



# Bacheloroppgave

**VPL05 Vernepleie**

**Tittel: Mennesker som har ei utviklingshemming og bruk av velferdsteknologi**

**People with intellectual disability and the use of welfare technology**

**Vold. Marit Lisbet Villa**

**Totalt antall sider inkludert forside: 44**

**Molde, 27.05.2020**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Susan Bergset

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Dato: 27.05.2020

**Antall ord: 10479**

## Forord

Med oppgåva er det ønska å sette søkelys på menneske som har ei utviklingshemming og bruk av velferdsteknologi. Velferdsteknologi som blir tatt for seg er bruk av trygghetsskapande teknologi som kan bidra til at vedkommande får moglegheit til meir deltaking i samfunnet, med spesielt fokus på GPS og sporingsteknologi. Arbeidet med oppgåva har nok blitt litt annleis, og kanskje litt meir utfordrande på grunn av stengt skule, stengt bibliotek, og manglande moglegheit til fysiske møter. Tusen takk til veileidar gjennom oppgåva, og til bibliotekaren som til tross for store utfordringar med teknologien var til stor hjelp i litteratursøk. Stor takk også til min son som har gjort korrekturlesing på oppgåva, og som indirekte har skuld i at denne oppgåva er blitt skrevet. Her kjem eit lite dikt som er viktig å tenke på i arbeid med menneske som har ei utviklingshemming, og som også er verd å tenke på ved innføring av velferdsteknologi i det tilbodet dei får.

Det du tror om meg  
Slik du er mot meg  
Hvordan du ser på meg  
Det du gjør mot meg  
Slik blir jeg  
(M. Jennes)

## **Samandrag**

Tittelen på oppgåva er «Menneske med utviklingshemming og bruk av velferdsteknologi», og problemstillinga er om velferdsteknologi kan bidra til at menneske med utviklingshemming kan delta meir i samfunnet. For å få svar på dette spørsmålet har eg søkt i både nasjonale og internasjonale kjelder. Det har i dei seinare åra blitt gjort ein del studiar på bruk av velferdsteknologi til menneske med utviklingshemming, og i Norge er mange av undersøkelane gjort i forbindelse med Nasjonalt velferdsteknologiprogram som vart starta i 2014 der 34 kommunar deltok, og der det no er ca 340 kommunar som deltek (Helsedirektoratet, 2019).

Konklusjonen er at menneske som har ei utviklingshemming har ønske om å delta meir i samfunnet, dei kan få moglegheit til å delta meir sjølvstendig ved at dei tek i bruk velferdsteknologi, men ikkje utan at det også er utfordringar både ved teknologien og ved menneskelege forhold som kan gjere at bruk av teknologi til tider kan blir utfordrande. Til trass for dette beskriv dei fleste deltakarane i studiane velferdsteknologi som meir nyttig enn problematisk.

## **Summary**

The title of this assignment is "Human with intellectual disabilities and the use of welfare technology", and the issue is whether welfare technology can help people with disabilities to participate more in society. To answer this question, I have searched in both national and international sources. In recent years, some studies have been conducted on the use of welfare technology for people with intellectual disabilities, and in Norway many of the surveys have been done in connection with the National Welfare Technology Program, which was started in 2014 in which 34 municipalities participated, and where are now about 340 municipalities that participate (Directorate of Health, 2019).

The conclusion is that people with a disability have a desire to participate more in society, they might have the opportunity to participate more independently by using welfare technology, but not without challenges, both with the technology and with human conditions that at times made the use of welfare technology problematic. Despite this, the majority of the participants found the use of welfare technology to be more useful than problematic.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innleiing .....</b>	<b>1</b>
<b>2.0</b>	<b>Problemstilling .....</b>	<b>2</b>
2.1	Avgrensing .....	2
2.2	Begrepsavklaring.....	3
<b>3.0</b>	<b>Metode.....</b>	<b>5</b>
3.1	Litteratursøk .....	6
3.2	Forforståelse .....	7
<b>4.0</b>	<b>Teori .....</b>	<b>8</b>
4.1	Livskvalitet og levekår .....	8
4.2	Utviklingshemming .....	9
4.3	Trygghetsskapande teknologi.....	10
4.4	Samfunnsaktuelt .....	12
4.5	Lovverk .....	13
4.6	Etikk .....	15
4.7	Forsking.....	16
<b>5.0</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>20</b>
5.1	Behov.....	20
5.2	Trygghetsskapande teknologi.....	21
5.3	Samfunnsaktuelt .....	23
5.4	Fordelar og bakdelar.....	24
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>29</b>
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>30</b>



## 1.0 Innleiing

Temaet for oppgåva er menneske med utviklingshemming og om trygghetsskapande teknologi kan bidra til at desse får delta meir i samfunnet. Ein viktig del av arbeid med menneske som har ein funksjonsnedsettelse, eller ei funksjonshemming, er å gjere gapet (GAP modellen) mellom individets forutsetningar og samfunnets krav eller utfordringar så små som mogleg, og det kan vere sannsynleg at riktig bruk av velferdsteknologi kan bidra til å minske dette gapet. Det er no stort fokus på bruk av velferdsteknologi, og anbefalingar om å innføre slik teknologi, frå fleire hald når det gjeld vår framtidige velferdsstat, mellom anna i stortingsmeldingar og utredningar.

For å forstå menneske med utviklingshemming er det valt å ta med ein beskrivelse av kva utviklingshemming er og kva utfordringar ein person med ei utviklingshemming kan ha for å fungere i kvardagen. Det er også valt å ta med ein beskrivelse på kva trygghetsskapande velferdsteknologi er, og det er sett litt på forskning som har vore gjort.

## 2.0 Problemstilling

Kan trygghetsskapande velferdsteknologi bidra til at menneske med utviklingshemming får deltatt meir i samfunnet.

### 2.1 Avgrensing

Ifølgje Helsedirektoratet (2015) er velferdsteknologi delt inn i fire hovedkategoriar. Trygghetsskapande teknologiar og meistringsteknologiar er dei to kategoriane det kan finnast mest forskning på. Med utgangspunkt i artiklar og forskingsrapportar ser det ut som kategorien meistringsteknologi er den kategorien som blir mest brukt i tenester for menneske med utviklingshemming. Mange av brukarane har ei eller anna form for dagtavle eller tidsplanleggar på mobil/data som dei brukar. Trygghetsskapande teknologi derimot kan kanskje være vanskelegare å få prøvd ut fordi det kan være teknologi som verkar inn på personvern og på sjølvbestemmelse, eller på manglande evne til sjølvbestemmelse. Ellingsen, Bakken, Dahlen, Holsbø, Lungwitz, Oterhals, Strand, Sørderstrøm og Østby (2019) seier at tidlegare forskning i liten grad har handla om bruk av tekniske hjelpemiddel til menneske med alvorleg eller omfattande grad av utviklingshemming. Forskinga som har vore gjort har i stor grad handla om bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi til menneske som har lett eller moderat grad av utviklingshemming (Ellingsen et.al., 2019). Problemstillinga blir avgrensa til sporing/lokaliserings teknologi som er ein del av kategorien trygghetsskapande teknologi fordi det kan være interessant å finne ut om menneske med ei utviklingshemming får sjansen til å ta i bruk denne teknologien, og i kva grad dei har nytte av den.

Psykisk utviklingshemming blir vurdert ut frå kodeverket ICD-10 som deler tilstanden inn i 6 forskjellige gradar ut frå funksjonsevna (Direktoratet for e-helse, 2020). Mange av forskingsrapportane brukar kun ord som psykisk utviklingshemma, utviklingshemma, intellectual disability eller mental retarded i sine omtalar, og beskriv ikkje nærmare kva grad av utviklingshemming den omhandlar, men av beskrivelsen på deltakarane i undersøkelane, kan ein anta at dei er moderat psykisk utviklingshemma eller kanskje lett psykisk utviklingshemma. Menneske som har ei utviklingshemming har blitt omtalt med forskjellige nemningar, men i 1997 vedtok «Norsk forbund for utviklingshemmede» (NFU)

utviklingshemma som offisiell betegnelse (Kittelsaa, 2011), og det er derfor den nemninga som vil bli brukt i oppgåva. Fordi mange av rapportane ikkje har fokus på grad av utviklingshemming, blir menneske med utviklingshemming brukt utan å konkretisere i kva grad av utviklingshemming dei har. Det var også eit val om å legge vekt på aldersgruppa unge vaksne (under 25 år), eller å ikkje bruke ei bestemt aldersgruppe, og konklusjonen vart då å unnlate bruke av ei bestemt aldersgruppe fordi mykje av forskinga ikkje fokuserar på ei bestemt aldersgruppe.

## 2.2 Begrepsavklaring

**Psykisk utviklingshemma:** Ifølge ICD-10 definerast psykisk utviklingshemma som ein tilstand prega av forsinka eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, spesielt kjenneteikna ved hemning av ferdigheiter som visast i utviklingsperioden, og ferdigheiter som bidrar til det generelle intelligensnivå, for eksempel kognitive, språklege, motoriske og sosiale ferdigheitar. Vaksne med lett psykisk utviklingshemming har ein mental alder på mellom 9 og 12 år og eit IQ-nivå på mellom 50 og 69. Det vil seie at mange kan greie eit enkelt arbeid, og mange kan ha gode sosiale relasjonar. Vaksne med moderat psykisk utviklingshemming har ein mental alder på mellom 6 og 9 år, og ein IQ på mellom 35 og 49. Det vil seie at dei kan oppnå ein viss grad av uavhengigheit i det å sørge for seg sjølv, og oppnå adekvat kommunikasjonsferdigheiter, men dei vil trenge varierende grad av støtte for å klare seg ute i samfunnet og i arbeid (Direktoratet for e-helse. 2020).

**GAP-modellen** (Også kalla misforhaldsmodellen): Ivar Lie (1996) har ein relasjonell forståing av funksjonshemming som han kalla ein «deltakelsesbasert definisjon av funksjonshemming», og som er kjent som GAP-modellen. I dag blir funksjonshemming som regel tolka ut frå denne GAP-modellen. I GAP-modellen er funksjonshemming sett som eit gap mellom individets føresetnad og samfunnets krav (Sosialdepartementet, 2003), og dette viser til at ein ikkje må ha ei funksjonshemming sjølv om ein har ein funksjonsnedsettelse men først får ei funksjonshemming når ein møter på ei hindring som verkar funksjonshemmande (Tuntland, 2011).

**Velferdsteknologi:** Ordet velferdsteknologi, som er satt saman av orda velferd og teknologi, er først sett brukt i Danmark i 2007, og har seinare også blitt tatt i bruk i Norge. Definisjonen på velferdsteknologi er ifølge Helse- og omsorgsdepartementet:

*Teknologi som kan bidra 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).*

**Trygghetsskapande teknologiar:** Teknologiar som gjere at menneske kan føle trygghet og ha moglegheit til å bu heime lenger. Herunder inngår løysningar som gir moglegheit for sosial deltagelse og motverkar einsamheit (Helsedirektoratet, 2015). Ifølge Aldring og helse (2020) er eksemplar på trygghetsskapande teknologi mellom anna tryggleiksalarm ute og inne, fallalarm, og sensorar som registrerer bevegelse.

