp på utdelingsstedet. Flere ønsker å få og ta medisin i egen bolig, og slippe reise.

Problem:

Vanskelig å følge opp LAR om brukeren ikke klarer å komme seg til utdelingsstedet. Problem med transport (praktisk og økonomisk), problem med å holde avtaler, stigmatiserende å få uniformert bil med medisinleveranser (for eksempel vakselskap), problem med trygg oppbevaring av LAR-medisiner i bolig.

Løsningsforslag:

Flytte utdeling av medisiner til boligene – ansatte kan dele ut.

Dersom praktisk mulig og ønskelig av brukeren, del ut medisiner for flere dager om gangen, bruker oppbevarer LAR-medisinen selv og selv-administrerer.

Sikker oppbevaring av medisinene (fare for tyveri) – låsbart kjøleskap eller lignende.

Medisindispenser som passer til LAR-programmets behov.

5. Telefon

De fleste beboere har tilgang til telefon, som regel en enkel telefon med kontantkort. Få har smarttelefon, siden disse ofte blir stjålet eller solgt. Kontanttelefon kan føre til at mange ikke kan bruke telefonen til å ringe ut, kun motta samtaler. Det er ikke tilstrekkelig å ha en telefon som bare kan motta samtaler. Tap av ladere og få ladepunkter kan være et problem for noen. Det er et problem for ansatte at mange beboere ikke har telefon, med tanke på kontakt og oppfølging. Manglende telefon fører til vanskeligheter med å holde kontakt med venner og familie, eller gi beskjed i krisesituasjoner.

Problem:

Det er vanskelig å klare seg i dagens Norge uten telefon. Prinsippet er at innbyggerne skal bruke selvbetjeningsløsninger, og følge opp «digitalt førstevalg».

Løsningsforslag:

Kommunen bør vurdere å tilby telefoner/SIM-kort med enkle abonnementer med fri ringetid. Alternativt må verger eller andre «foresatte» blir involvert i dette. Ansatte bør vurdere hvordan de/andre kan følge opp beboere og sikre at de alltid har telefoner som virker.

6. Internett

Tilgang til internett varierer, og det har tatt tid før alle botiltak har innlagt internett. Det er norsk politikk at alt skal digitaliseres, da må også de som er vanskeligstilte på boligmarkedet få tilgang til internett der de bor.

Problem:

Det er vanskelig å klare seg i dagens Norge uten tilgang til internett. Prinsippet er at innbyggerne skal bruke selvbetjeningsløsninger, og følge opp «digitalt førstevalg».

Løsningsforslag:

Huseier og/eller botjenesten bør sørge for at dette blir tilgjengelig, og at kostnader med tilgang til Internett inkluderes i husleien (alternativt finne andre løsninger). Manglende tilgang til internett/telenett kan imidlertid ha konsekvenser for på hvilke måter ansatte kan kontakte beboerne.

7. Identifikasjon Bank-ID – pass

Dette er et kjent problem for mange av beboerne som får trenger oppfølging. Manglende tilgang til internett/telenett kan ha konsekvenser for på hvilke måter ansatte skal kunne kontakte beboerne, og på hvilke måter beboerne skal kunne legitimere seg. Dersom man ikke har noen form for elektronisk identifikasjon er det ikke mulig å få tilgang til digitalisert helseinformasjon om seg selv, jfr. Min helse, eller bruke digitale helse- og sosialtjenester.

Talegjenkjenning, iris-skanning og fingeravtrykk løser problemet inntil ett visst nivå, men for beboere som er i aktiv rus vil fingertupper, iris og stemme kunne variere med dagsform og over tid. Dette problemet er økende når velferdsstaten og velferdstjenestene digitaliseres og det legges opp til stadig større grad av selvbetjening via nett for alle innbyggere i Norge.

Problem:

Det er vanskelig å klare seg i dagens Norge uten bankID eller tilsvarende.

Løsningsforslag:

Oppfølging av og støtte til PROM må inkludere støtte til anskaffelse av elektronisk identifikasjon eller tilsvarende, og eventuell støtte til å lære å bruke det.

Microchip implantat i hånden som inneholder identifikasjon.

8. Økonomi

En del av dem som får eller trenger oppfølging fra sosiale botjenester har vanskeligheter knyttet til penger; styre forbruk i forhold til tilgjengelig ressurser, betale regninger eller få kontakter ut fra bank osv.

Problem:

Det er vanskelig å klare seg uten tilgang til egne penger, og uten muligheter for å låne eller betale tilbake penger fra venner eller familie. Økonomistyring kan være krevende.

Løsningsforslag:

Dersom beboer har tilgang til digitale plattformer og applikasjoner finnes det mange muligheter for å planlegge og følge med på bruk av penger.

Microchip implantat i hånden kan brukes som betaling på samme måte som kort eller telefonapplikasjoner.

9. Ernæring

Det er et kjent problem at mange av dem som er vanskeligstilte på boligmarkedet kan ha problemer med ernæring, og mange er underernærte og/eller feilernærte. Det finnes telefonapplikasjoner for å få tak i billig eller gratis mat, og for å kontrollere om matinntaket er tilstrekkelig og dekkende for den enkeltes behov. Bruken av de ulike applikasjonene kan medføre kostander eller abonnement, og forutsetter at man har smarttelefon, har tilgang til mobildata eller internett, og at man forstår hvordan de ulike applikasjonene skal brukes.

Problem:

Langvarige og sammensatte rus og psykiske helseutfordringer medfører ofte underernæring og/eller feilernæring.

Løsningsforslag:

Langvarige og sammensatte rus og psykiske helseutfordringer medfører ofte underernæring eller feilernæring. Feil- og underernæring påvirker generell helse, og det påvirker evne til egenomsorg og problemløsning på kort og lang sikt. Riktig ernæring er en forutsetning for at beboeren skal kunne ta initiativ/eller og følge opp avtaler med tjenesteyterne. Det finnes svært mange applikasjoner som kan brukes for å planlegge og registrere kosthold og ernæring, samt applikasjoner for dem som må unngå eller må ha ekstra tilskudd av særskilte næringsmidler, for eksempel knyttet til diabetes 1 og 2, overvekt, intoleranser eller FODMAP-dietter.

Microchip implantater kan lese av og formidle biometriske mål; blodsukker, blodprosent, puls, blodtrykk, endringer i det parasympatiske nervesystem (angst, rus-sug, «sprekk»).

10. Søvn og restitusjon

Fellesboliger gir ofte lite rom for å trekke seg tilbake og hvile eller være for seg selv. Støy og utrygghet påvirker muligheter for god søvn og muligheter for restitusjon. Dårlig søvn og reduserte muligheter til kroppslig og psykisk restitusjon påvirker helsen i negativ retning. Manglende trygghet i egen bolig kan påvirke muligheter for å hvile, og det kan påvirke kvalitet på hvile og søvn. Ernæring og søvn er vesentlig for den generelle helsen, og for samarbeid med tjenesteyterne.

Problem:

Langvarige og sammensatte rus og psykiske helseutfordringer medfører ofte vedvarende eller periodevise søvnvansker – enten at man sover for mye eller sover for lite.

Løsningsforslag:

Beboer og tjenesteyter kan sammen kartlegge søvnvaner og søvnmønster, inkludert døgnrytme, bruk av innsovningsmidler (legale eller illegale), støy, forstyrrelser, trygghet og sted å hvile og sove. Det finnes mange telefonapplikasjon for å støtte god søvnhygiene, og det kan etableres rutiner for digitalt tilsyn eller kommunikasjon som bidrar til bedre hvile og søvn.

11. Kalender, tid/sted – avtaler

Beboere i aktiv rus eller med behov for oppfølging av andre grunner har ofte problemer med å huske avtaler, og med å holde kontroll på datoer og tidspunkter. For at beboerne skal kunne nyttiggjøre seg blant annet avstandsoppfølging/videosamtaler er det nødvendig å ha oversikt over dag og tid.

