

Sykdomsvilkåret for uførepensjon

Kandidatnr.: 192047

Veileder: Gudrun Holgersen

Antall ord: 14161

Dato: 01.06.2012

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	4
1.1 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING.....	4
1.2 GENERELT OM UFØREPENSJON.....	4
1.3 KORT PRESENTASJON AV VILKÅRENE FOR UFØREPENSJON	5
1.4 RETTSKILDER OG METODE	6
1.5 DEN VIDERE FREMSTILLINGEN	7
2. SYKDOMSVILKÅRETS HISTORIE	8
2.1 LOV OM UFØRETRYGD AV 1960	8
2.2 LOV OM FOLKETRYGD FRA 1966.....	8
2.3 INNSTRAMMING AV SYKDOMSVILKÅRET OG LOV OM FOLKETRYGD FRA 1997	8
3. SYKDOMSVILKÅRET - NOEN UTGANGSPUNKTER	9
4. AVGRENSNINGEN AV SYKDOMSBEGREPET	12
4.1 INNLEDNING.....	12
4.2 KRAVET OM DIAGNOSE.....	13
4.2.1 KORT OM DIAGNOSETEORIEN OG SYMPTOMTEORIEN	13
4.2.2 DIAGNOSETEORI OG SYMPTOMTEORI - FORDELER OG ULEMPER	14
4.2.3 VURDERING AV DE TO TEORIENE	15
4.3 AVGRENSNINGEN MELLOM SOSIALE OG ØKONOMISKE PROBLEMER OG SYKDOM.....	20
4.3.1 INNLEDNING	20
4.3.2 KORT OM «DE UTESTENGTE GRUPPENE» - AVGRENSINGENS UTVIKLING, KONFLIKT OG NYE VURDERINGSPROBLEMER	21
4.3.3 LAGMANNSRETTSPRAKSIS OG TRYGDERETTSPRAKSIS OM SOSIALE PROBLEMER	22
4.3.3.1 TRR-2001-1103	22
4.3.3.2 LB-2004-32885	23
4.3.3.3 TRR-2006-583	24
4.3.3.4 LB-2007-190590	25
4.3.3.5 TRR-2009-1731	25
4.3.4 HVA KOMMER FRAM AV AVGJØRELSENE?	26
4.3.5 MIN VURDERING	27
4.4 KORT OM SYMPTOMENES ART OG GRAD.....	28
5. HAR VI BEHOV FOR ET SYKDOMSVILKÅR I FRAMTIDEN?	28

5.1 INNLEDNING.....	28
5.2 TIDLIGERE VURDERINGER AV BEHOVET FOR ET SYKDOMSVILKÅR.....	29
5.3 DEN DANSKE FØRTIDSPENSIONEN.....	30
5.4 FORDELER OG ULEMPER VED Å BEHOLDE ET SYKDOMSVILKÅR.....	30
5.5 KONKLUSJON.....	32
<u>6. OPPSUMMERING OG AVSLUTNING</u>	33
<u>7. KILDER</u>	35
LITTERATUR.....	35
LOVER.....	35
FORARBEIDER.....	35
DOMMER FRA LAGMANNSRETTEEN.....	35
KJENNELSER FRA TRYGDERETTEEN.....	35
ANNET.....	35

1. Innledning

1.1 Problemstilling og avgrensning

Målet med denne oppgaven er se nærmere på sykdomsbegrepet for uførepensjon og vise hva som ligger i begrepet og hvilke vanskeligheter som kan oppstå ved avgrensningen.

Sykdom er ikke en definert størrelse. I de fleste tilfeller vil det ikke være tvilsomt at det foreligger en sykdom, men det er en rekke tilfeller som ligger i grenseland og det vil her være uklart hva som kreves for at sykdomsvilkåret for uførepensjon skal anses oppfylt. Loven gir ingen definisjon av sykdomsbegrepet, men helt fra lov om uføretrygd fra 1960 ble innført har det vært lagt til grunn et sykdomsbegrep som er basert på hvordan den «medisinske vitenskap til enhver tid utformer sykdomsbegrepet»¹. I dag følger det direkte av Lov om Folketrygd 28. Februar nr. 19 1997² § 12-6 (2) (1) at det anvendes et sykdomsbegrep som er «vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis». Videre følger det uttrykkelig av § 12-6 (2) (2) at sosiale og økonomiske problemer faller utenfor bestemmelsen.

Det har lenge vært strid om det må foreligge en diagnose for at sykdomsvilkåret skal kunne anses oppfylt, eller om det er tilstrekkelig med tilstedeværelsen av sykdomssymptomer av tilstrekkelig art og grad.