**Sporingsteknologi:** Lokaliseringsteknologi og sporingsteknologi er begrep som blir brukt om den same teknologien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a). Dette er utstyr som kan opplyse om geografisk posisjon. Det er forskjellige system som kan nyttast for eksempel Global Positioning System (GPS) som er ein satellittbasert teknologi og som verkar kun utandørs, eller Global System for Mobile Communication (GSM) som brukar mobilnettet, som verkar innandørs, men som er mindre nøyaktig enn GPS. For brukaren består systemet i hovudsak av to delar. Den eine delen har brukaren på seg, og den andre delen (støttesystemet) gjer det mogleg å spore den delen som brukaren har på seg. Støttesystemet består ofte av varsling på pc eller mobil (Hofstad, 2012).

### 3.0 Metode

Oppgåva bygger til ein vis grad på Folkehelseinstituttet (2019) sitt styrande dokument der dei tek for seg lovar, forskrifter, veiledarar, pasientsikkerheit, og andre sentrale dokument som har relevans for utprøvingane i regi av Det nasjonale velferdsteknologi programmet.

For å finne svar på problemstillinga om trygghetsskapande velferdsteknologi kan bidra til at menneske med utviklingshemming får deltatt meir i samfunnet. er det brukt litteratursøk. Litteraturen lar oss ifølgje Dalland (2017) følgje linjene bakover i tid og hjelper oss å sjå samanhengar og korleis utviklinga har vore. I tillegg til bruk av pensumlitteratur har det vore søkt i bibliotekets databasar og på internett etter relevante forskingsrapportar og artiklar av nyare dato. Referanselistene til dei rapportane og artiklane som er funnet relevant for temaet har blitt brukt til å finne meir teori. I eit par tilfelle er det brukt sekundærkjeldar fordi kjelda som er vist til ikkje har vore å finne, verken på Nasjonalbiblioteket eller i skulebibliotekets sine databasar.

For å lære meir om litteratursøk, og for å finne dei mest relevante søkeorda vart det nytta ein bibliotekar. Litteratursøk er ei kvalitativ forskningsmetode som ifølgje Dalland (2017) fangar opp meiningar og opplevsar som ein ikkje kan talfeste eller måle, og som er egna til å få fram det som er spesielt eller eventuelt avvikande. Ved utvelgelse av litteratur er litteraturen vurdert ut ifrå forfattar, tekstens kjelder, målgruppe og sjanger, utgivar, publiseringstidspunkt, fagfellelvurdering og impact faktor (gjennomslagskraft) (Søk og skriv, 2017). Det vart starta med å begrense publiseringstidspunktet til dei siste fem åra, men eldre litteratur er brukt når den er funnet relevant. Ved bruk av artiklar som det ikkje er sikkert er fagfellelvurdert er det brukt NSD-kanalregister for å sjå om den er publisert gjennom ein godkjent publiseringsskanal, men det er brukt litteratur som ikkje er fagfellelvurdert når det ikkje er funnet å utgjere eit problem. For eksempel er Brandt (2007) brukt i beskrivelse av korleis synet på menneske med utviklingshemming har forandra seg gjennom tidene fordi dette ikkje har innverknad på resultatet av problemstillinga, sjølv om denne publiseringsskanalen ikkje var godkjent av NSD.

Det er forsøkt å ta hensyn til reliabiliteten (nøyaktigheita) og validiteten (gyldigheita) i rapportane fordi dette kan vere eit problem ved forskning som rettar seg mot menneske med utviklingshemming. Ei utfordring kan vere at dei ønskjar å framstille seg sjølv på ein

positiv måte, og ofte gir lite uttrykk for kritikk mot fysiske eller sosiale omgivelser (Kittelsaa, 2011). Dei kan forhalde seg forskjellig, og uttale seg forskjellig, om forskaren er eit menneske dei kjenner godt eller ein dei nesten ikkje kjenner, kjent eller ukjente omgivelser kan spele inn, truverdigheit kan vere eit problem fordi dei i mange tilfelle kan seie det dei trur forskaren ønsker å høyre, og begrensa språkforståelse og ordforråd er også ei mogleg kjelde til å bli oppfatta forskjellig (Kittelsaa, 2011). Eit eksempel kan vere Isaksen, Paulsen, Skarli, Stokke og Melby (2017) som i sin undersøkelse refererer til ein av personane som beskreiv følelse av trygghet ved bruk av teknologi i intervju, men som ikkje viste teikn til auka trygghet når tenesteytarane var i nærleiken. Denne personen hadde kanskje gjeve eit anna svar om det var tenesteytaren som utførte intervjuet. Det er forsøkt å nytte litteratur eller rapportar som direkte dreier seg om menneske med utviklingshemming, men det er også brukt litteratur eller rapportar der målpersonane er menneske med kognitiv svikt fordi dette er problem som menneske med utviklingshemming har i forskjellig grad. Det er gjort forsøk på å forklare kvifor val er tatt, som for eksempel kvifor det er valt å ikkje bruke bestemte aldersgrupper.

### **3.1 Litteratursøk**

Det er søkt etter litteratur gjennom Oria.no, SveMed+, Wiley online library, Google scholar. Søkeord som har blitt brukt er utviklingshemm\* og velferdsteknologi\*. Det er også gjort søk med å legge til fleire ord som for eksempel moderat, men då har det blitt få eller ingen resultat. Utviklingshemm\* og velferdsteknologi\* vart søkt etter på SveMed+ og resultatet vart intellectual disability som medisinsk term for utviklingshemma, og health technology, welfare technology, eller cognitive assistive technology, var kanskje den medisinske termen som var mest dekkande for velferdsteknologi, eller trygghetsskapande teknologi. Grad av utviklingshemming og trygghetsskapande teknologi er begge delar begrep som gjev få resultat ved søk på andre språk. Eksempel på resultat av søk kan vere søk på Wiley online library med søkeord intellectual disabilities og telecare som gav 72 treff. Når well-being vart lagd til vart dei 72 treffa redusert til 63 treff. Ved å begrense søket til utgivelser etter 2010 vart søket redusert til 43 treff. Bruk av dei same tre søkeorda på Journals@OVID Full text, ga også 43 treff, og ved utgivelser etter 2010 vart dette redusert til 39 treff.

## 3.2 Forforståelse

Eg har ein forforståing om at menneske som har ei psykisk utviklingshemming, eller menneske som er avhengig av hjelp frå andre, kanskje ikkje får tilgang til dei hjelpemidla som finnest på lik linje med mange andre. Spesielt gjeld dette trygghetsskapande teknologi på grunn av moment som tvang, sjølvbestemmelse, overvaking og oppbevaring av sensitiv data. Det kan være mange grunnar til dette. Lovverket, tenesteytarane eller pårørande sine meiningar der tenesteytarane for eksempel meiner brukaren får den hjelpa han treng, og derfor ikkje har behov for å kunne greie meir sjølv, brukarane kan tenke dei ikkje har forutsetningane som skal til for å kunne bruke teknologien, eller økonomi der det er usikkerheit om kven som skal betale for teknologien kan være grunnar til at velferdsteknologi ikkje blir utprøvd. Ein stor del av manglande tilbod om bruk av velferdsteknologi kan vere mangel på kunnskap om kva som finnest, redsel for det nye/ukjente, eller mangel på økonomiske midlar.

Som vi alltid har, har også eg tankar om det eg skal undersøke, i dette tilfelle om korleis personar som har ei utviklingshemming kan ha nytte av velferdsteknologi. Aadland (2011:) beskriv lesaren og den forforståelsen han eller ho møter teksta med som viktig for tolkinga eller forståelsen av teksten, og hermeneutikk som eit fortolkningsredskap der den som tolkar litteraturen må kunne forstå konteksten den er skrevet i. Han meiner at utan å ha ein forforståelse av det vi skal lese vil alt vi les være kaotisk og usamanhengande, og han beskriv ein hermeneutisk sirkel (eller eigentleg ein spiral) der forforståelse og erfaringstolkningar skaper stadig ny forståelse. Det vil seie at eg kan forvente å ha ein anna forståelse av problemstillinga etter at eg har lest om temaet.

## 4.0 Teori

Folkehelseinstituttet (2019) stiller i sitt styrande dokument, som beskriv lovar, forskrifter og andre sentrale offentlege dokument som har relevans for utprøving i regi av «Det nasjonale velferdsteknologi programmet», fire sentrale spørsmål når det gjeld bruk av velferdsteknologi:

- I kva grad kan teknologien seiast å være inngripande?
- Har pasient/brukar samtykkekompetanse?
- Kan tiltak heimlast i pasient- og brukarrettigheitslova 4-6, 4A eller Helse- og omsorgstenestelova kapittel 9 om pasient/brukar viser motstand?
- Kva er grunnen til at teknologi blir tilbode som eit ledd i helse- og omsorgstenesta?

Dette er av økonomisk betydning, for om teknologien fell utanfor det som blir rekna som nødvendige tenestar kan kommuna kreve at personen sjølv betalar for tilbodet.

Validitet (gyldigheit) blir beskrevet med spørsmål om i kva grad resultatane du har fått er gyldige for det som er undersøkt og om vala du har tatt er gjort reie for på ein god måte (intern validitet), og i kva grad kan resultatane av undersøkelsen du har gjort bli overført til andre utval og i andre situasjonar (ekstern validitet). Det skal visast til at ein kjenner til eksisterande diskursar og eksisterande forskning som er gjort på det feltet det blir skrevet om (Høgskulen på Vestlandet, 2019).

### 4.1 Livskvalitet og levekår

Innstrand (2009) har oversatt verdens helseorganisasjon sin definisjon på livskvalitet og definerer livskvalitet som «individets opplevelse av seg sjølv og sin situasjon i ein gitt kultur og i eit gitt verdisystem og i forhold til deira egne mål, forventningar, standardar og det dei er opptatt av», og tar fram grad av sjølvstendigheit, tilgang på tilfredstillelse og moglegheit til å innverke på sine omgivelser som nokre av forholda som er viktige for å få opplevelse av å ha god livskvalitet, og avsluttar med at eit menneske med ei utviklingshemming har same grunnleggande behov og meiningar om kva som er vesentleg som andre har. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) delar vår opplevelse av helse inn i kroppsfunksjonar, kroppsstrukturar, aktivitetar og deltagelse, og miljøfaktorar (Sosial- og helsedepartementet, 2003), og Adolfsson,



Lindstedt, Pettersson, Hermansson og Janeslätt (2014) beskriver miljøfaktorar som den faktoren som har størst betydning ved eventuell bruk av velferdsteknologi. Ifølge Sosial- og helsedepartementet (2003) utgjør miljøfaktorar dei fysiske, sosiale og haldningsmessige omgivelsane der ein person utfoldar sitt liv. Eit miljø med hemmande, eller utan fremmande faktorar kan innskrenke ein persons utfoldelse, samtidig som eit miljø som er meir fremmande kan gi betre evne til utfoldelse. Mangel på tekniske hjelpemiddel kan være ein faktor som innskrenkar ein persons utfoldelse (Sosial- og helsedepartementet, 2003). Kittelsaa (2011) meiner at det levekårsområde som er mest forsømt hos menneske med utviklingshemming er fritida, og seier at det er få teikn på at dei deltek i fritidsaktivitetar saman med menneske som ikkje har ei utviklingshemming. Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) (2019) er 43,8% av menneske med funksjonshemming sysselsatt, mot 67,7% i befolkninga ellers. Av befolkninga sitt utdanningsnivå har 25,8% grunnskule og 37% har vidaregåande skule i 2018 (SSB, 2020). For menneske med utviklingshemming som har fullført vidaregåande opplæring er det ca 10% som har oppnådd studiekompetanse eller yrkeskompetanse, og 47,8% som ikkje har nokon form for kompetansebevis (Wendelborg, Kittelsaa og Wik, 2017).