Problem:

Langvarige og sammensatte rus og psykiske helseutfordringer medfører ofte kognitive utfordringer, f.eks. å ha oversikt over dato, klokkeslett og avtaler

Løsningsforslag:

Det finnes mange enkle løsninger for påminnelser og kalender som kan integreres i telefoner, lesebrett, epost, hukommelsesstøtte, osv. Dette forutsetter

at brukeren har kunnskap om hvordan avtaler legges inn og at varslingen fungerer og blir fulgt opp.

12. Kontakt med helse- og sosialtjenestene

Denne utfordringen følger av det som er nevnt over. Dersom man ikke klarer å ha tilstrekkelig kontroll ernæring og søvn, på dato og tid, og mangler muligheter til å identifisere seg og ikke kan samhandle via ulike nettbaserte løsninger, så blir det vanskelig å ta kontakt, holde kontakt og følge opp egne behov og avtaler.

Problem:

Langvarige og sammensatte rus og psykiske helseutfordringer er ofte ledsaget av sammensatte og langvarige helseplager og behov for oppfølging fra sosiale botjenester eller NAV.

Løsningsforslag:

Kontakt og oppfølging forutsetter det meste over – at beboeren har tilgang til nødvendige plattformer og kanaler for kontakt og oppfølging, og at vedkommende vet hvordan de skal brukes.

13. Kontakt med familie og venner – ensomhet

Dette punktet er tett knyttet til det over. Dårlig kontakt med venner og familie eller problemer med å holde kontakt med venner og familie er også en helsetrussel. De ressursene som venner og familie representerer for beboeren, og beboere for de andre, vil utarmes. Dette er vel kjent for beboere og tjenesteytere på rusfeltet, og det reduserer handlingsrom og muligheter for livsutfoldelse for

beboerne. Økt trygghet i egen bolig og bedre kommunikasjonsmuligheter med ansatte og tjenestene kan bidra til å bedre kontakt med venner og familie.

Problem:

Langvarige og sammensatte rus og psykiske helseutfordringer er ofte ledsaget av brutte relasjoner, og/eller vansker med å holde og beholde kontakt over tid

Løsningsforslag:

Kontakt og oppfølging forutsetter det meste over – at brukeren har tilgang til nødvendige plattformer og kanaler for kontakt og oppfølging. Det må vurderes sammen med beboer når digitale plattformer (bilde, meldinger, tale, video) er egnet for å gjenetablere eller beholde kontakt over tid.

14. Orienteringsevne – utendørs

Krevende livserfaringer, rusbruk eller psykiske helseproblemer kan medføre vansker med å orientere seg utendørs. For de fleste løses dette med bruk av mobile kartapplikasjoner. Dersom man ikke er i stand til å beholde en mobiltelefon, mister man samtidig muligheter til å skaffe seg hjelp til å orientere seg eller ta kontakt med noen som kan bidra. Mange kommuner tilbyr ulike former for lokaliseringsteknologi for personer med kognitiv svikt som kan være relevant for noen beboere med behov for oppfølging. Hovedutfordringen er å finne løsninger som øker beboernes handlingsrom og styring av eget hverdagsliv, slik at de selv kan finne ut hvor de er og hvor de skal – ikke bare bli funnet av andre. Ideelt sett bør alle ha sin egen mobiltelefon, men fast telefonnummer, men dette er vanskelig å få til for mange for mange av de aktuelle beboerne.

Problem:

Dersom en beboerne har vansker med å finne fram til dit de skal, kan noen også ha problemer med å finne tilbake til der de bor. Kontakt med tjenester, venner, familie eller skol/arbeid forutsetter som regel en god orienteringsevne utendørs.

Løsningsforslag:

Kontakt og oppfølging forutsetter det meste i punkt 1-12 over – at beboeren har tilgang til nødvendige plattformer og kanaler for kontakt og oppfølging.

Microchip implantat i hånden som kan tilbyr lokalisering av personen.

15. Transport

Transportmuligheter er ofte en forutsetning for å kunne delta i samfunnet slik det er forventet og allment akseptert. For mange beboere med oppfølgingsbehov kan det være store avstander mellom bolig og relevante sosiale arenaer.

Transport har alltid en kostnad, som den enkelte vil vurdere opp mot andre utgifter. Manglende mulighet for transport kan derfor påvirke muligheter for kontakt med venner og familie, og med velferdstjenestene eller helsetjenestene.

Problem:

Langvarige og sammensatte rus og psykiske helseutfordringer er ofte ledsaget av sammensatte og langvarige helseplager.

Løsningsforslag:

Kontakt og oppfølging forutsetter det meste over – at brukeren har tilgang til nødvendige plattformer og kanaler for kontakt og oppfølging.

Beboere med særlige utfordringer med transport kan være omfattet av eksisterende ordninger for transport for personer med redusert bevegelsesfunksjon eller andre helseproblemer. Det bør undersøkes sammen med beboer hva som er tilgjengelig i den aktuelle kommunen.

16. Individuelle trygghetsplaner

Velfersteknologi som rutiner, prosedyrer og materialitet/konkreter kan støtte beboerne i deres prosess fra 'kriseerfaring' til 'krisekompetanse', det vil si at teknologien kan øke trygghet og handlingsrom i hverdagen. Erfaringer fra rus/psykiatrifeltet har vist at kriseplaner og trygghetsplaner er nødvendige, og avlaster både beboere og ansatte. Slike planene kan dels inneholde forebyggingstiltak, «reparasjonstiltak» man kan klare selv, og planer for å kontakte bistand fra andre. Teknologi for å støtte kommunikasjon og trygghet kan bidra til større ro omkring dette.

Problem:

Forebygging, vedlikehold og krisehåndtering tilhører hverdagslivet for beboere og ansatte på rus- og psykisk helsefeltet.

Løsningsforslag:

Planer på kort og lang sikt for håndtering av kjente eller ukjente hverdagsutfordringer bør utarbeides, og innlemmes i de valgte teknologisk løsningene, og tilpasses dem det gjelder lokalt.

17. Koordinering og samarbeid mellom ulike tjenester

Kommunene som har tatt i bruk velferdsteknologi har egne eller interkommunale system som tar imot alarmer og varsler, og som har laget lokalt tilpassede rutiner hvordan alarmer og varsler skal følges opp – enten dette er ansatte, venner, familie eller frivillige.

Velferdsteknologi som innlemmes i de sosiale botjenestene bør integreres i de systemene som finnes lokalt.

Hjemmesykepleien tilbyr tjenester til innbyggere som har behov for det, også dem som trenger booppfølging, for eksempel sårstell og medisinalutdeling.

Problem:

Teknologi forutsetter at alle bruker er kjent med hva den kan brukes til, hvordan det fungerer og hvem som følger opp varsler, alarmer, og vedlikehold. Velferdsteknologi som ikke er integrert og forankret i organisering og tjenesteleveranser kan skape falske forventninger, gi merarbeid og økte kostnader.

Løsningsforslag:

Teknologi må være en integrert del av hverdagslivet til beboerne og tjenestene for at den skal bidra til måloppnåelse for alle aktører. Lokale tilpasninger vil alltid være nødvendige.

Hvilke nye muligheter gir velferdsteknologi ansatte og frivillige i de sosiale botjenestene?

Oppfølging av personer med sammensatte rus- og psykiske helseproblemer kan være krevende for ansatte og frivillige. Det er vel kjent at mange opplever trusler og vold i og utenfor arbeidstiden, hvilket kan føre til hyppige og lange sykemeldinger, rekrutteringsproblemer, ustabile fagmiljøer og stor utskifting i personalgruppen.