Et annet problem som kan oppstå ved avgrensningen av sykdomsbegrepet er forholdet mellom sykdom og sosiale problemer. Vanligvis vil det ikke være vanskelig å skille de to tilstandene fra hverandre, men det kan oppstå grensetilfeller der vurderingen skaper utfordringer. I de tilfeller det foreligger både sykdom og sosiale problemer blir spørsmålet hvilken av de to tilstandene som er hovedårsaken til den nedsatte arbeidsevnen.

Problemene sykdomsvilkåret skaper, gjør at det bør vurderes om sykdomsvilkåret er et egnet vilkår for retten til uførepensjon. Andre land, deriblant Danmark, har valgt å fjerne sykdomsvilkåret til fordel for en ren arbeidsevnevurdering.

For unge uføre gjelder det et tilleggskrav om at det må foreligge en sykdom som er alvorlig og klart dokumentert for å komme innunder særreglene som gjelder for denne gruppen. Dette vil jeg ikke behandle nærmere i oppgaven.

1.2 Generelt om uførepensjon

Folketrygdens uførepensjon er en ytelse som har som formål å sikre inntekt til livsopphold for personer som har fått sin inntektsevne/arbeidsevne varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte, jf. ftrl § 12-1. Uførepensjon er av stor betydning for samfunnet og for den enkelte. I dag er det

¹ Ot.prp nr. 22 (1959) s. 11.

² Heretter ftrl.

ca. 9,5 % av befolkningen som mottar denne ytelsen³. Ytelsen fungerer som et økonomisk sikkerhetsnett for de helt eller delvis arbeidsuføre.

Folketrygdens ytelser er så fundamentalt viktige i vårt samfunn at spørsmål om hvilke vilkår som skal stilles, hvor grensene skal gå og hvordan ordningen best skal administreres alltid er aktuelle for debatt i det politiske rom.

Folketrygdloven er en rettighetslov. Dette betyr at dersom man oppfyller vilkårene for en ytelse så har man krav på å få ytelsen. En god del av vilkårene for folketrygdens ytelser medfører ingen særlige vanskeligheter ved vurderingen. Det er for eksempel sjeldent det oppstår problemer ved vurderingen av om noen har nådd en aldersgrense eller om vedkommende har vært medlem av Folketrygden i et gitt antall år.

En del av vilkårene krever skjønnsmessige vurderinger. Trygdemyndighetene har en relativt stor skjønnsfrihet til å foreta disse vurderingene. Et eksempel på vilkår der domstolen har et såkalt «fritt» skjønn er «hensiktsmessig»-vurderingen som oppstilles i ftrl. § 12-5. Men også dette «frie» skjønn er begrenset av både saksbehandlingsregler i ftrl. kapittel 21 og av forvaltningens ulovfestede lære om myndighetsmisbruk.

Disse to gruppene av vilkår kan sies å utgjøre to ytterpunkter. Mellom disse to ytterpunktene har vi en gruppe av vilkår som åpner for en god del vurderingsproblemer. Denne gruppen omfatter de delene av regelverket og vilkårene som ikke er så enkle å vurdere. Dette er begreper som ikke gjør det mulig med en klar og enkel anvendelse. Vilråene «sykdom», «varig» og «nedsatt inntektsevne» faller innunder denne gruppen. Dette er såkalt rettsanvendelsesskjønn og er underlagt full domstolsprøving.

Hensynet til likhet og rettsikkerhet er viktige i saker om folketrygdytelser fordi ytelsene er av så grunnleggende betydning for mange mennesker. Det er derfor nødvendig med gjennomgående regelverk og retningslinjer for saksbehandlingen av saker. Samtidig er det viktig å ta i betraktning at ingen sykdomstilfeller er like. Det må derfor være rom for anvendelse av skjønnsmessige vurderinger der de med erfaring og kunnskap om emnet har mulighet til å foreta profesjonelle vurderinger. Samtidig er det sentralt at vi har mulighet til å fremme rettssikkerheten ved å kunne overprøve avgjørelser og vurderinger gjort av disse.

1.3 Kort presentasjon av vilkårene for uførepensjon

Vilkårene for uførepensjon er regulert i Lov om Folketrygd av 28. Februar nr. 19 1997 kapittel 12 i §§ 12-2 til 12-7. Vilråene er selvstendige, men samtidig utfyller de hverandre og må derfor sees i sammenheng. Vilråene er kumulative.

For det første følger av Ftrl. § 12-2 at vedkommende må ha vært medlem av folketrygden de siste tre årene før uføretidspunktet. Videre kreves det at man fortsatt er medlem i folketrygden for å ha krav på uførepensjon, jf. § 12-3. Et tredje vilkår som oppstilles for retten til uførepensjon er at man må være mellom 18 og 67 år, jf. § 12-4.