## 4.2 Utviklingshemming

Brandt (2007) beskriv korleis synet på menneske med utviklingshemming har forandra seg frå dei vart sett på som primitive vesen – ein lags ikkje-menneske, ei tid vart dei sett på som farlege og andre måtte derfor bli beskytta mot dei, seinare vart dei sett på som sjuke, svake og ynkelege, og måtte derfor beskyttast frå andre og frå seg sjølv, til dei i dagens samfunn skal vere like mykje verd som andre menneske og skal akseptast som dei er. Som beskrevet under begrepsavklaring er psykisk utviklingshemming kjenneteikna ved hemning av ferdigheiter som visast i utviklingsperioden, og ferdigheiter som bidrar til det generelle intelligensnivå, for eksempel kognitive, språklege, motoriske og sosiale ferdigheitar. Gjærum og Ellertsen (2002) beskriver kognitive funksjonar som høgare mentale prosessar som oppmerksamheit, hukommelse, eksekutive funksjonar, språk, informasjonsbehandling, ervervlar av kunnskap og erfaring, problemløysing, tenking og bedømming, og Rapin (1982) definerer ifølge Gjærum og Ellertsen (2002) kognitiv kompetanse som evne til å bearbeide store mengder informasjon effektivt, og å programmere adferd som har fordelaktige adferdsmessige konsekvensar både no og på

sikt. Det er forskjellige teoriar om korleis utviklingshemming verkar inn på den kognitive utviklinga, men undersøkelser Kylan (1974) har gjort tyder på at utviklinga er seinare og stoppar opp på eit tidlegare tidspunkt enn normalutviklinga, og han konkluderar med at «psykisk utviklingshemming er ein brest i evne til å strukturere og omstrukturere informasjon og utvikle generaliserte struktur» ifølge Gjørnum og Ellertsen (2002). (Helsedirektoratet 2015) beskriv moglege utfordringar ein kan ha når ein har ein utviklingshemming. Nedsatt språkkompetanse kan innebere nedsatt evne til å forstå kva andre seier, eller til å formidle kva ein sjølv ønskjar. Nedsatt evne til å forstå sine omgivelser kan medføre utrygghet, frustrasjon, utfordrande adferd eller andre problem fordi personen ikkje forstår andres tenking, følelsar, motiv og oppfatningar. Nedsatte sosiale ferdigheitar kan føre til at personen ikkje ønskjar å prøve nye ting fordi han er redd for å ikkje lykkast. Mangelfullt innhald i tilværelsen, eller inaktivitet, kan oppstå fordi personen kan vere avhengig av andre for å delta i aktivitetar og kanskje ikkje får tilbod om aktivitetar som vedkommande ønskjar å delta på. Personar som har ei utviklingshemming kan også ha somatiske eller psykiske lidelsar i tillegg. Hos personar som har ei utviklingshemming kan desse lidelsane vere vanskelege å oppdage, og bidra til smerte, ubehag og endring i personen sin veremåte (Helsedirektoratet, 2015).

### **4.3 Trygghetsskapande teknologi**

Helsedirektoratet (2015) delar velferdsteknologi inn i fire kategoriar: Trygghetsskapande teknologiar, meistringsteknologiar, utrednings- og behandlingsteknologiar, og velværeteknologiar. Bruk av velferdsteknologi kan ifølge «Morgondagens omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b) mellom anna gi menneske moglegheit til auka trygghet og meistring i eige liv, men meldinga tek også for seg utfordringar ved bruk av velferdsteknologi med etiske utfordringar som inngripen i den enkeltes privatliv og personvern, fare for begrensa handlingsfriheit og mindre sjølvbestemmelse, og utfordringar med lagring av informasjon med risikoen for å spreie sensitiv informasjon, og behov for forandringar i lovverket. Helsedirektoratet har komme med nye anbefalingar for satsing på velferdsteknologi med rapporten «Helsedirektoratets anbefalingar på det velferdsteknologiske området» (2014) og to påfølgande gevinstrealiseringsrapportar i 2015 og 2017. Helsedirektoratet (2017) refererer til Søndre land kommune som etter bruk av velferdsteknologi til sine brukarar meiner det er

utfordrande å finne teknologi som er driftssikker nok og som har god nok brukarvennlegheit.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2013b) vil teknologi ikkje kunne erstatte menneskeleg kontakt eller fagleg kompetanse, men den kan gje brukaren moglegheit til auka sjølvstendigheit, trygghheit, fysisk aktivitet, og teknologien kan i tillegg til å gi støtte til brukar, pårørande og ansatte, bidra til å utnytte ressursane betre med tanke på utfordringane som vil komme. Dei meiner også at det vil auke livskvaliteten for mange når dei ved å bruke for eksempel GPS får større friheit og kan gå ut åleine, og at denne teknologien også kan være viktig for pårørande fordi dei også får ei større friheit og trygghheit når brukaren bevegar seg åleine ute. Samtidig tar dei fram utfordringar ved bruk av teknologi som innskrenking av privatlivet ved at brukaren som for eksempel benyttar GPS kan bli overvaka. Direktoratet for e-helse (2016) har i sin rapport om anbefalingar knytta til tekniske krav for trygghetsskapande teknologi nemnt komplisert betening og dårleg kvalitet på den delen som tenestemottakaren enten bærer på seg eller har installert i bustaden som moment som kan bidra til at tenestemottakaren ikkje føler den tryggheta som intensjonen var, og brukar brukarvennlegheit, målenøyaktigheit og robustheit som parameter i den samanhengen. Dei framhevar også den enkelte tenestemottakar sine ulike forutsetningar til å forstå og bruke det tekniske utstyret, som ved feil bruk eller ved at viktige signal blir oversett, kan føre til dårlegare kvalitet i tenesten, og dei meiner individuell tilpassing av utstyret og gode rutinar for opplæring av brukar og tenesteytar som skal handtere utstyret er viktig. Berger (2020) meiner at om personar som har ei utviklingshemming skal være reelle samfunnsdeltakarar er det avgjerande at dei får opplæring og teknologisk kompetanse, fordi samfunnet blir stadig meir teknologibasert, og fordi ferdigheitar til å anvende slik teknologi kan utgjere skille mellom dei som er med og dei som er utanfor. Teknologi som Berger (2020) beskriv er allmenne tilgjengelege plattformar og smarttelefon, men også meir individuelt tilpassa løysingar, og han meiner at slik opplæring kan betre funksjonsevneane både heime, i arbeidslivet og på fritida, men for at bruk av teknologi skal bli vellykka er det ei føresetnad at både brukaren og dei som yter tenester ønsker og har føresetnad til å kunne bruke teknologien.

## 4.4 Samfunnsaktuelt

NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» skriv at velferdsteknologi er teknologi som mellom anna skal bidra til auka trygghet og sikkerheit, sosial deltaking og auka fysisk og kulturell aktivitet. Utredninga seier vidare at forholda i Norge ligg svært godt til rette for å utvikle og ta i bruk velferdsteknologi på grunn av høg levestandard og at kommande generasjonar er vande med å bruke teknologi som for eksempel mobiltelefon og GPS, og målet i var at i 2020 skulle velferdsteknologi være eit integrert verkemiddel for innovasjon og kvalitetsutvikling i den kommunale omsorgssektoren. Dei hevdar også at graden av funksjonshemming kan bli redusert om samfunnet legg til rette for det og bygg ned funksjonshemmande barrierar, eller ved at individets forutsetningar blir støtta og bygd opp gjennom individuelt tilrettelagt tilbod og individuelle hjelpemidlar der de universelle utforminga åleine ikkje er nok, og meiner at velferdsteknologi slik kan gi menneske moglegheit til å klare seg sjølv i dagleglivet fordi dei kan bli meir sjølvstendige og trygge. Omsorg 2020. Regjeringas plan for omsorgsfeltet 2015-2020 (Helse- og omsorgsdepartementet (2015) seier at framtidens helse- og omsorgstenestar skal bli utvikla saman med pasienten, brukaren og deira pårørande, og at brukarane skal få større innflytelse og få moglegheit til å leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre. Vidare seier dei at det først og fremst er gjennom å ta i bruk nye løysingar, ny teknologi, nye metodar, og eit betre samarbeid med familie, lokalsamfunn, frivillige, ideelle, og private virksomheitar, at ein kan få ein betre og fornya helse- og omsorgstilbod i kommunane. Helse- og omsorgsdepartementet (2013b) tar i «Morgondagens omsorg» for seg svake sider i omsorgstenestane og prøver å finne løysingar på dei. Dei seier at helse- og omsorgstenestane står foran store utfordringar og dei tek fram vekst i nye yngre brukargrupper, fleire eldre som har behov for hjelp og mangel på aktivitet og psykososialt behov som ikkje blir dekt som nokon av utfordringane, og dei meiner velferdsteknologi er ein ressurs som kan bidra til brukarane meistrar kvardagen meir sjølvstendig. FNs konvensjon om rettighetane til menneske med nedsatt funksjonsevne seier i artikkel 19 mellom anna at menneske med nedsatt funksjonsevne har same rett som andre til å leve i samfunnet og same rett til å gjere bruk av sine rettigheter, og i artikkel 26 at partane skal arbeide for å fremme tilgangen til, kunnskapen om, og bruken av tekniske hjelpemidlar og teknologi utvikla for habilitering og rehabilitering til menneske med nedsatt funksjonsevne (Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet, 2008). NOU 2016:17 slår fast at det i 2016 ikkje førelåg nokon informasjon om i kva grad velferdsteknologi vart benytta i

tenester som vart gjeve til menneske med ei utviklingshemming, og velferdsteknologi er tatt fram som eit av dei områda ansatte i helse- og omsorgssektoren bør få tilbod om opplæring i Ellingsen et.al. (2019) meiner det har vore ein del forskning som har inkludert menneske med mild eller moderat utviklingshemming og bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi, men det har vore lite forskning på menneske som har alvorlegare utviklingshemming og deira bruk av hjelpemidlar for kognitiv svikt.