Digitalt førstevalg og velferdsteknologi kan bidra til flere vanskeligheter og konflikter, siden dette forutsetter at personen som trenger bistand må ha tilgang til nødvendig utstyr, internett og kompetanse til å bruke det.

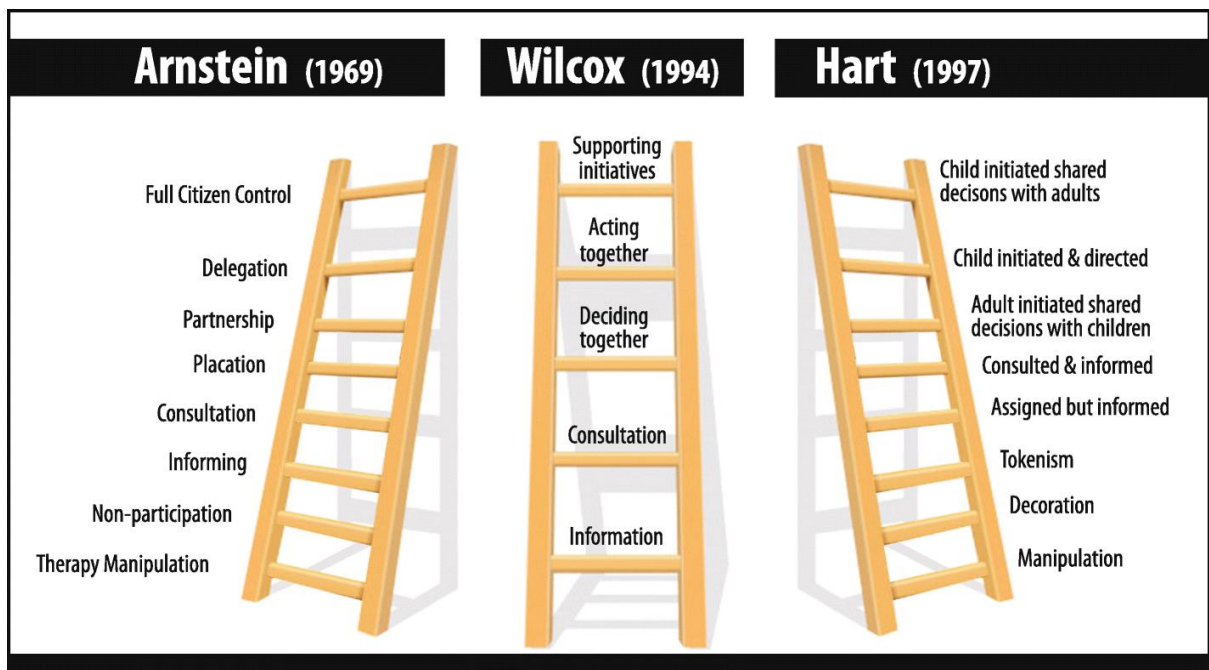
Samtidig kan digitale møter og oppfølging gi beboer og ansatt bedre muligheter til å holde på fokus på temaet for møtet mer enn forstyrrende elementer i omgivelsene. Erfaringen fra Ikast-Brande i Danmark tydet på at når møtene var på en digital plattform, ble samtalene bedre og mer fokusert. Beboerne kan oppleve ubehag ved å oppsøke offentlige kontorer, og de ansatte kan kjenne på ubehag i beboernes hjem. Møtene ble avtalt like formelt som om de var ansikt-til-ansikt, og de ansatte satt på ett møterom alene. Digitalisering sparte transporttid for alle. I denne kommunen fikk alle som trengt oppfølging låne et nettbrett fra kommunen.

Hvilke eksplisitte og implisitte krav stilles til brukere av velferdsteknologi?

Velferdsteknologi – som annen teknologi – er alltid plassert i en materiell og sosial kontekst. Hvordan teknologien kan tas i bruk vil derfor være avhengig av tid, sted, personer og situasjoner. Et felles trekk er at alt sosialt samspill krever medvirkning og deltakelse. Medvirkning og deltakelse er begreper som brukes mye, og derfor fort kan bli meningstomme. Under vises noen ulike forståelser av hva medvirkning og deltakelse kan bety. Stigemodellene må ikke forstås slik at det alltid er best å være på de øverste trinnene. I noen situasjoner må det tas beslutninger på vegne av andre, og i andre situasjoner kan alle opptre som kompetente og utøve sitt sosiale medborgerskap.

Deltakerkompetanse og handlingskompetanse

Bolig eller mangel på egnet og stabil bolig utgjør et sentralt vilkår for på hvilke måter personer som *Rune* kan inviteres med i planlegging og beslutningsprosesser. Dersom de materielle og strukturelle vilkårene ikke er til stede vil det være svært vanskelig for personer som *Rune* å medvirke eller utøve sitt sosiale medborgerskap. Som det er presentert over, er opplevelse av trygghet sentralt for å kunne orientere seg utover seg selv, og for å kunne planlegge hverdagslivet på kort og lang sikt.



(Arnstein, 1969; Hart, 1997; Islam & Small, 2020; Wilcox, 1994).

Deltakerstigen viser at på de laveste nivåene kan 'deltakelse' forstås som manipulasjon eller enveis kommunikasjon. Dess lenger opp på stigen man klatrer dess mer rom er det for flere parter å ytre seg, mene og foreslå noe, og ta initiativ. Erfaringer fra arbeid med blant annet utviklingshemmede eller personer med kognitiv svikt, viser at mange blir fratatt muligheter til å ta initiativ i sosiale eller praktiske sammenhenger (Sudmann, 2015; Sudmann & Folkestad, 2015). Dette kan føre til frustrasjon hos dem det gjelder som ytrer seg som passivitet, tilbaketrekning eller aggresjon og utagering. Sosialt medborgerskap og empowerment kan oversettes til å ha rett til å ta initiativ og til å ha innflytelse over de betingelser som påvirker eget hverdagsliv. Det øverste trinnet i Wilcox sin stige viser hvilken kompetanse og erfaring som bygger opp mot til å ta å initiativ, og verdien av å oppleve støtte til at man ta initiativ.

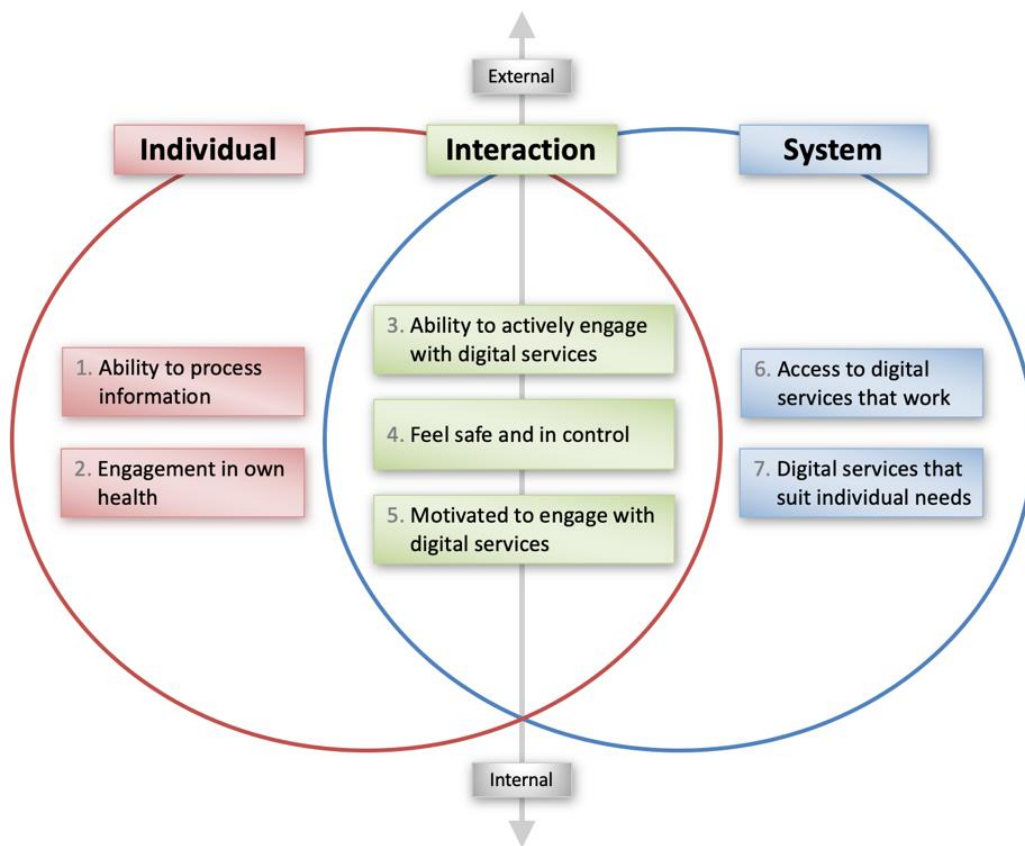
Samhandling forutsetter kommunikasjon, og trygghet og mot til å ta initiativ kan etableres gjennom dialog (Freire & Nordland, 1999). Dette er like relevant for tjenesteutøvere som for tjenestemottakere. Gjennom systematisk involvering av