³ www.nav.no

Et fjerde vilkår er at det må gjennomgås «hensiktsmessig behandling» for å forbedre arbeidsevnen. Dette vilkåret er knyttet til medisinske behandlingen av sykdommen, jf § 12-5. Bestemmelsen stiller også opp krav om at man må forsøke å gjennomføre «individuelle og hensiktsmessige arbeidsrettede tiltak» for å bedre inntektsevnen, med mindre «åpenbare grunner» tilsier at det ikke er hensiktsmessig. Målet er å trene opp den enkelte til å kunne utføre arbeid på tross av sykdommen. Kravet til arbeidsrettede tiltak ble innstrammet ved lovendring i 2005. Innstramningen gikk ut på at det fra da av stilles krav om at man kun kan slippe forsøk på arbeidsrettede tiltak der det foreligger «åpenbare grunner».

Videre stiller § 12-6 opp vilkår om at det må foreligge en varig sykdom, skade eller lyte som har medført en varig funksjonsnedsettelse som utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen/arbeidsevnen.

Et siste vilkår er at evnen til å utføre inntektsgivende arbeid er varig nedsatt med minst 50 %, jf. § 12-7.

1.4 Rettskilder og metode

Denne oppgaven er rettsdogmatisk og søker å klarlegge hvor grensene for sykdomsvilkåret går. Dette gjøres ved at jeg tar utgangspunkt i sykdomsvilkåret i folketrygdlovens § 12-6 og anvender flere rettskildefaktorer for å belyse avgrensningene. Jeg vil anvende alminnelige rettskildefaktorer som lov, forarbeider, teori og lagmannsrettspraksis. Jeg vil også bruke trygderettspraksis og rundskriv. Særlig analyser av lagmannsrettspraksis og trygderettspraksis vil bli anvendt og vektlagt for å finne fram til gjeldende rett.

Det er lite høyesterettspraksis på trygderettsområdet, og det er ingen dommer som dekker de spørsmål jeg tar opp. Det er derfor naturlig å se hen til lagmannsrettdommer. Jeg har gått gjennom et stort antall dommer og mener at jeg har funnet fram til de som har størst relevans for oppgaven.

Trygderetten er et organ som behandler anker på vedtak om trygde- og pensjonsavgjørelser. Den er et forvaltningsorgan der det stort sett alltid anvendes skriftlig saksbehandling og det brukes vanligvis ikke advokater. Samtidig har Trygderetten mange likhetstrekk med en vanlig domstol, blant annet er den ikke underlagt Regjeringens og departementenes instruksjonsmyndighet og kontradiksjonsprinsippet blir tillagt stor vekt. Videre går en overprøving av Trygderettens kjennelse direkte til lagmannsretten⁴. Formålet med Trygderetten er å sikre en kompetent og uavhengig overprøving av vedtak på dette området. I teorien har det vært uenighet om hvor stor rettskildemessig vekt trygderettspraksis skal ha. Holgersen mener den prinsipielt sett ikke har høyere rang enn annen forvaltningspraksis, men at betydning Trygderettens praksis ligger noe i overkant i forhold til mer vanlig forvaltningspraksis. Kjønstad mener derimot at den må tillegges «ganske stor vekt» og stiller seg dermed mer positiv til Trygderettens rettskildemessige vekt⁵. Uansett er det enighet om at trygderettspraksis i sin utøvelse skal ha større vekt enn ordinær forvaltningspraksis.

⁴ Asbjørn Kjønstad, *Innføring i trygderett*, Oslo 2009 s. 51.

⁵ Kjønstad 2009 s. 52.

Jeg har gått igjennom en god del trygderettspraksis for å finne relevante avgjørelser. Antallet avgjørelser er så stort at det er vanskelig å få full oversikt. Jeg mener likevel at jeg har funnet fram til noen viktige og relevante avgjørelser.

Målet med oppgaven er å finne fram til hvordan sykdomsvilkåret må tolkes og avgrenses i dag, og jeg velger derfor å legge vekt på hovedsakelig å finne lagmannsrettspraksis og trygderettspraksis fra de ti siste årene.

Rundskriv er retningslinjer og fortolkning av bestemmelser fra NAV som er rettet mot de som arbeider i etatene. De har isolert sett ingen rettskildemessig betydning, men reglene som framkommer av rundskrivene er ofte en kodifisering av forvaltningspraksis. I disse tilfellene vil de administrative uttalelsene tillegges like stor rettskildemessig vekt som administrativ praksis. På denne måten vil rundskrivene indirekte ha rettskildemessig vekt⁶.