## 4.5 Lovverk

Helse- og omsorgstenestelova (§1-1, 2011) har som formål mellom anna å forebygge, behandle og legge til rette for å meistre nedsatt funksjonsevne, sikre moglegheit til ein aktiv og meningsfylt tilværelse saman med andre, sikre eit individuelt tilpassa tilbod, og bidra til at ressursane blir utnytta best mogleg. Kapittel 4 har krav om forsvarlegheit, pasientsikkerheit og kvalitet, kapittel 9 handlar om rettsikkerheit ved bruk av tvang og makt overfor personar som har ei utviklingshemming der §9-2 mellom anna seier at all bruk av inngripande varslingsystem med tekniske innretningar alltid skal reknast som bruk av tvang eller makt etter reglane i kapitlet her, og kapittel 11 handlar om kven som skal betale for tenestane som blir gjedd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Helsedirektoratet (2014) seier at bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi normalt vil falle inn under §3-2 første ledd nr. 6 sine strenge vilkår for når ein kan anvende tvang og makt om dei skal brukast i tenestar for menneske med utviklingshemming.

Helsedirektoratet (2015) framhevar nokre etiske prinsipp som ein ta i betraktninga ved utforming og gjennomføring av tenestar. Retten til sjølvbestemmelse, rett til å treffe egne val, rett til å vare seg sjølv, rett til privatliv, rett til forsvarleg levestandard, tenestetilbod og opplæring/utdanning, og rett til å benytte seg av sine rettigheitar er nokre av dei.

Pasient- og brukarrettigheitslova (§1-1, 1999) har som formål å sikre befolkninga lik tilgang til tenestar av god kvalitet ved å gje pasient og brukar rettigheitar ovanfor helse- og omsorgstenestane, og lova skal mellom anna ivareta respekt for den enkelte pasient og brukars liv, integritet og menneskeverd. §3-1 i same lova omhandlar rett til medverking i utforming av tenestetilbodet. §4-1 seier at helsehjelp kun kan gis når pasienten samtykker om at hjelp blir gitt, om det ikkje føreligg lovheimel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gje helsehjelp utan samtykke. §4-3 seier at samtykkekompetansen kan bortfalla heilt eller

delvis dersom pasienten på grunn av psykisk utviklingshemming openbart ikkje er i stand til å forstå kva samtykket omfattar, og §4-6a seier at helse- og omsorgstenestane kan treffe vedtak om bruk av tekniske innretningar for varsling og lokalisering som ledd i tenestane til pasient eller brukar som er over 18 år og som ikkje har samtykkekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Formålet med §4-6a er å bidra eit mest mogleg sjølvstendig, trygt og verdig liv for personar som har ei kognitiv svikt og som er avhengige av helse- og omsorgstenester utan å påtvinge dei velferdsteknologi med mindre dette framstår som eit gode for brukaren (Helsedirektoratet).

Helsepersonellova (1999) §1 har som formål å bidra til sikkerheit for pasient, kvalitet og tillit til helse- og omsorgstenestane og tillit til helsepersonell. §4 omhandlar forsvarlegheit og seier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med dei krav til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut frå helsepersonellens kvalifikasjonar, dei skal innhente bistand om dette er nødvendig, og om pasienten sine behov tilseier det skal dei samarbeide med anna kvalifisert personell. §5 seier at helsepersonell kan overlate bestemte oppgåver til anna personell om det er forsvarleg ut frå oppgåvas art, personellens kvalifikasjonar og oppfølging som blir gjedd, men medhjelparen er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn. §21 pålegg helsepersonell taushetsplikt. §22 gjev tillatelse til å utlevere informasjon med samtykke frå den informasjonen gjeld. §39 viser til plikt til å føre journal, og §45 gjev moglegheit til å utlevere journal og journalopplysningar til anna helsepersonell om den det angår ikkje motsett seg dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Personopplysningslova (2000) §1 har som formål å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenka gjennom behandling av personopplysningar, og gjeld ifølgje §3, a) for behandling av personopplysningar som heilt eller delvis skjer med elektroniske hjelpemidlar, og b) ved anna behandling av personopplysningar når desse inngår eller skal inngå i eit personregister. §8 seier at personopplysningar kun kan behandlast dersom den registrerte har samtykka, det er fastsatt i lov at det er adgang til slik behandling, om behandlinga mellom anna er nødvendig for å oppfylle ein avtale med den registrerte, eller for å utføre gjeremål etter den registrertes ønske før ein slik avtale blir inngått. I §8 er det også krav om at den behandlingsansvarlege eller tredjepersonar som opplysningane blir utlevert til kan ivareta ein berettiga interesse, og hensynet til den registrertes personvern ikkje overstig denne interessa (Justis- og beredskapsdepartementet, 2018).

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene for tenesteyting skal bidra til at personar som mottar tenestar etter kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova får ivaretatt sine grunnleggande behov med respekt for det enkelte menneskets sjølvbestemmelsesrett, eigenverd og livsførsel, mellom anna skal det bli gitt medbestemmelse i forbindelse med den daglege utførelse av tenestena, bidratt til sjølvstendigheit og styring av eige liv, moglegheit til sjølv å ivareta eigenomsorg, og sosiale behov som moglegheit for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003).

## 4.6 Etikk

Hofmann (2010) har utarbeida eit notat, for Norsk kunnskapssenter for helsetenester på bestilling frå Helse- og omsorgsdepartementet, som skal gi ein oversikt over etiske utfordringar ved bruk av velferdsteknologi. Ifølge Hofmann (2010), som refererer til (Boxall 2009, Demiris 2009a, Patel 2005), er det ein rekke forskningsetiske utfordringar ved velferdsteknologi, og i hovudsak er desse knytta til forskning på sårbare grupper. Dei reiser spørsmål om samtykke, konfidensialitet og retten til privatliv, autonomi, integritet, verdigheit, konfidensialitet, rett til privatliv, tid til menneskeleg kontakt og relasjonar, nye involverte grupper som pårørande, teknologileverandørar, personell for vedlikehald av teknologi, nye ansvarsområde for helsepersonell og pårørande, interessekonfliktar, kven tener velferdsteknologi pasient/brukar, helse- og omsorgspersonell, helsetenesteytarar eller industrien? fremme av instrumentell rasjonalitet på bekostning av omsorgsrasjonalitet (med fokus på lidelse, fortvilelse, plage, håp, og meistring) er utfordringar som gjeld ved bruk av fleire av velferdsteknologiområda (Hofmann 2010).

Røkenes og Hanssen (2012) hevder at vi som yrkesutøvarar må sjå menneske som ei heilheit, og vi må forhalde oss til den andre sine opplevsar, følelsar, ønsker og vilje. Dei tar også for seg god kommunikasjon, korleis den er avhengig av hensikt og mål med samhandlinga, den er avhengig av konteksten, den er avhengig av hensikta med kommunikasjonen og den forhold seg til den andre på ein måte som styrker den andre sin utvikling, læring, sjølvfølelse, sjølvstendigheit og meistringsevne. Dei beskriv

brukarorienterte fagfolk som fagfolk som set brukaren i sentrum og tilpassar hjelpa til brukaren sitt behov i kvar enkelt situasjon. Tuntland (2011) seier at om fagarbeidaren gjev meir hjelp enn det som er nødvendig kan det føre til at bebuaren i institusjonen sluttar å ta initiativet til å utføre oppgåver sjølv og at det over tid blir utvikla lært hjelpeslausheit med referanse til Garber og Seligman (1980). Lært hjelpeavhengigheit er ein tilstand der brukaren blir passiv og hjelpeavhengig på grunn av at han er vandt til at fokuset er på det negative, og han er vandt til at fagfolk/tenesteytar iverksett tiltaka som det er behov for (Røkenes og Hanssen, 2012). Ifølge Henriksen og Vetlesen (2006) fokuserar nytteetikken på kva som er nytten eller følgane av handlingane våre, og at vi handlar etter det vi har størst nytte av, men vi tar også hensyn til omgivelsane våre. Dei meiner at nytteetikken kan hjelpe oss til å få betre grep på enkelte prioriteringsproblem vi kan stå over for. Diskursetikken forsøker å ta hensyn til at det er fleire som kan være involvert i ein moralsk situasjon, og legg vekt på å finne ei løysing som alle kan godta (Henriksen og Vetlesen, 2006).

## 4.7 Forsking

Sporingsteknologi er utstyr som kan opplyse om geografisk posisjon. Det er forskjellige system som kan nyttast for eksempel Global Positioning System (GPS) som er ein satellittbasert teknologi og virkar kun utandørs, eller Global System for Mobile Communication (GSM) som brukar mobilnettet, som virkar innandørs, men som er mindre nøyaktig enn GPS (Hofstad, 2012). Vi kan finne GPS-løysningar som kan bærast på kroppen, i jakkelomma eller i veska. GPS-løysinga kan vere ein app på mobilen, som armband eller i form av klips å feste på klede for eksempel (SINTEF, 2012). I ein dansk studie, som Hofstad (2012) refererer til, har dei på bruk av sporingsteknologi for brukarar med demens funnet at 78% seier dei ikkje føler seg overvaka, og at 84% seier dei føler auka trygghheit, men korleis ein forklarar bruken er viktig for korleis resultatet blir. Ein bør ikkje seie at dei skal bli overvaka, men heller at ved bruk av teknologien har ein moglegheit til å finne dei igjen om dei ikkje sjølv finn heim at. Lading av batteri (gløymer å sette på lading eller tar ut kontakta til natta), gløymer å ta med GPS når ein går ut, og at teknologien blir vaska i vaskemaskina blir tatt fram som utfordringar ved bruk av teknologi. Det finnst også GPS einheitar med moglegheit for einvegs eller tovegs kommunikasjon, og dette blir tatt fram som ein fordel (Hofstad, 2012).



Helsedirektoratet (2017) meiner at ein lokaliseringseinheit med aktivert virtuelt gjerde (Geofence) som varslar når tenestemottakaren går ut av eit geografisk område, kan gi stor trygghet og friheit til å ferdast ute for ein som har ei psykisk utviklingshemming, og dei seier at dette har bidratt til auka aktivisering. Dei refererer til Søndre land kommune som har rapportert om mindre utagering, færre konflikhtar, og større meistring på andre område som resultat etter at dei har prøvd ut velferdsteknologi til sine tenestemottakarar.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram er eit samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet, og skal legge til rette for at fleire kommunar tek i bruk velferdsteknologi i sine tenestar (KS, 2018). Helsedirektoratet utga i 2014 rapporten «Helsedirektoratets anbefalingar på det velferdsteknologiske området» om satsing på områda trygghetsskapande teknologi og meistringsteknologi. I 2015 og 2017 kom Helsedirektoratet med gevinstrealiseringsrapport som bygger på erfaringar som er gjort etter at rapporten i 2014 kom. Dei anbefalte då satsing på mellom anna digitale tryggingssalar, varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS), elektroniske dørlåsar, og digitalt tilsyn. Gevinsten for kommunane som har prøvd ut anbefalingane frå 2014 (34 kommunar) er ifølgje Helsedirektoratet (2015) auka kvalitet på tenestene, spart tid, og unngåtte kostnader. Brukarar (ukjent antall) meiner å registrere ein gevinst som gir auka trygghet, auka sjølvstendighet, meistring og friheit, auka aktivitetsnivå og auka helsegevinst. Pårørande (ukjent antall) har registrert ein gevinst som har ført til auka trygghet, redusert belastning og større friheit. Ansatte (ukjent antall) har registrert gevinst som auka trivsel, betre arbeidsprosessar og auka fagleg kvalitet/kunnskap. Felles for brukarar, pårørande og ansatte er at dei også har oppgitt mindre heldige resultat av bruk av velferdsteknologi som utrygghet og bekymring, og brukarar (ukjent antall) har også beskrevet forverra helsetilstand.