ansatte i praktiske og organisatoriske endringsprosesser vil de ansatte utvide sitt handlingsrepertoar for inkluderingsarbeid med tjenestemottakerne (Solstad & Sudmann, 2019). Enhver sosial situasjon innebærer forhandlinger om hvem vi skal være for hverandre, hva vi skal samhandle om, og hva som er relevant og ikke relevant i den aktuelle situasjonen (Goffman, 1992; Goffman et al., 2009). For de fleste fag og profesjoner vil det trolig være et potensiale for å tenke gjennom på nytt hvilke implisitte krav og forventninger som blir stilt til dem som skal motta tjenestene, og vurdere på nytt hva som anerkjennes som deltakelse, kompetanse og kunnskap hos tjenestemottakerne.

E-helse og digital helsekompetanse

Denne veilederen har lagt til grunn et perspektiv på helse som kollektiv ressurs og sosial praksis. Velferdsteknologi er en del av det som kalles e-helse, det vil si elektronisk helse i vid forstand. Nyere forskning viser at e-helse bør forstås som en kollektiv ressurs og praksis, ikke minst når internett 2.0 (blant annet sosiale medier) er blitt en sosial arena og en sosial praksis (Gilstad, 2014; Nørgaard et al., 2015).

E-helse og digital helsekompetanse er begreper som viser til hva som forventes og kreves av oss som innbyggere, tjenesteutøvere eller tjenestemottakere når politikken er blitt «Digitalt førstevalg» og velferdsteknologi blir del av eget arbeidsliv og/eller hverdagsliv. For å kunne nyttiggjøre seg chat-funksjoner, chatbots, digitale konsultasjoner eller terapi, eller bestille flybilletter eller legge en ny post på sosiale medier, kreves det tilgang til plattformer, internett, strøm, abonnementer, identifikasjonsmuligheter, fingerferdigheter, kunnskap om tjenesteorganisering, bestillingssystemer, lokale og nasjonale systemer osv. Dette kalles med et samlebegrep for digital helsekompetanse eller e-health literacy på engelsk. Modellen under illustrerer noe av kompleksiteten.



The e-health literacy framework: a conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems (Nørsgaard et al., 2015). Gjengitt med tillatelse fra rettighetshaver.

Brukere av digitale plattformer trenger kunnskap om å søke, finne, velge ut, vurdere og eventuelt anvende den informasjonen som finnes – enten det er kunnskap om sårbehandling eller det er å undersøke pensjonsrettigheter eller nyheter. For svært mange er dette komplisert – enten man er tjenestemottaker eller tjenesteutøver (Magnussen & Sudmann, 2018; Sudmann et al., 2021). For denne veilederens formål er hensikten her å minne om kompleksiteten, og rette fokus mot de implisitte krav og forventinger som stilles til alle aktører.

Velferdsteknologiens bakside – naiv teknologioptimisme?

I bokkapittelet «Alderdom i det teknologiske Utopia. Velferdsteknologi i norske kommuner» oppsummerer Heidi Haukelien forskning på hva som skjer når velferdsteknologi tas i bruk (Haukelien, 2020). Kunnskapen hun formidler er generisk, og vil gjelde for rus- og psykisk helsearbeid og sosiale botjenester like mye som for aldringsfeltet. Erfaringer fra helse- og omsorgsfeltet er at implementering av velferdsteknologi krever fleksibilitet, kunnskap og ekstra arbeidsinnsats fra de ansatte – hvilket ofte sees.

Det er kjent fra alle typer omorganisering at endring og overganger krever ekstraressurser. Hvorvidt det gir forventede gevinster er som regel ikke gitt på forhånd, selv om de politiske insentivene tar utgangspunkt i at det alltid vil være gevinster. Det viser seg at mye av teknologien som er delt ut eller installert ikke blir brukt. Dette er tilsvarende erfaringer fra hjelpemiddel-området generelt, at dersom sluttbruker og tjenesteyter ikke er enig om mål, hensikt og nytteverdi av et hjelpemiddel så blir det ikke brukt. Mangel på muligheter for individuell og lokal tilpasning kan også redusere anvendelighet og bruk.

Tjenestene på helse- og omsorgsfeltet, inkludert rusfeltet og de sosiale botjenestene, er komplekse – både når det gjelder organisering, rutiner, prosedyrer, teknologi, kunnskap og personalressurser. Det er mange ulike «teknologier» som skal passe sammen. Det er velkjent at nye og gamle systemer sjelden går sømløst sammen, og at dette medfører mye ekstraarbeid og ekstra kostnader. Det skjer ofte uforutsette hendelser som tar tid fra andre oppgaver, ofte hverdagslig daglig drift.

Haukelien (2020) sin gjennomgang av relevant forskning viser at det er lite involvering av ansatte ved vurdering og beslutning om å ta i bruk velferdsteknologi. De som skal bruke teknologien blir involvert for seint i prosessen, både med tanke på hvilke utfordringer som kan løses med teknologi, hvordan det passer sammen med de lokale arbeidsrutiner og oppgaver, vedlikehold, organisering av opplæring, og at alle blir involvert.

Det er en innbygget motsetning mellom behov for billig arbeidskraft (lav eller ingen formell utdanning) og kompleksiteten i organisering og tjenesteyting og individuell tilpassing. For eksempel vil smarthus-teknologi kreve utstrakt forståelse og samarbeid på tvers av fag og profesjoner, for eksempel rusarbeid og ingeniørarbeid. Samarbeid og kunnskapsdeling på tvers av fag tar tid, risiko for misforståelser og feil øker (Anvik et al., 2020; Haukelien, 2020).

Hoffman (2018) på sin side advarer mot en naiv implementering av nye rutiner, prosedyrer eller materialiteter (teknologier) som kan være kostnadsdrivende og gi liten uttelling på kvalitet og måloppnåelse for tjenesten (her helse, like relevant for botjenestene). Han viser at de kommersielle interessene på teknologiområdet er store og sterke, og at det er nødvendig å temme teknologien av hensyn til kvalitet i tjenesten og av hensyn til økonomisk kontroll og prioritering av fellesskapets ressurser (Hofmann, 2018).

Etikk – samtykke – personvern

Personvern skal avveis mot faglig forsvarlig praksis og beskyttelse av liv og helse for beboere og ansatte/frivillige. Beslutning om bruk av velferdsteknologi kan kreve at brukeren gir eksplisitt samtykke, skriftlig eller muntlig. For eksempel kreves det samtykke til deling av personlige opplysninger, inkludert biometriske målinger som blodtrykk, puls, blodsukker, som kan sendes til andre uten brukerens medvirkning. Digitalt tilsyn med eller uten personlige kjennetegn krever også samtykke. Hvorvidt beboere har eller ikke har samtykkekompetanse må vurderes og dokumenteres.