Jeg har hatt vanskeligheter med å finne relevante avgjørelser til den delen av oppgaven som går på avgrensningen mellom sykdomsvilkåret og sosiale problemer. Etter å ha gått gjennom et betydelig antall avgjørelser fra Trygderetten og lagmannsretten har jeg identifisert lite som kan belyse denne problemstillingen. Jeg har derfor også valgt å legge vekt på det andre problemet som oppstår i dette tilfellet; vurderingen av hva som er å anse som hovedårsak av sykdom og sosiale problemer. Disse problemstillingene henger så nært sammen at det er naturlig å inkludere det.

1.5 Den videre fremstillingen

Del 2 vil omhandle sykdomsvilkårets historie. En kortfattet fremstilling av sykdomsvilkårets historie er egnet til å vise hvordan utviklingen av vilkåret har foregått og vil kunne gi en bedre forståelse av sykdomsvilkåret slik det er i dag.

I del 3 vil jeg kort gå gjennom lovteksten til § 12-6 og vise sammenhengen mellom sykdomsvilkåret og de andre vilkårene i bestemmelsen. Dette for å sette sykdomsvilkåret inn i en større sammenheng og vise at vilkårene ikke kan ses isolert, men må ses i lys av hverandre.

I del 4 kommer hoveddelen av oppgaven der avgrensingsproblemer sykdomsvilkåret stiller opp i forhold til sosiale problemer og kravet om diagnose vurderes og drøftes.

I del 5 vil det foreta en rettspolitisk vurdering av om vi i dag har behov for å stille et sykdomsvilkår for retten til uførepensjon.

I del 6 vil jeg komme med en oppsummering.

⁶ Kjøenstad 2009 s. 55.

2. Sykdomsvilkårets historie

2.1 Lov om uføretrygd av 1960

I 1960 fikk vi den første generelle statlige uføretrygdordningen. Denne loven omfattet alle i yrkesaktiv alder og medførte en stor utvidelse av trygdens ansvar for uføre⁷.

Sykdomsvilkåret for uføretrygd fulgte av lovens § 2. Av lovforarbeidene fulgte det at sykdomsbegrepet skulle bero på hvordan den medisinske vitenskap til enhver tid utformet begrepet. Videre fulgte det av ordlyden i lovteksten at det måtte foreligge alvorlige og varige, objektivt registrerbare symptomer på sykdom.

Forarbeidene avgrenset også mot bestemte tilfeller i det til dels uklare skillet mellom sosiale problemer og psykiske lidelser, som rusavhengighet og atferdsforstyrrelser⁸.

Sykdomsvilkåret ble praktisert meget strengt på denne tiden. Mange fikk avslag på grunn av at det medisinske vilkåret ikke var oppfylt. Etterhvert ble det gitt mye kritikk mot kravene til sykdommens ytringsform, kravet til den medisinske uførhetens alvorlighetsgrad og utestengningen av enkeltdiagnoser av psykisk karakter.

2.2 Lov om folketrygd fra 1966

Lov om uførepensjon ble avløst av Lov om folketrygd av 1966. Det skjedde på dette tidspunkt en liberalisering av sykdomsvilkåret da det ikke lenger ble stilt krav til at symptomene måtte være alvorlige og objektivt registrerbare. Lettere psykiske problemer ble omfattet av den nye loven, men tilstander som for eksempel alkoholisme ble fortsatt ikke ansett som en sykdom⁹.

Utviklingen fortsatte utover 1970- og 1980-tallet. Det var i stor grad Trygderettens praksis som medførte ytterligere liberalisering. Utvidelsen av det medisinske vilkåret ble også påvirket av den medisinske vitenskaps utvidelse av begrepet. Etterhvert ble både alkoholisme og narkomani ansett som sykdommer i folketrygdrettslig sammenheng¹⁰.

2.3 Innstramning av sykdomsvilkåret og lov om folketrygd fra 1997

I 1991 ble det foretatt en lovendring med tilhørende forskrift som førte til innstramning av kravet

⁷ NAVs rundskriv til kapittel 12, Generell del, avsnitt 2.3.

⁸ Ot.prp nr. 22 (1959) s. 11-12.

⁹ NOU 2007: 4 avsnitt 5.6.

¹⁰ NAVs rundskriv til kapittel 12, Generell del, avsnitt 2.6.5.

om årsakssammenheng mellom den medisinske lidelsen og nedsatt arbeidsevne/inntektsevne¹¹. Den medisinske tilstanden måtte nå medføre en varig funksjonsnedsettelse, og denne funksjonsnedsettelsen måtte fremstå som en vesentlig grunn til den varige reduksjon av ervervsevnen¹².

I de sykdomstilfeller det ikke forelå noen diagnostiske funn, ble det medisinske vilkåret for uførepensjon bare oppfylt der det var bred medisinsk-faglig enighet i vurderingen av det enkelte tilfellet¹³.

I tillegg til innstramningen ble også arbeidslinja introdusert som mål. Målet var å få flere i arbeid.