Rasmussen (2019), leder prosjektet «Økt selvstendighet med bruk av velferdsteknologi og aktivitetskontakt i arbeidet med personer med utviklingshemming», seier det kan tyde på at det har blitt mindre bruk av tvang i skadeavvergende situasjonar hos brukarar som har digitalt tilsyn som dørsensor og alarm, og meiner det kjem av at tenestemottakaren har fått meir åleineid og privatliv samtidig som dei får bistand når dei har behov for det. Ho seier også at GPS-klokke har gjeve tenestemottakaren ei større friheit ved at han kan være ute åleine, men samtidig kan tilkalle pårørande eller tenesteytar om han har behov for

assistanse. Bruk av velferdsteknologi i arbeide med personar med utviklingshemming har stor verdi for oss, fleire av teknologiane gjer livet enklare for brukarane og for pårørande. Det kan bli en betre kvalitet på tenestane, men bruk av teknologi fører også med seg ein sårbarheit, for eksempel tekniske utfordringar på grunn av ustabil nett, eller for dårleg opplæring framhevar Rasmussen (2019). Ho tar også fram viktigheita av å starte med god planlegging, kartlegging av kva brukar ønsker, kva personalet trudde brukar kunne meistre og kva dei kunne gjere for å nå målet, og godt fagleg samarbeid.

Isaksen et.al. (2017) har gjennomført studien «trygg hjemme» som inkluderar personar som var eldre, og vaksne personar med funksjonsnedsettelsar, primært psykisk utviklingshemming, som hadde eit definert hjelpebehov og vedtak om tenestar i to forskjellige kommunar. Teknologien som vart utprøvd var mellom anna mobile trygghetsalarmar med GPS sporing og moglegheit for tovegs kommunikasjon. Dei fleste fekk tildelt meir enn ein teknologisk løysing, og fleire hadde anna velferdsteknologi frå tidlegare. Isaksen et.al. (2017) fant at mange av personane var fornøgd med teknologien og meinte den var eit positivt bidrag til kvardagen. I gruppa med psykisk utviklingshemming kom dette tydeleg fram glede og stoltheit over å meistre, for eksempel trygghetsalarmen. Enkelte var skeptiske til teknologien når dei starta, men vart meir fornøgd etter kvart, og enkelte ønska ikkje å behalde teknologien av forskjellige grunnar. Det var også enkelte som var bekymra over kven som skulle dekke utgiftane. Mange av personane beskrev ein følelse av auka trygghet på grunn av teknologien, og enkelte beskrev ein følelse av auka trygghet kombinert med auka mobilitet. Ein av personane beskrev følelse av trygghet ved bruk av teknologi i intervju, men viste ikkje teikn til auka trygghet når tenesteytarane var i nærleiken. Det var ikkje nokon av dei som benytta seg av mobil trygghetsalarm med innebygd GPS-sporing som hadde opplevelse av at det føltes ubehageleg at andre kunne spore dei, derimot meinte dei at det var ei trygghet at nokon kunne finne ut kvar dei var. Interesse og kunnskap om teknologi var faktorar som var trekt fram som viktige for å lykkast. Dette gjaldt både tenestemottakar og tenesteytar. Forsking på brukarane sine erfaringar om bruk av velferdsteknologi fant Isaksen et.al. (2017) fortsatt mangelfull, spesielt gjaldt dette for brukarar med psykisk utviklingshemming.

Abbott og McConery (2006) meiner, med henvisning til O Rourke et.al. (2004), at det er dokumentert i eit aukande antall studiar at menneske med psykisk utviklingshemming har ønske om å delta meir i samfunnsaktivitetar. Dei har gjennomført ein studie i Irland om

korleis menneske med ei psykisk utviklingshemming oppfatta barrieren for deira sosiale inkludering og korleis desse barrierane kan reduserast eller bli fjerna. Personane som var med i studien kom frå forskjellige buforhald. Som problematisk for deltagelse vart det mellom anna nemnt avstand til aktivitetar, mangel på aktivitetar som var opne for dei, dårleg kunnskap om området og at dei ikkje vart behandla som vaksne. Enkelte av personane i studien meinte dei kunne greie å gå ut på eigen hand om dei fekk lov til det, og enkelte tok fram mangel på tenesteytarar som grunn til at dei ikkje fekk delta i samfunnsaktivitetar. Løysingar som vart tatt fram var mellom anna moglegheit til å kunne bu sjølvstendig, og støtte for å kunne planlegge sjølv og gå ut åleine (Abbott og McConery, 2006). (Oversatt frå engelsk)

Knarvik, Lind, Rotvold og Trondsen (2020) har gjennomført ein internasjonal litteraturstudie om barn- og unge vaksne, og bruk av velferdsteknologi (VFT) og har i denne nye studien frå 2020 funnet at det har skjedd ei kunnskapsutvikling og at det no blir forska i større grad på teknologi som robot og spelteknologi. Dei har i ein tidlegare litteraturstudie (2016) funnet at det var lite forskningslitteratur om teknologi som inkluderar sporing/GPS, robot og sosiale mediar i Norden. Dei fant også at det burde bli forska meir på teknologi som fremmar sosial kontakt, som fremmar kommunikasjon med jevnaldrande, og som bidrar til mindre einsamheit, og dei meiner at det å ta utgangspunkt i den enkelte brukars og families utfordringar, behov, ressursar og kompetanse, som viktig forutsetning for at velferdsteknologi skal kunne fungere som eit hjelpemiddel (Knarvik et.al., 2020).

Dusseljee, Rijken, Cardol, Curfs og Groenewegen (2010) refererer til studie gjort i Nederland som viser til at personar med utviklingshemming deltek mindre i det generelle samfunnet samanlikna med personar utan utviklingshemming (Myles et.al. 2000; Verdonschot et.al. 2009a), og refererer til CBS (2000) med at befolkninga generelt i Nederland har mindre sosial kontakt når dei har eit lavt utdanningsnivå, ikkje har arbeid, eller har ein lav vurdering av eiga helse. Dei fant i sin studie som omfatta 653 personar med mild eller moderat utviklingshemming at både alvorlegheitsgraden på utviklingshemminga, alder, kjønn og type utdanning kunne verke inn på samfunnsdeltakelsen med referanse til Ager et.al. (2001); McConkey et.al. (2007); Cramm et.al. (2009); Verdonschot et.al. (2009b), og at det ikkje var mange av personane som

hadde ei utviklingshemming som hadde kontakt med menneske som ikkje var utviklingshemma (Dussejee et.al., 2010). (Oversatt frå engelsk).

## 5.0 Drøfting

### 5.1 Behov

Problemstillinga som blir drøfta her er korleis eit menneske som har ein utviklingshemming kan ha nytte av trygghetsskapande velferdsteknologi for å kunne delta meir i samfunnet. Ifølge Kittelsaa (2011) er fritida det levekårsområde som er mest forsømt hos menneske med utviklingshemming, og både ho og Dussejee et.al. (2010) seier at det er få teikn på at dei deltek i fritidsaktivitetar saman med menneske som ikkje har ei utviklingshemming. For at menneske som har ei utviklingshemming skal være reelle deltakarar i samfunnet er det, ifølge Berger (2020), avgjerande at dei får opplæring og teknologisk kompetanse. Samfunnet blir stadig meir teknologibasert, og ferdigheitar til å anvende slik teknologi kan utgjere skille mellom dei som er med og dei som er utanfor. Validiteten til Berger (2020) i dette tilfellet kan kanskje diskuteras fordi den teknologien han skriv om ikkje handlar mest om GPS og sporingsteknologi, men den er reell fordi det er fleire som har vist til problem med teknologien, og mangel på opplæring når det er snakk om utfordringar i forhold til bruk av trygghetsskapande teknologi, mellom anna Rasmussen (2019) og Direktoratet for e-helse (2016).

Målet for oss alle er at vi i vår kvardag skal oppleve at vi har ein god livskvalitet. Det finnest fleire definisjonar på god livskvalitet, men Innstrand (2009) har grad av sjølvstendigheit, tilgang på tilfredstilte og moglegheit for å påverke sine omgivelser som nokre av forholda som er viktig for å få ein opplevelse av god livskvalitet. Det er i undersøkelser funnet at meir privatliv, auka sjølvstendigheit og større friheit, mellom anna, er grunnar til at mange av dei som har prøvd ut trygghetsskapande teknologi er fornøgd med teknologien (Helsedirektoratet, 2015 og Rasmussen, 2019).

Abbott og McConery (2006) kunne dokumentere at menneske som har ei utviklingshemming ønskjar å deltek meir i samfunnet. Dei har mellom anna tatt fram dårleg

kunnskap om området, korleis dei blir sett på (blir ikkje sett på som vaksen), og det å ikkje kunne gå ut sjølv som problematisk for deltaking, og dei nemnte støtte for å planlegge sjølv og kunne gå ut åleine som løysingar som var ønska. Dusejee et.al. (2010) fant at menneske med utviklingshemming deltar mindre i det generelle samfunnet samanlikna med menneske som ikkje har ei utviklingshemming. Dei fant også at befolkninga generelt har mindre sosial kontakt når dei har eit lavt utdanningsnivå, ikkje har arbeid, eller har ein lav vurdering av eiga helse. Menneske som har ei utviklingshemming har eit lavt utdanningsnivå, ifølge Wendelborg, Kittelsaa og Wik (2017) er det ikkje meir enn 10% som etter å ha fullført vidaregåande skule har studiekompetanse eller yrkeskompetanse, og mange har ikkje arbeid, eller er ikkje sysselsatt (56,2%) (SSB, 2019). Ein kan derfor seie at menneske som har ei utviklingshemming har fleire moment som bidrar til at dei deltek mindre enn dei ønskjar i samfunnet. Utviklingshemming, lavt utdanningsnivå, arbeidsledigheit, og kanskje har dei også ein lav vurdering av eiga helse.