Tjeneste-/profesjonsutøverne må selv ta ansvar for at de utøver etisk forsvarlig praksis i henhold til de til enhver tid gjeldene lover og regler, også når det gjelder personvern. Oppdatert informasjon om dette finnes på datatilsynets nettsider, se lenke samling lenger nede.

Smartklokker og microchip samler mye informasjon som kan deles. Deling må avtales eksplisitt, og samt hvor lenge den som mottar denne informasjonen har anledning til å oppbevare den.

Fra ide til praksis

Her presenteres kort noen kvalitetssikrede verktøy for bruk av velferdsteknologi i helse- og velferdstjenestene, samt 'De små skrittets metode' for endringsarbeid på rusfeltet. Mer informasjon finnes i lenkesamlingen under.

Veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi

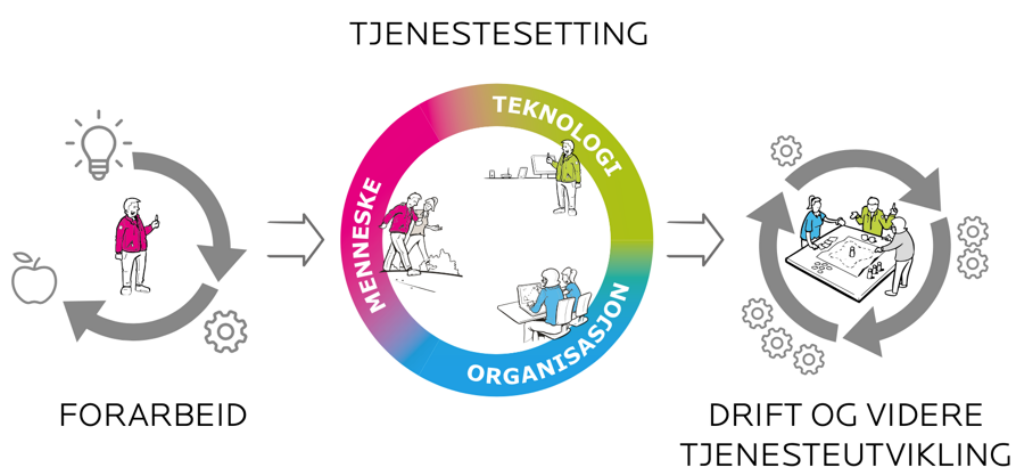
Veikartet er laget på bakgrunn e erfaringer fra seks norske kommuner. Dette illustrerer med konkrete eksempler hvordan innovasjonsprosesser er drevet fram og hvordan det kan legges tilrette for vellykkede prosesser. Utgangspunktet er inkludering av relevante aktører, grundig forarbeid og forankring, og prosessorientert utprøving og evaluering. Se lenke til rapporten lenger nede.



Veikart for innovasjon for velferdsteknologi: Forarbeid, kartlegging, utvikling, utprøving, evaluering og ny praksis (Grut et al., 2013).

Tjenesteseiting av velferdsteknologi

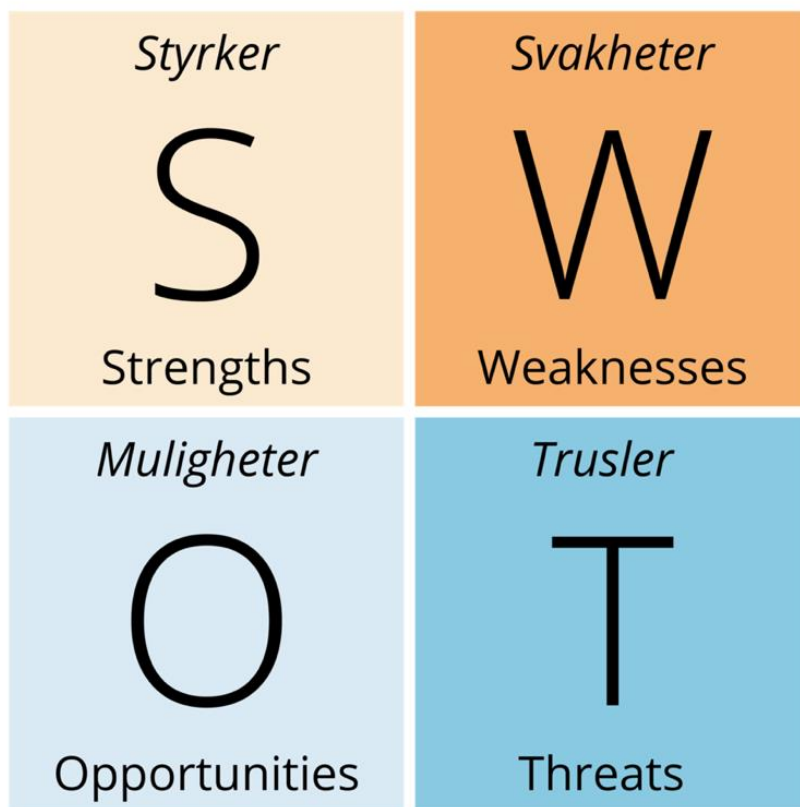
Ausen og medarbeidere bruker andre begreper enn i veikartet, og videreutvikler forståelsen av samspillet mellom menneske teknologi og organisasjon. Modellen viser at teknologi aldri kan operere i et vakuum, og at det er den organisatoriske og praktiske forankring og bruk som avgjør hvorvidt teknologi fører til bedre, mer effektive eller billigere tjenester. Se lenke til rapporten lenger nede.



Modell for implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene(Ausen et al., 2018)

SWOT-analyse. Eksempel videokontakt for oppfølging

En SWOT-modell er et verktøy for planlegging for å identifisere styrker og svakheter, muligheter og trusler (begrensninger) i ett gitt prosjekt. SWOT-modellen gjør det oversiktlig for alle involverte aktører hva som hemmer eller fremmer ett gitt prosjekt, og hvilke gevinster eller risiki som kan forventes. Det er ofte nyttig å bruke Johari-vinduene sammen med SWOT-modellen.



Standardutgave av en SWOT-modell. <https://snl.no/SWOT-analyse> CC BY SA 3.0, lest 10.10.2021

Under bruker vi videokommunikasjon som eksempel for å illustrere hvordan en SWOT-analyse kan brukes. I modellen har vi tenkt inn både *Rune* (idealtypiske beboer presentert over) og *Per* (en idealtypisk miljøarbeider).

Som det framgår av modellen så er de fleste momentene like relevante for *Rune* som for *Per*, og videre, så er det flere momenter som kan være både en styrke og en svakhet eller trussel. Samarbeid og samspill i de sosiale botjenestene er dynamisk, og velferdsteknologi kan gjøre det mer fleksibelt og dynamisk, eller tvert om bidra til å sementere vaner og rutiner. Sammenheng og samspill mellom organisering, arbeids- og ansvarsfordeling, mål og middel i de sosiale

botjenestene vil variere fra botiltak til botiltak, og fra kommune til kommune. Det er de lokale forutsetningene som avgjør hvordan og på hvilke måter velferdsteknologi i de sosiale botjenestene bidrar til at flere kan få tilgang til og beholde egnet bolig over tid. SWOT-analysen egner seg derfor godt til å få fram lokale styrker og svakheter, muligheter og trusler. Nye rutiner, prosedyrer eller teknologier krever alltid læring og omstilling – på individ, gruppe og organisasjonsnivå.