I St.meld.nr. 39 (1991-1992) s. 8 ble det uttalt:

[s]amtidig som det er grunnleggende at man opprettholder et solid økonomisk sikkerhetsnett, er det nødvendig å utvikle et trygdesystem som forbeholdes personer med klare helse- og funksjonsproblemer eller som midlertidig ikke har arbeid. Det er i denne sammenheng ikke minst viktig å motvirke tendensen til at sosiale eller mer generelle livsproblemer gjøres til helseproblemer - «medikaliseres». Trygdeordningene må utformes slik at arbeidslinja blir et førstevalg for alle de involverte parter.

I 1995 ble det foretatt nok en lovendring. Hovedformålet med endringen var ikke å endre gjeldende rett, men å gi et mer oversiktlig regelverk der en del tvilsspørsmål ble avklart. Likevel var det noen endringer som ble foretatt. For det første ble kravet til bred medisinsk-faglig enighet nå sløyfet og forskriften fra 1991 ble opphevet. Videre ble det i loven presisert at sosiale og økonomiske problemer ikke ga rett på uførepensjon. For det tredje ble det nå satt krav om at sykdommen måtte være hovedårsaken til reduksjonen av arbeidsevnen.

Utviklingen av regelkomplekset førte til at folketrygdloven utover 90-tallet var blitt meget vanskelig å orientere seg i¹⁴. Av denne grunn ble folketrygdloven av 1967 avløst av folketrygdloven av 1997. Den nye loven tok sikte på å forenkle og klargjøre reglene og medførte ikke mange endringer¹⁵.

3. Sykdomsvilkåret - noen utgangspunkter

3.1 Lovens utgangspunkt

Folketrygdlovens § 12-6 om uførepensjon lyder i dag:

¹¹ NOU 2007: 4 avsnitt 5.7.

¹² NAVs rundskriv til kapittel 12, Generell del, avsnitt 2.6.5.

¹³ NAVs rundskriv til kapittel 12, Generell del, avsnitt 2.6.5.

¹⁴ Innledning til Ot.prp nr. 29 (1995-1996).

¹⁵ NAVs rundskriv til kapittel. 12, Generell del, avsnitt 2.5.

(1. ledd:) *Det er et vilkår for rett til ytelser etter dette kapitlet at vedkommende har varig sykdom, skade eller lyte.*

(2. ledd:) *Når det skal avgjøres om det foreligger sykdom, legges det til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Sosiale eller økonomiske problemer gir ikke rett til ytelser etter dette kapitlet.*

(3. ledd:) *Den medisinske lidelsen må ha medført en varig funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at den utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen/arbeidsevnen.*

Det finnes ingen klar og allmenngyldig definisjon av sykdomsbegrepet. Men det følger av lovteksten at sykdomsvilkåret skal bygge på et «sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i praksis».

Sykdomsvilkåret er dermed dynamisk og vil i stor grad utvikle seg i samsvar med hva som anses som sykdom i den medisinske vitenskap. Trygderetten har i sin avgrensning av begrepet vist til en vurdering av «symptomenes art og grad»¹⁶.

En skade er en personskade som påføres utenfra, for eksempel ved en arbeidsulykke. En lyte er typisk en medfødt tilstand, som f.eks. psykisk utviklingshemning¹⁷. Begrepet sykdom er det mest omfattende og omfatter både psykiske og fysiske tilstander, både medfødte og påførte. Sykdomsbegrepet kan anvendes som en samlebetegnelse på de ovenfor nevnte tilstandene¹⁸. I resten av oppgaven vil jeg derfor kun bruke sykdomsbegrepet.

3.2 Sammenhengen med de andre vilkårene i Ftrl. § 12-6.

I ftrl. § 12-6 er sykdomsvilkåret bare ett av flere vilkår. Dette betyr at den nærmere avgrensningen av sykdomsvilkåret bare vil komme på spissen i de tilfeller de øvrige vilkårene for uførepensjon er oppfylt. Jeg skal derfor foreta en liten gjennomgang av de andre vilkårene og vise hvilken sammenheng de har med sykdomsvilkåret.

3.2.1 Kravet til varighet

Det stilles opp krav til varighet i tre sammenhenger; det må være snakk om en *varig* sykdom som har medført en *varig* funksjonsnedsettelse som er hovedårsaken til en *varig* nedsettelse av inntektsevne/arbeidsevne¹⁹.

Av rundskriv til § 12-6 følger det at man med «varig» ikke mener «livsvarig, men langvarig». I praksis kan det være vanskelig å ha en sikker oppfatning om fremtidig utvikling og mulig bedring, og vurderingen vil derfor i mange tilfeller være skjønnspreget. Varighetskravet har

¹⁶ Prop. 130 L (2010-2011) avsnitt 6.3.2.