## **5.2 Trygghetsskapande teknologi**

Målet med velferdsteknologi er ifølge NOU 2011:11 først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til auka trygghet, sikkerheit, sosial deltagelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Dette skal gjere at den enkeltes evne til å klare seg sjølv i kvardagen blir styrka, og skal kunne bidra til at personen får eit meir sjølvstendig liv og kan delta meir på mange av livets område. Utredninga hevdar at graden av funksjonshemming kan bli redusert om samfunnet legg til rette for det ved å bygg ned funksjonshemmande barrierar, eller ved at individets forutsetningar blir bygd opp gjennom individuelt tilrettelagt tilbod og individuelle hjelpemidlar. I Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) blir vår opplevelse av helse delt inn i kroppsfunksjonar, kroppsstrukturar, aktivitetar og deltagelse, og miljøfaktorar, og Sosial- og helsedepartementet (2003) beskriv miljøfaktorar som dei fysiske, sosiale og haldningsmessige omgivelsane der ein person utfoldar sitt liv, og meinare eit miljø som har hemmande, eller som ikkje har fremmande faktorar kan innskrenke ein persons utfoldelse, og Adolfsson et.al. (2014) meiner miljøfaktorar er den faktoren som har størst betydning ved eventuell bruk av velferdsteknologi. Helsedirektoratet (2015) delar velferdsteknologi inn i fire hovedkategoriar: Trygghetsskapande teknologi, meistringsteknologi, utrednings- og behandlingsteknologi, og velværeteknologi. Trygghetsskapande teknologi er teknologiar

som gjere at menneske kan føle trygghet, har moglegheit til å bu heime lenger, gir moglegheit for sosial deltagelse, og motverkar einsamheit (Helsedirektoratet, 2015). Vi skal sjå nærmare på korleis slik teknologi kan bli nytta i tenester for menneske med utviklingshemming for at dei skal kunne delta meir i samfunnet, og dermed også kan få ein betre livskvalitet. GPS klokke, mellom anna, har ifølge Rasmussen (2019) gitt mange brukarar moglegheit til friheit slik at dei kan være ute på eigenhand, på same tid som dei har moglegheit til å påkalle pårørande eller tenesteytar om dei har behov for det, og Helsedirektoratet (2017) meine at ein lokaliseringseinheit med aktivert virtuelt gjerde (Geofence) som varslar når tenestemottakaren går ut av eit geografisk område, kan gi stor trygghet og friheit til å ferdast ute for ein som har ei psykisk utviklingshemming, og at bruk av dette har bidratt til auka aktivisering. Dei seier vidare at mindre utagering, færre konflikter og større meistring på andre område er resultat ei kommune har rapportert om etter å har prøvd ut velferdsteknologi til sine tenestemottakarar.

Isaksen, et.al. (2017), Ellingsen et.al. (2019) og Knarvik et.al. (2020) har alle påpeika at det tradisjonelt har vore lite forskning på bruk av teknologi for denne gruppa menneske, men Knarvik et.al. (2020) seier også at det har blitt meir forskning i den seinare tid. Isaksen, et.al., (2017) meiner det har vore lite forskning på brukarane sine erfaringar, spesielt for brukarar som har ei utviklingshemming, og ifølge Ellingsen et.al. (2019) har tidlegare forskning i liten grad handla om bruk av tekniske hjelpemidlar til menneske med alvorleg eller omfattande grad av utviklingshemming, men i større grad handla om bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi til menneske som har lett eller moderat grad av utviklingshemming. Lite forskning kan være eit resultat av det synet det tradisjonelt har vore på menneske som har ei utviklingshemming, frå dei vart sett på som primitive vesen (Brandt, 2007), til vi fekk «*Konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne*» som trådte i kraft i 2008 og vart ratifisert av Norge i 2013 (Norge har forplikta seg til å følge konvensjonen), og der artikkel 19 har som målsetting at alle menneske med nedsatt funksjonsevne skal få eit sjølvstendig liv og kunne delta fullt ut i samfunnet. Kanskje har ikkje menneske med ei utviklingshemming vert verd å forske på. Lite forskning kan også komme av vanskane det kan vere å få relevant informasjon frå ein utviklingshemma på grunn av dei vanskane som kan følger med det å ha ei utviklingshemming, uansett grad. Gjærum og Ellertsen (2002) meiner dette kan vere vanskar som språk, informasjonsbehandling og tenking og bedømming, og dei refererar til Kylene (1974) som meiner at ved utviklingshemming går utviklinga seinare og stoppar opp

tidlegare enn ho menneske utan utviklingshemming, noko som kan vere ein av grunn til at enkelte av personane i Abbot og McConery (2006) sin studie meinte at dei ikkje vart behandla som vaksne, og som også kan vere ein grunn til at dei ikkje er funnet verdi å bli forska på.

### 5.3 Samfunnsaktuelt

Helse- og omsorgsdepartementet (2013b) har i «Morgondagens omsorg» beskrevet ein rekke utfordringar for helsetenestane framover. Mellom anna fleire unge brukarar, fleire eldre med behov for hjelp, mangel på helsepersonell, og mangel på aktivitet og dekking av psykososiale behov, og dei har velferdsteknologi som eit av fokusområda for å avhjelpe på utfordringane. Sosial- og helsedepartementet (2003) meiner mangel på tekniske hjelpemiddel kan vere ein faktor som innskrenkar ein person sin utfoldelse, og Norge har forplikta seg til å følge FN's konvensjon om rettighetane til menneske med nedsatt funksjonsevne som skal arbeide for å fremme tilgangen til, kunnskapen om og bruken av tekniske hjelpemiddel, og teknologi utvikla for habilitering og rehabilitering for menneske med nedsatt funksjonsevne (Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet, 2008). Forhalda i Norge skal ifølge NOU 2011:11 ligge godt til rette for at velferdsteknologi blir tatt i bruk, mellom anna ved at vi har ein høg levestandard, og kommande generasjonar er vandt med å bruke teknologiar som mobiltelefon og GPS. Regjeringa har dei seinare åra komme med fleire anbefalingar om tenestetilbodet til menneske med utviklingshemming, og anbefalingar om å ta i bruk velferdsteknologi i helse- og omsorgstenestar. Nedbygging av funksjonshemmande barrierar (2003), Innovasjon i omsorg(2011), Morgondagens omsorg (2013), Helsedirektoratets anbefalingar på det velferdsteknologiske området (2014), Omsorg 2020 (2015), På lik linje (2016), og Første og Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalingar (2015 og 2017), er alle dokument som kan tale for bruk av velferdsteknologi i tenestar til menneske som har ei utviklingshemming, og ein del av desse dokumenta kjem også med anbefalingar om kva teknologi det bør satsast på. Digitale tryggingssalar, varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS), elektroniske dørlåsar, og digitalt tilsyn er mellom dei teknologiane som Helsedirektoratet (2015, 2017) meiner det skal satsast på, men i 2016 slår NOU 2016:17 fast at det fortsatt ikkje førelåg nokon informasjon om i kva grad velferdsteknologi vart benytta i tenester som vart gjeve til menneske med ei utviklingshemming, og meiner velferdsteknologi er eit område ansatte i helse- og omsorgssektoren bør få tilbod om opplæring i.

## 5.4 Fordelar og bakdelar

Det er fleire grunnar til at menneske som har ei utviklingshemming kan ha nytte av trygghetsskapande teknologi for å kunne delta meir i samfunnet. Som vi såg i førre kapittel (5.3) har dei som har ansvaret for tenestane anbefalt meir bruk over mange år, og undersøking, vist til i kapittel 5.1, har vist at sjølvstendigheit og moglegheit til å påverke sine omgivelser er viktig for opplevelse av god livskvalitet, brukarar ønsker å delta meir i samfunnet, og teknologisk kompetanse er viktig for å bli ein reell deltakar i samfunnet. Alle studiane som er funnet i arbeidet med denne oppgåva har vist at dei fleste som har prøvd ut teknologi meiner den er nyttig. Rasmussen (2019) fant at GPS-klokke gav brukaren større friheit og at fleire av teknologiane gjorde livet enklare for brukarane og for deira pårørande. Isaksen et.al. fant at mange av personane var fornøgd med teknologien og meinte den var eit positivt bidrag til kvardagen. Auka mobilitet og auka trygghet var moment som førte til at teknologien vart sett på som eit positivt bidrag. Her var det prøvd ut forskjellig teknologi mellom anna GPS og mobile trygghetsalarmar. For dei som hadde ei utviklingshemming vart det tatt fram glede og stoltheit over å meistre teknologien. Helsedirektoratet (2015) fant auka kvalitet på tenestene, spart tid, og unngåtte kostnader som positivt for kommunane, auka trygghet, auka sjølvstendigheit, meistring og friheit, auka aktivitetsnivå og auka helsegevinst for brukarane, auka trygghet, redusert belastning og større friheit for dei pårørande, og auka trivsel, betre arbeidsprosessar og auka fagleg kvalitet/kunnskap for dei ansatte.

At funn frå forskning tydar på at mange er fornøgd med å få ta i bruk trygghetsskapande teknologi passar bra med at Helse- og omsorgsdepartementet (2015) meiner framtidens helse- og omsorgstenestar skal bli utvikla saman med pasienten, brukaren og deira pårørande, at brukarane skal få større innflytelse og få moglegheit til å leve eit aktivt og godt liv i fellesskap med andre, først og fremst gjennom å ta i bruk nye løysingar, ny teknologi, nye metodar, og ved at det blir arbeida for å få eit betre samarbeid med familie, lokalsamfunn, frivillige, ideelle, og private virksomheitar, for å få eit betre helse- og omsorgstilbod i kommunane. På den andre sida tek rapportane også fram utfordringar og ulemper med teknologien. Helsedirektoratet (2015 og 2017) beskriv utrygghet, bekymring, og forverra helsetilstand rapportert frå både tenesteytar, pårørande og brukaren



sjølv, og dei meiner det er problematisk å finne teknologi som er driftssikker nok, innskrenking av privatlivet og moglegheit for å bli overvaka er utfordringar som Helse- og omsorgsdepartementet (2013b) tek opp, Hofstad (2012) beskriv problem med at teknologien ikkje verkar fordi den ikkje er ladda eller fordi den har blitt vaska. Moglegheit for å bli overvaka eller føle at ein blir overvaka kan vare ei utfordring, men Hofstad (2012) fant i sin studie at 78% sa at dei som brukte springsteknologi ikkje følte seg overvaka. Rasmussen (2019) tek fram tekniske utfordringar på grunn av ustabil nett, og dårleg opplæring som problem, og meiner god planlegging på kva brukaren ønsker, kva tenesteytarane trur han kan meistre, og kva dei kan gjere for å nå målet som viktig, for at bruk av teknologi skal bli ein positiv opplevelse, og Berger (2020) meiner at om bruk av teknologi skal bli vellykka er det ei føresetnad at både brukaren og tenesteytarane har føresetnad til å kunne bruke teknologien, og ønske om å bruke den. Direktoratet for e-helse (2016) nemner dårleg kvalitet på den delen av utstyret som brukaren har på seg eller har i leilegheita som problematisk, samt komplisert betening og brukaren sine forutsetningar til å forstå korleis han brukar utstyret som utfordringar. Ved feil bruk eller ved at viktige signal blir oversett kan kvaliteten på tenesten bli dårlegare i staden for betre. Folkehelseinstituttet (2019) stiller spørsmål om kor inngripande teknologien er, har brukaren samtykkekompetanse, kan bruken heimlast i lovverket, og kven skal betale?