Styrker	Svakheter
Lav terskel for kontakt	Krever noe førkunnskap og praktiske ferdigheter
Mindre støy fra omgivelsene – lukt/syn	Krever noe digital kompetanse, og digital helsekompetanse
Fleksibel og hyppige kontakt	Kan miste relevant informasjon fra omgivelsene, helse, økonomi, historie, kompetanse og interesser
Begge parter kan ta initiativ	Lettere å skjule ting for hverandre (jfr. vold i hjemmet)
Videosamtalen er ikke bundet til ett sted	Vanskelig å gjøre flere ting samtidig (som ved besøk)
Samtalen kan bli mer fokusert	Fokus på saken mer enn person og bolig
Endret måte å bruke felles tid på	Kan føles for intimt og intens
Slipper transport og andre praktiske utfordringer med fysiske møter	Lett å bryte samtalen
Holde kontakt med personer som ikke vil ha besøk, eller vil komme til et kontor	Videosamtaler passer ikke for alle
Kan se hverandre uten å være sammen	

Muligheter	Trusler
Oppdage kompetanse og ferdigheter	Dårlig nett-tilgang, problemer med strøm eller ladning av telefon, lesebrett el. l.
Lettere å beholde primærkontakt	Liten teknisk kompetanse og ferdigheter
Kan gi høyere toleranse for avvisning og brutte avtaler	Vanskeligere å bli kjent
Kan gi større tålmodighet med hverandre og større handlingsrom	Forstyrrelser og avbrytelser dersom samtalen ikke finner sted på egnet sted og tid
Gir flere muligheter for kontakt	Lite kontroll på om det tas opptak av samtalen
Kombinere flere tiltak, for eksempel FACT og Housing First	Flere til stede i rommet som ikke synes
Lære noe nytt	Tyveri, tap, ødeleggelse, videresalg av utstyr
Kan utvide og få flere sosiale og profesjonelle kontakter	Miste sosial kontakt ansikt-til-ansikt
Kamera kan skrus av ved behov	Manglende vedlikehold og teknisk støtte.
	Manglende opplæring

De små skritts metode

Sosiale botjenester kan bidra med ulike former for med støtte og oppfølging til personer med sammensatte og komplekse utfordringer slik at de kan orientere seg på boligmarkedet eller få støtte og oppfølging i kommunale botiltak. Mål er at alle skal kunne bo trygt stabilt. Miljøarbeiderne verktøykasse kan ikke presenteres uttømmende her. Velferdsteknologi gir noen verktøy, men det kan kreve læring og endringsarbeid hos både ansatte og bomiljøarbeiderne. Metoden «De små skritt» er velegnet for langsiktig arbeid på rus- og psykisk helsefeltet, og vel kjent for dem som har arbeidet i rusfelt i lengre tid. Det er anerkjennelsen av verdien i de bittesmå kontaktene og øyeblikkene som til sammen blir veien mot ett felles mål. Når nye rutiner, prosedyrer eller teknologier skal tas i bruk krever det endring – strukturelt, organisatorisk og rent praktisk. Flere må gjøre noe annet enn de gjorde før. Metoden «De små skritt» er velegnet til denne type langsiktig arbeid.

Endring kan skje brått eller via de små skritt (Kaltoft et al., 2009, 2015). Det er den store endringskraften i de små steg og i øyeblikksomsorgen som ofte har stor endringskraft på sikt på rusfeltet. Det er omsorgen og endringskraften i de små øyeblikkene som støtter og styrker den enkelte beboer (Skatvedt, 2009; Skatvedt & Edland-Gryt, 2012), og som samtidig minner de ansatte på å anerkjenne små tegn og uttrykk for ønsker og kompetanser. Ved innføring av ny teknologi som krever ny kunnskap og kompetanse er de små steg og de små seiere uvurderlige.

Være, gjøre, bli og høre til

Alt arbeid med mennesker forutsetter at det er mulig å etablere en sosial kontakt. Under vises en videreutvikling av Maslow's behovshierarkier som kan gi inspirasjon til forankring og bruk av velferdsteknologi i de sosiale botjenestene. Pyramiden er bygget opp nedenfra, slik at de nederste komponentene bør være på plass før man oppleve de neste nivåene (Power, 2014).

Modellen kan brukes for å analysere hvordan videokommunikasjon kan være ett verktøy i botjenestene til *Rune*. Det første elementet er identitet (identity). For å kunne inngå i samhandling med andre man være noen, og vi blir noen for hverandre gjennom ulike hilsningsritualer: ett blikk, si navnet sitt, håndhilse osv. Dersom man ikke har navn eller ikke blir hilst på, får man ikke anledning til å være noen. Hilsningsritualer gjør at vi kan starte mikroforhandlinger om hvem vi skal være for hverandre i denne situasjonen, og det skaper kontakt (connectedness). Når kontakt skal etableres via video, er de første hilsningsritualene å akseptere samtalen og koble seg opp. Villighet til å gå in i samtalen bidrar til å etablere grunnmuren i pyramiden.

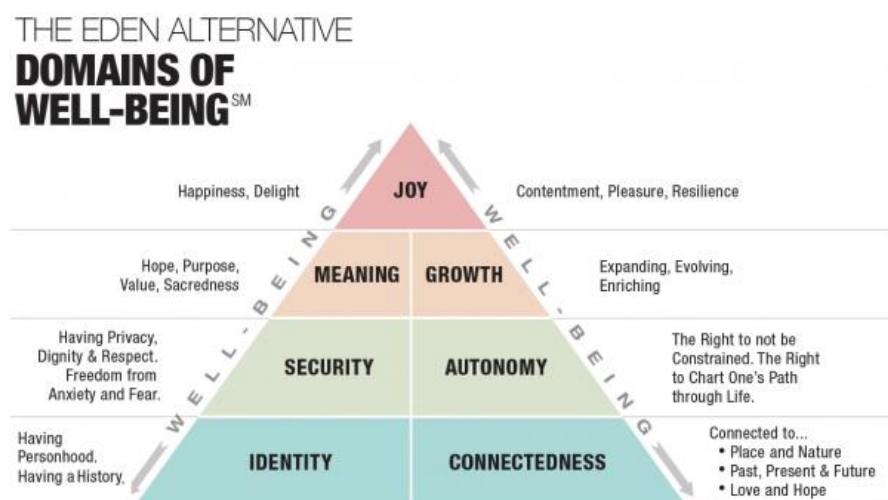
Når vi kan være noen for hver andre, og har etablert kontakt, og funnet ut at vi vil samhandle – så kan man oppleve trygghet (security). Det er ikke alle sosiale situasjoner som er trygge, og små tegn, blikk og ord bidrar til å avklare om vi kan innlate oss på hverandre. Sikkerhet og opplevelse av trygghet gjør oss modigere, og åpner mulighet for å ta valg, eller ytre ønsker og behov (autonomy). Autonomi er å kunne handle på bakgrunn av ens vurdering av inneværende situasjon. Videoformatet – der kameraet kan skrus av behov – gir denne muligheten til autonomi ved at man kan ytre ønsker og behov uten å bli fysisk korrigert eller avvist, og ved at man kan skjerme seg selv ved å skru av kameraet i perioder.

Det tredje nivået i pyramiden er knyttet til opplevelse av mening og muligheter for vekst (meaning and growth). Erfaringene fra blant annet Ikast-Brande viste at både personer som Rune og hans booppfølgere opplevde bruk av videokommunikasjon som meningsfull og lærerikt, og at begge parter kunne ta andre initiativ og kommer fram til andre løsninger enn de hadde gjort før. Begge parter ble mer fokusert, og begge parter ble tydeligere overfor hverandre. Dette handler dels om at de to nederste nivåene var etablert, men også om at videokommunikasjon fjerner støy fra omgivelsene, jfr. SWOT-analysen over.

Det siste nivået i pyramiden er tilhørighet, tilfredshet og glede (joy), som bygges systematisk opp sammen med de nye handlingsrom som blant annet teknologien kan bidra til – og gjennom de nye og varierte formene med kontakt de sosiale botjenestene får etablert.