¹⁷ NAVs rundskriv til § 12-6.

¹⁸ NAVs rundskriv til § 12-6.

¹⁹ Gudrun Holgersen og Nils Nygaard. *Trygderettslige emner*, Bergen 1998 s. 95.

likevel blitt anslått til å være ca. 7 år²⁰. Det kan stilles spørsmålstegn ved hvor mye en slik tidsangivelse egentlig gir av veiledning. Ofte vil man ikke ha noen sikker oppfatning av framtidsutsiktene.

Før noe kan anses som «varig» må det ha blitt forsøkt «hensiktsmessig behandling» for å forbedre arbeidsevnen, jf. § 12-5. Den samme bestemmelsen stiller også opp krav om at det må foretas arbeidsrettede tiltak for å forsøke å bedre inntektsevnen, med mindre «åpenbare grunner» tilsier at det ikke er hensiktsmessig. Målet med arbeidsrettede tiltak er å trene opp den enkelte til å kunne utføre arbeid på tross av sykdommen.

Momenter som er med i vurderingen av om et tiltak er hensiktsmessig er blant annet alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn og arbeidsmuligheter. Det legges også vekt på om vedkommende kan få jobb dersom vedkommende flytter eller pendler. Det må dokumenteres at funksjonsevnen til vedkommende har vært vurdert av lege eller annet fagpersonell.

3.2.2 Kravet om funksjonsnedsettelse

Uttrykket funksjonsevne står som et mellomledd mellom sykdomsvilkåret og vilkåret til nedsatt inntektsevne/arbeidsevne. «Funksjonsevne» knytter dermed det medisinske og det ervervsmessige vilkåret sammen²¹.

Av rundskriv følger det at en «persons funksjonsevne sier noe om hvordan man greier å utføre ulike typer oppgaver, altså hvordan man fungerer»²².

Det er tvilsomt om kravet i dag har noen selvstendig betydning ved siden av sykdomsvilkåret og vilkåret til nedsatt inntekts/arbeidsevne. Når det foreligger en sykdom, og den rent faktisk er årsak til at arbeids/inntektsevnen er blitt nedsatt, vil neppe et slikt mellomledd stille opp noen ytterligere krav²³.

3.2.3 Kravet til årsakssammenheng

Funksjonsnedsettelsen må være hovedårsaken til nedsettelsen av inntekts/arbeidsevnen.

Kravet om hovedårsak ble innført i loven i 1995 og endringen innebar en innstramming av årsaksvilkåret. Departementet forklarte det nye kravet ved å sitere fra Kjørstads «Folketrygdens uførepensjon» s. 42. Læren går ut på at man «skiller mellom de mer og mindre vesentlige årsaksfaktorene. Man prøver å finne ut hva som er den mest dominerende årsaksfaktoren»²⁴. Kommer man til at sykdom er hovedårsak til ervervsuførheten, er kravet til årsakssammenheng oppfylt. Er det andre forhold som er dominerende, som f.eks. sosiale eller økonomiske

²⁰ Ot.prp. nr. 102 (2001-2002) avsnitt 6.2.4.

²¹ Ot.prp. nr. 102 (2001-2002) avsnitt 6.2.4.

²² NAVs rundskriv til § 12-6.

²³ Gudrun Holgersen og Nils Nygaard s. 96.

²⁴ Ot.prp. nr. 42 (1994-1995) s. 7.

problemer, er årsakskravet ikke oppfylt. Hovedårsakslæren stiller altså opp et krav til en viss størrelse på den medisinske uførhet. Er den liten kan den som regel ikke være hovedårsak til en ervervsmessig uførhet på minst 50 %²⁵.

3.2.4 Kravet til redusert inntektsevne/arbeidsevne

Begrepet «inntektsevne» viser til personens evne til å utføre inntektsgivende arbeid, jf. § 12-7. Det settes som vilkår at evnen til å utføre inntektsgivende arbeid er varig nedsatt med minst 50 %, jf. § 12-7. Beregningen gjøres ved at man sammenligner muligheten for inntekt i ethvert arbeid vedkommende kan utføre med de inntektsmuligheter han/hun hadde før sykdommen oppstod. Momenter ved vurderingen er alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn, arbeidsmuligheter på hjemsted og arbeidsmuligheter andre steder hvor det er rimelig at vedkommende tar arbeid.

Begrepet «arbeidsevne» viser til vedkommendes evne til å utføre hjemmearbeid, jf. § 12-8.

Det er den nedsatte arbeids-/inntektsevne som gir rett til uførepensjon. Sykdomskravet fungerer som et inngangsvilkår og er en administrativ kategori for å skille mellom de som har krav på en ytelse og de som ikke har det²⁶.