Det viser seg at styresmaktene, brukarar, pårørande og tenesteytarar både finn fordelar og ulempar ved bruk av trygghetsskapande teknologi. Anbefalingar frå mellom anna Helsedirektoratet er å ta i bruk teknologien, av grunnar som tidlegare er forklart, men det er også grunnar til at den ikkje blir tatt i bruk eller ikkje bør tas i bruk. Menneske som har ei utviklingshemming kan ha ei rekke utfordringar som kan bidra til at meir sjølvstendigheit og bruk av teknologi blir vanskeleg. Hemming i kognitive funksjonar som bidrar til informasjonsbehandling, ervervelsar av kunnskap og erfaring, problemløysing, og tenking og bedømming (Gjærum og Ellertsen, 2002) er eksempel på dette. Ein del av dei som har vore avhengig av hjelp frå andre tenker kanskje dei ikkje klarer seg utan den hjelpa. Som Tuntland (2011) seier kan det bli utvikla lært hjelpeslausheit om tenesteytaren gjev meir hjelp enn det som er nødvendig, og brukaren kan også være i ein tilstand av lært hjelpeavhengigheit der han blir passiv fordi han er vandt til at tenesteytarane iverksett tiltak det er behov for utan nokon medverknad frå hans side (Røkenes og Hanssen, 2012). Dei beskriv vidare viktigheita av brukarorienterte tenesteytarar, og seier dette er fagfolk som sett brukaren i sentrum og tilpassar hjelpa til brukaren sitt behov i kvar enkelte

situasjon og som samhandlar med brukar på ein måte som styrker den andre sin utvikling, læring, sjølvfølelse, sjølvstendigheit og meistringsevne.

Som vi kan sjå har både brukar og tenesteytar sine haldningar og kunnskap innverknad på om innføring av teknologiske løysingar blir nyttig eller ikkje i tillegg til teknologien og kor brukarvennleg og driftssikker den er. Retten til sjølvbestemmelse, rett til å treffe egne val, rett til å vare seg sjølv, rett til privatliv, rett til forsvarleg levestandard, tenestetilbod og opplæring/utdanning, og rett til å benytta seg av sine rettigheitar er nokre av dei etiske prinsippa som Helsedirektoratet (2015) framhevar som viktig ved utforming og gjennomføring av tenestar. Helse- og omsorgsdepartementet (2013b) beskriv etiske utfordringar ved å ta i bruk teknologi. Utfordringar ved lagring av data og risiko for at sensitiv informasjon blir spreidd, begrensingar i handlingsfriheit og sjølvbestemmelse, og mindre privatliv er noko av det som blir tatt fram. Hofmann (2010) meiner det er ein rekke etiske utfordringar ved bruk av teknologi, og tar i, i tillegg til dei utfordringane nemnt ovanfor, fram samtykkekompetanse, nytt ansvarsområde for helsepersonell og pårørande, andre involverte grupper som teknologileverandørar og personell for vedlikehald av teknologien, kven som tener på bruk av teknologi (leverandør, helsevesenet eller brukaren), og mindre tid til menneskeleg kontakt som utfordringar. Det blir tydeleg at dei etiske utfordringane vi ser ved innføring av trygghetsskapande teknologi kan utfordre dei rettigheitane vi har som for eksempel rett til privatliv opp mot at bruk av teknologi kan medfører begrensingar av det private, som ved bruk av sporingsteknologi, ved at tenesteytarane eller pårørande kan sjå kvar brukaren er til einkvar tid. Det kan her være viktig å ha fokus på kvifor ein ønskjar å innføre teknologi i tenesten. Nytteetikken fokuserar på kva som er nytte eller følger av våre handlingar og her er det då om det er brukaren som har nytte av teknologien, eller er den er ønska innført fordi dette medfører mindre kostnadar for dei som tilbyr tenestar, eller er det, som i diskursetikken innført teknologi fordi det er ei løysing som alle partar kan finne nyttig (Henriksen og Vetlesen, 2006).

For å ta i bruk trygghetsskapande teknologi til menneske som har ei utviklingshemming må vi ta hensyn til lovverket. Det må vi også ved innføring av teknologi til brukarar utan utviklingshemming, men det spesielle med bruk for ein som har ei utviklingshemming er den kognitive begrensinga desse, har i større eller mindre grad, og vurderingar som må være gjort i forhold til samtykkekompetanse. Nedsatte kognitive funksjonar som mellom

anna oppmerksomheit, informasjonsbehandling, ervervelsar av kunnskap, problemløysing, og tenking og bedømming (Gjærum og Ellertsen, 2002) kan gjere det utfordrande ved bruk av ny teknologi, og Helsedirektoratet (2015) meiner at nedsatt språkkompetanse som kan innebere manglande evne til å forstå kva andre seier, eller til å formidle kva ein sjølv ønsker, nedsatt evne til å forstå sine omgivelser som kan medføre at ein ikkje forstår målet med bruken av teknologien, og nedsatt sosiale ferdigheiter som kan medføre manglande ønske om å prøve noko nytt fordi ein er redd for å mislykkast, er utfordringar som kan hindre bruk av trygghetsskapande teknologi.

Helse- og omsorgstenestelova (2011) skal mellom anna legge til rette for meistring av mellom anna nedsatt funksjonsevne, sikre kvalitet og likeverdig tilbod, sikre at tilbodet er tilpassa kvar enkelt, og bidra til at den enkelte har ein aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre på same tid som den skal bidra til at ressursane blir utnytta best mogleg. Velferdsteknologi kan, i alle desse punkta, bidra til oppnåelse, men deler av lova kan også tale mot at velferdsteknologi blir nytta. Kapittel 4 i lova handlar om forsvarlegheit, pasientsikkerheit og kvalitet, og kapittel 9 om rettsikkerheit ved bruk av tvang og makt overfor personar som har ei utviklingshemming der § 9-2 mellom anna seier at all bruk av inngripande varslingsystem med tekniske innretningar alltid blir rekna som bruk av tvang eller makt etter reglane i kapitlet her, uansett om brukaren motsett seg bruken eller ikkje. Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi for menneske som har ei utviklingshemming vil ifølge Helsedirektoratet (2014) normalt falle innanfor reglane i kapittel 9, og § 3-2 første ledd nr. 6 som stiller strenge krav som må vere oppfylt før ein kan ta i bruk teknologi som ifølge §9-2 alltid er rekna som bruk av tvang og makt.

Pasient- og brukarrettighetslova (1999) har som formål å sikre befolkninga lik tilgang til tenestar av god kvalitet og sikre rett til medverking i utforminga av tenestane, som talar for bruk av teknologi, men kan også tale mot bruk når den seier at helsehjelp kun kan gis når pasienten samtykker om at hjelp blir gitt. Om det føreligg lovheimel eller annet gyldig rettsgrunnlag kan ein i følge lova gje helsehjelp utan samtykke, og den gir tillatelse til bruk av tekniske innretningar sjølv om brukaren ikkje har samtykkekompetanse, og seier at samtykkekompetansen kan bortfalla heilt eller delvis dersom pasienten på grunn av psykisk utviklingshemming openbart ikkje har moglegheit til å forstå kva samtykket omfattar. At Helsepersonellova (1999) skal bidra til sikkerheit for pasient, kvalitet og tillit til helse- og omsorgstenestane og helsepersonell, helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med dei krav til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut

frå helsepersonellets kvalifikasjonar og innhente bistand om dette er nødvendig, om pasienten sine behov tilseier det skal helsepersonell samarbeide med anna kvalifisert personell, og at dei kan overlata bestemte oppgåver til anna personell om det er forsvarleg ut frå oppgåvas art, personellets kvalifikasjonar og oppfølging som blir gjedd gjev moglegheit for å ta i bruk teknologi. Det gjer også moglegheita lova gir til å gi nødvendige og relevante helseopplysningar til anna helsepersonell når brukaren ikkje motsett seg det, men lova seier også at helsepersonell har taushetsplikt som kan tale mot bruk av teknologi fordi teknologi medfører kontakt med, for eksempel leverandørar og vedlikehaldspersonell som ellers ikkje hadde hatt bruk for informasjon om denne brukaren.

Personopplysningslova (2000) gjeld for personopplysningar som heilt eller delvis skjer med elektroniske hjelpemidlar, og seier mellom anna at personopplysningar kun kan behandlast dersom den registrerte har samtykka, noko som kan vere problematisk når det er usikkert om brukaren er samtykkekompetanse, men det kan fastsettest i lov at det er adgang til slik behandling utan samtykke frå brukar i enkelte tilfelle. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestane for tenesteyting (2003) skal bidra til at personar som mottar tenestar får tenestar som skal gi sjølvstendigheit og bidra til å dekke sosiale behov, mellom anna, og talar dermed for moglegheit til innføring av teknologi.

Når ein ser på rettsikkerheit i forhold til bruk av velferdsteknologi for menneske som har ei utviklingshemming er det særleg samtykke, taushetsplikt, og bruk av tvang og makt som kan tale mot bruk av velferdsteknologi. Sjølv om det i lovverket er gjeve moglegheit til å gje tenestar til menneske som ikkje har samtykkekompetanse må det sterke argumentar til for å gjere dette, og det må skrivast vedtak som er godkjent av fylkesmannen. Mellom anna er all bruk av inngripande varslingsystem med tekniske innretningar alltid rekna som bruk av tvang eller makt, også om personen sjølv ønskjer å benytte seg av dette. Det kan også vere eit problem at vedkommande som skal nytte teknologien ikkje har forutsetningar til å sette seg inn i lover og regler på grunn av dei kognitive vanskane som det å ha ei utviklingshemming medfører, og derfor kanskje ikkje forstår at han kan vel å bruke teknologi, eller å ikkje nytte den.

## 6.0 Konklusjon

Problemstillinga var om trygghetsskapande velferdsteknologi kan bidra til at menneske med utviklingshemming får deltatt meir i samfunnet. Det er gjort funn som både talar for og mot bruk av trygghetsskapande teknologi til menneske som har ei utviklingshemming, men dei alle fleste brukarane som har uttala seg i undersøkelsane som er gjennomført har bekrefta at dei har funnet bruken av teknologi meir positivt enn negativ. Dette sjølv om dei også har sett at det er problem med teknologien. Bruk av mellom anna sporing eller lokaliseringsteknologi er beskrevet som positiv fordi den gjev moglegheit til større friheit og auka sjølvbestemmelse, men det er også beskrevet at det er viktig korleis teknologien blir presentert, og kva haldningar som tenesteytarane og brukaren sjølv har til den for at dette skal være eit nyttig og velfungerande hjelpemiddel, og ikkje blir opplevd som overvaking.