Det er ikke teknologien i seg selv om som endrer alt for Rune, men tilnærmingen og samhandlingen mellom Rune og hans støttespillere der teknologien er ett av flere elementer i verktøykasse. Det hadde vært mulig å lykkes med dette ved å bruke en gammeldags analog telefon uten kamera – om det var ønskelig.

Målsettingen med de sosiale botjenestene er at Personer som Rune skal få tilgang til og beholde egnet bolig over tid, og at Rune skal oppleve «joy» - at livet er trygt og verdt å leve. Begrepene «være, gjøre, bli og tilhøre» kan illustrere betydningen av å holde på med meningsfulle aktiviteter, slik det ofte beskrives i aktivitetsvitenskap (Hitch et al., 2014a, 2014b). Pyramidens øverste trinn 'joy' inkluderer verdien av meningsfulle aktiviteter.



(Power, 2014)

Vekslingen mellom det alminnelige og det spesielle

Målet med veilederen er å bidra til at beboere i kommunale botiltak, som innbyggere i en kommune med behov for oppfølging i egen bolig, får styrket sine muligheter til å utforme selvstendige hverdagsliv, oppleve økt trygghet i egen bolig samt forbedret kommunikasjonsmuligheter med venner, familie, ansatte eller andre. For å nå dette målet må alle beboere anerkjennes som innbyggere med samme rettigheter og plikter som andre innbygger, og det må forventes at de har ønsker og preferanser og kunnskap og erfaring som vil påvirke de valg som tas. Vekslingen mellom det alminnelige og det spesielle er sentral.

Sentrale problemstillinger

- Hvilke konkrete utfordringer har beboere i kommunale botiltak som kan avhjelpest med velferdsteknologi?
- Hvilke implisitte kunnskaps- og ferdighetskrav stiller velferdsteknologi til beboere, bolig og ansatte i botjenestene?
- Hva er det som hemmer og fremmer implementering av velferdsteknologi i kommunale botiltak og sosiale botjenester?

Målsetting med veilederen

- Bidra til kunnskapsdeling om bruk av velferdsteknologi i sosiale botjenester

Denne veilederen bygger på at personer med komplekse rus- og/eller psykiske helseutfordringer har samme behov som mennesker uten disse utfordringene. Det er fellestrekk og allmennmenneskelige behov som må være i fokus – også når velferdsteknologi skal tas i bruk. *Rune* er helt alminnelig, men også ganske

spesiell. Følgeskader etter rusbruk gir mange helseutfordringer, og aktiv rusbruk medfører risiko for skade på person og omgivelser, of reduserte muligheter for sosial deltakelse. Vekslingene mellom det generelle og det spesielle må medtenkes i vurderingene av hvilke velferdsteknologier som passer for hvilke personer, hvilke tjenester, organisasjoner eller lokale botiltak eller sosiale botjenester.

Takk til samarbeidspartnere og bidragsytere

Bergen kommune, sosiale botjenestene, Kjell Morten Fjeldstad og Frode Bodin.

Bergen kommune, bolig i Øvsttunveien, ved Ane Berg, Unni Kristin Nilsen og Janniche Kirsten Vågene.

Bergen kommune, alarmmottak/responscenter, ved Lisbeth Mortensen

Bergen kommune, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, ved Bodil Berg Kristensen.

Viborg kommune, Danmark ved Gitte Ranneberg Skaarup.

Ikast-Brande kommune, Danmark ved Claus Hejlskov Jørgensen og Jesper Andersen Roskilde.

Næringslivsaktører, Norwegian Smart Care Cluster, Tone Skår.

Høgskulen på Vestlandet, Institutt for helse og funksjon, ved ergoterapeut Ingebjørg Træland Børsheim.

Høgskulen på Vestlandet, Institutt for elektrofag, ved Nicolai Frøvik og Endre Håland.

Nettressurser

Om velferdsteknologi

Direktoratet for e-helse: <https://www.ehelse.no/>

Velferdsteknologi (helsedirektoratet.no):
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi>

Helsedirektoratet om velferdsteknologi:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi>

Direktoratet for e-helse om velferdsteknologi:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi>

Personvern og etikk

Datatilsynet:

<https://www.datatilsynet.no/om-datatilsynet/arsmeldinger/arsmelding-for-2014/helse-og-velferd/>

Direktoratet for e-helse:

<https://www.ehelse.no/tema/personvern-og-informasjonsikkerhet>

Oversikt over tilgjengelig velferdsteknologi

NAV Hjelpemiddelsentral:

<https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hjelpemidler-og-tilrettelegging/hjelpemidler/om-hjelpemidler>

Innovasjon, implementering, og velferdsteknologi

Veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi (KS):

<https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/>

Digihjelpen (KS): <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/kompetanse-og-verktoy/digihjelpen/hva-er-digihjelpen-/om-digihjelpen-prosjektet-og-digihjelpen-tilbudet/>

Velferdsteknologiens ABC (KS): <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/ny-versjon-av-velferdsteknologiens-abc/>

Generelle ressurser

Nasjonalt senter for e-helseforskning: <https://ehealthresearch.no>

Helsebiblioteket: <https://www.helsebiblioteket.no/>

Omsorgsbiblioteket: <https://www.omsorgsbiblioteket.no>

Forskning.no <https://forskning.no/>

Norwegian Smart Care Cluster (NSCC): <https://www.smartcarecluster.no/>

E-helse Vestland: <https://ehelsevestland.no/>

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid: <https://www.napha.no/>

Rus og Samfunn: <https://www.rus.no>

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmebaserte tjenester:
<https://www.utviklingscenter.no/>

E-helsearena HVL: <https://www.hvl.no/om/senter-for-omsorgsforskning/ehelsearena/>

Norwegian Smart Care Cluster: <https://www.smartcarecluster.no/sok/resultat>

KS: <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/>

Brukerorganisasjoner

ProLarNett: <https://prolarnett.no>

Foreningen for human narkotikapolitikk: <https://www.fhn.no>

A-larm bruker og pårørendeorganisasjon: <https://a-larm.no>

Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO): <https://rio.no/>

Mental helse: <https://mentalhelse.no>

Litteratur

- Aakerholt, A., Veia, A., & Tønnesen, B. L. (2016). *Hjelp til å bo : oppfølging i bolig til personer med rus- og psykisk lidelse*. Gyldendal akademisk.
- Anvik, C. H., Sandvin, J. T., Breimo, J. P., & Henriksen, Ø. (2020). *Velferdstjenestenes vilkår : nasjonal politikk og lokale erfaringer*. Universitetsforlaget.
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 216-224. (NOT IN FILE)
- Ausen, D., Røhne, M., Øderud, T., Storholmen, T. C. B., Eknes, T. W., Haslestad, S., Sørensen, E., & Omland, M. (2018). Tjenestesetting av velferdsteknologi. Modell for implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse-og omsorgstjenestene. *SINTEF Rapport*.
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10(4), 401-420. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F1363459306067310>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2009). *Utjevning av helseforskjeller, Del 2, Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Helsedirektoratet.
- Douglas, M. (1991). The idea of a home: A kind of space. *Social research*, 287-307.
- First, M. B., Frances, A., Pincus, H. A., & American Psychiatric, A. (2014). *DSM-5 handbook of differential diagnosis*. American Psychiatric Publishing.
- Freire, P., & Nordland, E. (1999). *De undertryktes pedagogikk* (Vol. 2. utg). Ad Notam Gyldendal.
- Gadamer, H. G. (1996). *The enigma of health: the art of healing in a scientific age*. Stanford University Press.
- Getz, L., Kirkengen, A. L., & Ulvestad, E. (2020). Kroppsliggjøring av erfaring og mening: Belastende erfaringers innvirkning på menneskets biologi. In J. G. Mæland (Ed.), *Sykdommers sosiale røtter*. Gyldendal.
- Gilstad, H. (2014). Toward a comprehensive model of eHealth literacy. In E. A. A. Jaathun, K. E. Brooks, H. Berntsen, & H. Gilstad (Eds.), *Proceedings of the 2nd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics (PAHI 2014)*. <https://doi.org/10.13140/2.1.4569.0247>
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatikk*. Pax.
- Goffman, E., Kristiansen, S., Hviid Jacobsen, M., & Gooseman, B. (2009). *Stigma : om afvigerens sosiale identitet* (2. udg. ed.). Samfundslitteratur.
- Grønningsæter, A. B., & Nielsen, R. A. (2011). *Bolig, helse og sosial ulikhet*. Helsedirektoratet.
- Grut, L., Reitan, J., Hem, K.-G., Ausen, D., Bøthun, S., Svagård, I. S., Hagen, K., & Vabø, M. (2013). *Veikart for innovasjon av velferdsteknologi - erfaringer fra seks velferdsteknologiprojekter i norske kommuner*. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2379640/SINTEF%2bA24461.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Hart, R. (1997). The theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care. *London: Earthscan*.
- Haukelien, H. (2020). Alderdom i det teknologiske Utopia? Velferdsteknologi i norske kommuner. In C. H. Anvik, J. T. Sandvin, J. Paulsen, & Ø. Henriksen (Eds.),