4. Avgrensningen av sykdomsbegrepet

4.1 Innledning

Som det følger av innledningen under kapittel 1 er sykdom et begrep hvis innhold det er vanskelig å ha komplett oversikt over. Sykdom er ikke en definert størrelse, og det er uklart hva som kreves for at sykdomsvilkåret for uførepensjon skal være oppfylt. Sykdomsbegrepet er ikke definert i loven, men som nevnt i punkt 1.1 har det alltid vært lagt til grunn at det gjelder et medisinsk sykdomsbegrep. Dagens ftrl. § 12-6 viser uttrykkelig at det skal legges til grunn et sykdomsbegrep som er «vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis».

Et problem som oppstår her er hva som ligger i uttrykket «alminnelig anerkjent i medisinsk praksis». Hva som anses som sykdom hos en medisinsk sakkyndig vil ikke nødvendigvis samsvare med hva en annen medisinsk sakkyndig mener sykdomsbegrepet omfatter. Et eksempel på dette er alkoholisme. Alkoholisme er i dag anerkjent som en sykdom, men det er likevel mange medisinsk sakkyndige som mener at dette faller utenfor sykdomsbegrepet. Det kreves ikke objektive funn for at noe skal være «alminnelig anerkjent». Vurderingen av hva som er «alminnelig anerkjent» vil derfor være særlig aktuelt ved sykdomstilfeller der det ikke alltid finnes objektive funn, såkalte symptomdiagnoser²⁷.

²⁵ Ot.prp. nr. 42 (1994-1995) s. 7.

²⁶ NOU 2007: 4 avsnitt 11.4.2.

²⁷ TRR-1994-21.

Sykdomsbegrepet åpner også for spørsmål om det må ligge til grunn en diagnose for at vilkåret skal anses for oppfylt. Det har lenge vært usikkerhet rundt vilkåret i forhold til om det kreves diagnose, eller om det er tilstrekkelig med tilstedeværelse av sykdomssymptomer av en viss art og grad. Problematiske tilfeller kan for eksempel være der vedkommende har et sykdomsbilde som ligger tett opp til en diagnose, men som likevel ikke faller inn under diagnosen.

Det følger av ordlyden i § 12-6 at sosiale og økonomiske problemer faller utenfor sykdomsbegrepet. Særlig ettersom det medisinske sykdomsbegrep utvikler seg og stadig omfatter nye tilstander som tidligere falt utenfor. Her kan det oppstå vanskelige avgrensningsspørsmål. Tidligere ble f.eks. alkoholisme og narkomani ansett som sosiale problemer, mens det i dag anses som sykdom. Dette viser at det dynamiske sykdomsbegrepet medfører at man må foreta en konkret vurdering av grensetilstander for å se om det er snakk om sykdom eller sosialt problem.

Et annet problem som ofte oppstår og medfører vanskeligheter i avgrensningen mot sosiale problemer er hovedårsakskravet. I mange tilfeller vil noen sykdommer enten utvikle seg som følge av sosiale problemer eller omvendt. Det vil da foreligge både sykdom og sosiale problemer i samme sak. Vurderingen av om sykdommen eller de sosiale problemene er hovedårsaken til den nedsatte arbeidsevnen vil medføre vanskelige og til dels skjønnsmessige vurderinger. De fleste saker i praksis som gjelder avgrensning mot sosiale problemer gjelder spørsmålet om hva som er å anse som hovedårsak.

I del 4.2 vil jeg gå inn på problemstillingen om det kreves diagnose eller om det er tilstrekkelig med sykdomssymptomer. Jeg vil først gå igjennom de to hovedteoriene og vurdere fordeler og ulemper med disse. Deretter vil jeg gå igjennom en del rettspraksis for å se om det i dag stilles krav til en diagnose for å oppfylle sykdomskravet. Deretter vil jeg i oppgavens del 4.3 gå over til sykdomsvilkårets problematiske avgrensning mot sosiale og økonomiske problemer. Først vil jeg vise hvordan utviklingen av grensene mellom sykdom og sosiale problemer har skapt vanskeligheter. Dernest vil jeg gå igjennom lagmannsrettspraksis og trygderettspraksis for vise hvilke problemer som oppstår i dag.

4.2 Kravet om diagnose

Det har lenge vært en diskusjon i juridisk teori om det kreves diagnose for at det skal foreligge en sykdom som oppfyller sykdomskravet i § 12-6, eller om det er tilstrekkelig med symptomer av en tilstrekkelig art og grad som tilsier at det foreligger et sykdomstilfelle. De to hovedteoriene i denne diskusjonen er diagnoseteorien og symptomteorien. I det påfølgende vil jeg først gå igjennom hva disse to teoriene går ut på, deretter vil jeg gå gjennom senere praksis for å se om det stilles opp et krav om diagnose i gjeldende rett.