## Litteraturliste

- Aadland, Einar. 2011. *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3. utgåve. Oslo: Universitetsforlaget.
- Abbot, Suzanne og Roy McConery. 2006. «The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities». *I Journal of Intellectual Disabilities*. doi: 10.1177/1744629506067618 Hentet: 13.05.2020.
- Adolfsson, Päivi, Helena Lindstedt, Ingvor Pettersson, Liselotte Norling Hermansson & Gunnel Janeslätt. 2014. *Perception of the influence of environmental factors in the use of electronic planning devices in adults with cognitive disabilities, Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 11:6, 493-500, DOI: 10.3109/17483107.2014.989418 Hentet: 12.05.2020.
- Aldring og helse. 2020. *Velferdsteknologi*.  
<https://www.aldringoghelse.no/boligguiden/velferdsteknologi/> Hentet: 20.05.2020.
- Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet. 2008. *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon\\_web.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf)  
Henta: 02.05.2020.
- Berger, Morten. 2020. *Hva er velferdsteknologi?*  
<https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2020/02/Hva-er-velferdsteknologi.pdf>  
Hentet: 15.05.2020.
- Brandt, Anne Margrethe. 2007. *Refleksjoner over et utgangspunkt*.  
<http://www.nfunorge.org/contentassets/98e7effc9b3f4755ba2bd50d47069509/side-10-14-sfa-nr-5-2007.pdf> Hentet: 13.05.2020.
- Dalland, Olav. 2017. *Metode og oppgaveskriving*. 6. utgåve. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Direktoratet for e-helse. 2016. *Teknisk anbefaling velferdsteknologi, Anbefalinger knyttet*

*til teknisk krav for trygghetsskapende teknologi.*

<https://ehelse.no/tema/velferdsteknologi/attachment/inline/917f8c1b-775e-414f-b1a2-ee04f7810f94:4d0675e58e1a4ed4f37b894bede523049db188ee/Anbefalinger%20om%20tekniske%20krav%20til%20trygghetsteknologi.pdf> Hentet: 03.05.2020.

Direktoratet for e-helse. 2020. ICD-10. *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Med tillatelse fra WHO.

<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1> Hentet: 02.05.2020.

Dusseljee, J. C. E., P. M. Rijken, M. Cardol, L. M. G. Curfs og P. P. Groenewegen. 2010. *Participation in daytime activities among people with mild or moderate intellectual disability*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01342.x> Hentet: 13.05.2020.

Ellingsen, Karl Elling, Hege Bakken, Wenche N. Dahlen, Tom Markus Holsbø, Dirk Lungwitz, Ole Magnus Oterhals, Øivind Strand, Sylvia Søderstrøm og May Østby. 2019. En rapport fra forskningsprosjektet Jeg Kan. Innovasjon i livslange tjenester til personer med utviklingshemming.

[https://naku.no/sites/default/files/files/NAKU\\_Rapport\\_Velferdsteknologi\\_Skjermpdf](https://naku.no/sites/default/files/files/NAKU_Rapport_Velferdsteknologi_Skjermpdf) Hentet fra Naku: 13.05.2020.

Folkehelseinstituttet. 2019. «Styrende dokumenter» i *Helsebiblioteket*.

<https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/velferdsteknologi/styrende-dokumenter> Hentet: 15.05.2020.

Gjærum, Bente og Bjørn Ellertsen (red). 2002. *Hjerne og adferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og unge i et nevrobiologisk perspektiv... et skritt videre*. 2. utgåve. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet. § 4-6a *Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/bruk-av-varslings-og-lokaliseringsteknologi>  
Hentet: 24.05.2020.

Helsedirektoratet. 2014. *Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området*. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-anbefalinger-pa-det-velferdsteknologiske-området/Helsedirektoratets%20anbefalinger%20p%C3%A5%20det%20velferdsteknologiske%20området.pdf/\\_attachment/inline/d6ab7b48-35f4-48d4-b5a8-43f4760de6ee:b4e9cd3c84b71eb7edeb1fa9512823f9ec3c010e/Helsedirektoratets%20anbefalinger%20p%C3%A5%20det%20velferdsteknologiske%20området.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-anbefalinger-pa-det-velferdsteknologiske-området/Helsedirektoratets%20anbefalinger%20p%C3%A5%20det%20velferdsteknologiske%20området.pdf/_attachment/inline/d6ab7b48-35f4-48d4-b5a8-43f4760de6ee:b4e9cd3c84b71eb7edeb1fa9512823f9ec3c010e/Helsedirektoratets%20anbefalinger%20p%C3%A5%20det%20velferdsteknologiske%20området.pdf) Hentet: 25.05.2020.

Helsedirektoratet. 2015. *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Første%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf/\\_attachment/inline/c879e5ef-715a-4277-9e89-e88f81e3b862:bbe6388b148899c2855be38afc2e163ce8065740/Første%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Første%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf/_attachment/inline/c879e5ef-715a-4277-9e89-e88f81e3b862:bbe6388b148899c2855be38afc2e163ce8065740/Første%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf) Hentet: 02.05.2020.

Helsedirektoratet. 2017. *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf/\\_attachment/inline/76ae5535-037f-4387-a92f-3e5e96e477f4:4544b853573c3d2454da1b40afe4a74544940035/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf/_attachment/inline/76ae5535-037f-4387-a92f-3e5e96e477f4:4544b853573c3d2454da1b40afe4a74544940035/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf) Hentet: 02.05.2020.

Helsedirektoratet. 2019. *Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi> Hentet: 15.05.2020.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2003. *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*



*for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.*  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> Hentet: 03.05.2020.

Helse- og omsorgsdepartementet. «Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi.» Prop. 90 L (2012–2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 2013a. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-1-20122013/id719104/?ch=4> Hentet: 20.05.2020.

Helse- og omsorgsdepartementet. «Morgendagens omsorg» Meld. St. 29 (2012–2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf> Hentet: 15.05.2020.

Helse- og omsorgsdepartementet. «Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 – 2020».  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbc9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbc9cb7/omsorg_2020.pdf) Hentet: 25.05.2020.

Helse- og omsorgstenestelova. *Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m. av 24. Juni 2011 nr. 30.* [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_5#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5) Hentet: 06.05.2020.

Helsepersonellova. *Lov om helsepersonell m.v. av 2. Juli 1999 nr. 64.*  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_1#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1)  
Hentet: 06.05.2020.

Henriksen, Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen. 2006. *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker.* 3. utgåve. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hofmann, Bjørn. 2010. *Etiske utfordringer med velferdsteknologi.* På oppdrag frå Helse-

- og omsorgsdepartementet.  
[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat\\_2010\\_etiske\\_ufordringer\\_velferdsteknologi.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_etiske_ufordringer_velferdsteknologi.pdf) Hentet: 04.05.2020.
- Hofstad, Eivor. 2012. «Forsker på GPS og demente». I *Sykepleien*.  
<https://sykepleien.no/2012/02/forsker-pa-gps-og-demente> Hentet: 20.05.2020.
- Høgskulen på Vestlandet. 2019. *Validitet og reliabilitet i tekst*.  
<https://hvl.instructure.com/courses/5102/pages/validitet-og-reliabilitet-i-tekst>  
Hentet: 15.05.2020.
- Innstrand, Anne Gro. 2009. «Livskvalitet» i *Utviklingshemming og habilitering. Innspill i habiliteringsprosessen*. Redigert av Jarle Eknes og Jon A. Løkke (red). 31-43.  
Oslo: Universitetsforlaget.
- Isaksen, Jørn, Kaia B. Paulsen, Jim Skarli, Randi Stokke og Line Melby. 2017. *Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?* DOI:  
<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-09> Hentet frå Idunn: 12.05.2020.
- Kittelsaa, Anna M. 2011. *Vanlig eller utviklingshemmet? Selvforståelse og andres forståelser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Knarvik, Undine, Karianne F. Lind, Gunn Hilde Rotvold og Marianne V. Trondsen. 2020. «Internasjonal litteraturstudie om velferdsteknologi for barn og unge med funksjonsnedsettelse». *Nasjonalt senter for e-helseforskning*.  
[https://ehealthresearch.no/files/documents/Rapporter/NSE-rapport\\_2020-01\\_Kunnskapsoppsummering-internasjonal-studie-velferdsteknologi.pdf](https://ehealthresearch.no/files/documents/Rapporter/NSE-rapport_2020-01_Kunnskapsoppsummering-internasjonal-studie-velferdsteknologi.pdf) Hentet: 13.05.2020.
- KS.2018. *Nasjonalt velferdsteknologiprogram*.  
<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/nasjonalt-velferdsteknologiprogram/> Hentet: 12.05.2020.
- Lie, Ivar. 1996. *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk organisering*. 2.

utgåve. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

NOU 2011: 11. *Inovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf> Hentet: 15.05.2020.

NOU 2016: 17. *På lik linje*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/no/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf> Hentet: 15.05.2020.

Pasient- og brukarrettighetslova. *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. Juli 1999 nr.*

63. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Lov+om+pasientrettigheter#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Lov+om+pasientrettigheter#KAPITTEL_5) Hentet: 06.05.2020.

Personopplysningslova. *Lov om behandling av personopplysninger av 15. Juni 2018 nr.*

38. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2000-04-14-31> Hentet: 06.05.2020.

Rasmussen, Reidun. 2019. *Teknologien kan gi personer med utviklingshemming mer*

*selvstendighet*. <https://fontene.no/fagartikler/teknologien-kan-gi-personer-med-utviklingshemming-mer-selvstendighet-6.47.659833.a66c796fcc> Hentet:

12.05.2020.

Røkenes, Od Harald og Per-Halvard Hanssen. 2012. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3. utgåve. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

SINTEF, 2012. *Trygge spor – forstudie*.

[https://www.sintef.no/globalassets/upload/velferdsteknologi/brosjyre\\_forstudie-trygge-spor.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/velferdsteknologi/brosjyre_forstudie-trygge-spor.pdf) Hentet: 20.05.2020.

Sosialdepartementet. 2003. «Nedbygging av funksjonshemmende barrierer.

Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne»

St.meld. nr. 40 (2002–2003). Sosialdepartementet. 2003.

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/5a8122df4dee44a38beb1ca42698b490/no/pdfs/stm200220030040000dddpdfs.pdf> Hentet: 15.05.2020.
- Sosial- og helsedepartementet. 2003. *Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*.  
[file:///C:/Users/Marit/AppData/Local/Packages/MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/ICF%20brukerveiledning%20\(PDF\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Marit/AppData/Local/Packages/MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/ICF%20brukerveiledning%20(PDF)%20(1).pdf)  
Hentet: 12.05.2020.
- Statistisk sentralbyrå (SSB). 2019. *Funksjonshemmede, arbeidskraftundersøkelsen*.  
<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/akutu> Hentet: 14.05.2020.
- Statistisk sentralbyrå (SSB). 2020. *Arbeidskraftundersøkelsen*.  
<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/aku> Hentet: 14.05.2020.
- Søk og Skriv. *Fagfelle vurdering. Kvalitative vurderinger*.  
<https://sokogskriv.no/category/kildebruk-og-referanser/kildevurdering/kildens-kvalitet/fagfelle vurdering/#Fagfelle vurdering> Hentet: 02.05.2020.
- Tuntland, Hanne. 2011. *En innføring i ADL. Teori og intervensjon*. 2. utgåve.  
Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Wendelborg, Christian, Anna M. Kittelsaa og Sigrid Elise Wik. 2017. *Overgang skole arbeidsliv for elever med utviklingshemming*.  
<https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/2018/overgang-skole-arbeidsliv-web.pdf> Hentet: 14.05.2020.