- Velferdstjenestenes vilkår* (pp. 213-235). Universitetsforlaget.
<https://doi.org/10.18261/9788215034713-2020-12> ER
- Hitch, D., Pépin, G., & Stagnitti, K. (2014a). In the footsteps of Wilcock, part one: The evolution of doing, being, becoming, and belonging. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(3), 231-246.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3109/07380577.2014.898114>
- Hitch, D., Pépin, G., & Stagnitti, K. (2014b). In the footsteps of Wilcock, part two: The interdependent nature of doing, being, becoming, and belonging. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(3), 247-263.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3109/07380577.2014.898115>
- Hofmann, B. (2018). Teknologitemming. In H. S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe, & A. M. Magnussen (Eds.), *Prioritering, styring og likebehandling. Utfordringer i norsk helsetjeneste* (pp. 259-287). Oslo, Norge.
<https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/book/33>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., & van der Meer, J. W. (2011). How should we define health? *BMJ* <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Ihle, R., & Sudmann, T. T. (2014). Sosiale ulikheter i helse. In U.-G. S. Goth & J. E. Berg (Eds.), *Folkehelse i ett norsk perspektiv* (pp. 65-90). Gyldendal akademisk.
- Islam, S., & Small, N. (2020). An annotated and critical glossary of the terminology of inclusion in healthcare and health research. *Research involvement and engagement*, 6(1), 1-9.
- Kaltoft, C., Korff, U., Steen Olsen, S., & Svendsen, S. (Eds.). (2009). *De små skridts metode (Small steps method - A giant step in social work)*. Landsforeningen af VæreSteder.
- Kaltoft, C., Korff, U., Steen Olsen, S., & Svendsen, S. (Eds.). (2015). *De små skridts metode 2.0 (Small steps method - A giant step in social work 2.0)*. Landsforeningen af VæreSteder.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2020). *Alle trenger et trygt hjem. NASjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021-2024)*. (H-2475 B). Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet,
- Ludvigsen, K., Taksdal, A., Breivik, J.-K., & Ravneberg, B. (2006). *På randen av å bo : erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger* [elektronisk ressurs]. Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnstudier.
- Mæland, J. G. (2020). *Sykdommers sosiale røtter* (1. utgave. ed.). Gyldendal.
- Magnussen, A.-M., & Sudmann, T. T. (2018). Rettslig regulering og e-helse. In H. S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe, & A. M. Magnussen (Eds.), *Prioritering, styring og likebehandling. Utfordringer i norsk helsetjeneste* (pp. 236-258). Oslo, Norge.
<https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/book/33>
- Mitropolitski, S. (2013). Weber's Methodology: Understanding Concept of Ideal Type as Necessary Element of Weberian Comprehensive Sociology.
- Nørgaard, O., Furstrand, D., Klokke, L., Karnoe, A., Batterham, R., Kayser, L., & Osborne, R. H. (2015). The e-health literacy framework: a conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems.

- Knowledge Management & E-Learning: An International Journal (KM&EL)*, 7(4), 522-540.
- NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg. (Innovation in Care)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Oliver, S., & Duncan, S. (2019). Looking through the Johari window. *Research for All*, 3(1), 1-6. <https://doi.org/https://doi.org/10.18546/RFA.03.1.01>
- Power, G. A. (2014). *Dementia beyond disease: Enhancing well-being*. Baltimore: Health Professions Press.
- Rosenbaum, P. L., & Gorter, J. (2012). The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 457-463. [https://doi.org/ https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01338.x](https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01338.x)
- Samenow, C. P., Worley, L. L., Neufeld, R., Fishel, T., & Swiggart, W. H. (2013). Transformative learning in a professional development course aimed at addressing disruptive physician behavior: a composite case study. *Academic Medicine*, 88(1), 117-123.
- Skatvedt, A. (2009). *Alminnelighetens potensial. En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring* Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo]. Oslo.
- Skatvedt, A., & Edland-Gryt, M. (2012). *Øyeblikksomsorg - et verktøy for bedring: evaluering av 24SJU - et lavterskeltilbud til personer med dårlig psykisk helse og rusmiddelproblemer* (Vol. nr. 4/2012). SIRUS.
- Solstad, L. J., & Sudmann, T. T. (2019). *Medverknad og deltaking for tilsette i kommunale helsetenester*. Helsebiblioteket. <http://hdl.handle.net/11250/2626861>
- St. meld.nr. 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Sudmann, T. T. (2015). Mikroagresjon og ikke-undertrykkende praksis i demensomsorgen *Michael Quarterly*, 12, 237-251.
- Sudmann, T. T., & Folkestad, H. (2015). Deltakelse som engasjement og utfordring - samfunnsarbeid med utviklingshemmede (Participation as commitment and challenge - community work with persons with intellectual disabilities). *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 18(1), 7-17.
- Sudmann, T. T., Fredriksen, E. H., Børshem, I. T., & Heldal, I. (2021). Health knowledge management from senior users of online health information point of view. *Electronic Journal of Knowledge Management - Special Issue on Health*, 18(3). [https://doi.org/ https://doi.org/10.34190/ejkm.18.3.2069](https://doi.org/https://doi.org/10.34190/ejkm.18.3.2069)
- Svenaesus, F. (2000). The body uncanny--further steps towards a phenomenology of illness. *Medicine, health care, and philosophy*, 3(2), 125-137. http://x-port-sfx.uio.no/sfx_ubb?sid=google;auinit=F;aulast=Svenaesus;atitle=The%20body%20uncanny%E2%80%93Further%20steps%20towards%20a%20phenomenology%20of%20illness;id=pmid%3A11079340 (NOT IN FILE)
- Svenaesus, F. (2011). Illness as unhomelike being-in-the-world: Heidegger and the phenomenology of medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 14(3), 333-343.
- Ulfrstad, L.-M. (2011). *Velferd og bolig: om boligsosialt (sam-)arbeid*. Kommuneforlaget.

- Wester, G. (2018). Hvorfor er sosiale ulikheter i helse urettferdige? In H. S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe, & A. M. Magnussen (Eds.), *Proritering, styring og likebehandling*. Cappelen Damm Akademisk.
<https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/book/33>
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2009). *Utjevning av helseforskjeller, Del 1, begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Helsedirektoratet.
- Wilcox, D. (1994). *The guide to effective participation*. Delta Press.
- World Health, O. (2018). ICD 11. *International Classification of Diseases, 11th revision*.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health : ICF*. World Health Organization.