4.2.1 Kort om diagnoseteorien og symptomteorien

Diagnoseteorien stiller krav til at det foreligger en diagnose og omtales ofte som «summen» av de aksepterte medisinske diagnosene²⁸. Diagnoser er det legevitenskapen anvender når den skal definere et tilfelle som sykdom. De internasjonale klassifikasjonssystemene får da en viktig rolle.

²⁸ Kjøenstad 2009 s. 120.

Dette er diagnosekodesystem som krever at det settes diagnosekoder på blant annet legeerklæringer. Det mest vanlige systemet er ICPC. Dette er et internasjonalt kodesystem som anvendes i primærhelsetjenesten. Det finnes ulike koder for sykdomsdiagnoser, symptomer, plager og sosiale problemer. Det er ikke alle koder som gir rett til ytelser, som for eksempel kodene for sosiale problemer.

Symptomteorien går ut på at man bygger på symptomene som det avgjørende punkt ved spørsmålet om det foreligger sykdom²⁹. Det er pasientens symptomer som er det avgjørende, det er ikke nødvendig at det foreligger en diagnose. Videre vil dette innebære at det ikke bare er de objektive målbare verdiene som skal vektlegges. Pasientens egen oppfatning av egen helsetilstand skal også med i betraktningen. Symptomene må være av en viss størrelse og av en sykdomsmessig art³⁰.

4.2.2 Diagnoseteori og symptomteori - fordeler og ulemper

Diagnoseteorien stiller som nevnt opp et krav om at det må foreligge medisinsk diagnose. En fordel med dette er at det vil være enklere å avgrense hva som faller innenfor sykdomsbegrepet i § 12-6. Diffuse plager og symptomer som ikke har støtte i objektive funn eller tilfeller som ikke anses som «alminnelig anerkjent» vil dermed falle utenfor.

Symptomteorien åpner her for at også diffuse plager som ikke er alminnelig anerkjent skal kunne falle innunder sykdomsbegrepet dersom de oppfyller teoriens krav til symptomenes art og grad. Dette vil åpenbart åpne for et større rom av vurderinger der grensene for hva som faller innenfor begrepet vil være langt mer uklare enn der diagnoseteorien legges til grunn.

Samtidig er det slik at legevitskapen stadig utvikler seg. Det er mange tilstander og plager som ikke er blitt tilstrekkelig utredet til at man har kunnet gi en diagnose på sykdomsbildet. Dette vil kunne medføre at sykdomsvilkåret vil bli avslått fordi legevitskapen ikke har kommet langt nok enda. Det er likevel viktig å påpeke at det er klart at symptomdiagnoser i dag aksepteres under diagnoseteorien. Samtidig er det slik at det ofte vil ta lengre tid før legevitskapen anerkjenner denne typen diagnoser. En symptomteori vil i større grad åpne for at denne typen tilfeller faller innenfor lovens sykdomsbegrep på et tidligere tidspunkt. Et godt eksempel på en slik symptomdiagnose er fibromyalgi. Tidligere ble fibromyalgi ikke ansett som en sykdom, men etterhvert som legevitskapens forskning utviklet seg ble dette etterhvert ansett som en sykdom.

Diagnoseteorien vil i stor grad gjøre det vanskelig for en person å simulere seg fram til en uførepensjon på grunn av sine krav. Symptomteorien vil ofte kunne medføre store vanskeligheter når det gjelder beviskrav. I og med at symptomteorien åpner for tilstander som ikke er alminnelig anerkjent vil det kunne hevdes at den i større grad åpner for risiko for simulering.

Samtidig er det slik at prosessen fram til man får rett på uførepensjon er langvarig med medisinske utredninger og vanligvis tilrettelagte forsøk på å få vedkommende tilbake i arbeidslivet. En slik langvarig oppfølging vil vanskeliggjøre simuleringsforsøk i stor grad også ved symptomteorien.

Selv om det kan være slik at symptomteorien åpner for simulering i større grad, mener jeg dette er

²⁹ Gudrun Holgersen, *Sykdom som trygderettslig vilkår*, Jussens Venner, 1992 s. 239.

³⁰ Kjøenstad 2009 s. 120.

en nødvendig risiko å ta dersom dette medfører at de med diffuse plager av tilstrekkelig art og grad får de ytelser de har behov for. Det vil i trygdesystemet alltid være fare for misbruk. Men det å stille krav som gjør at mange med behov for en ytelse faller utenfor for å hindre et fåtall trygdemisbrukere strider mot rettsfølelsen. Da bør man heller legge større vekt på oppfølging av denne gruppen «diffuse plager» for å eventuelt avsløre forsøk på misbruk.

Noe som kan tale mot en symptomteori er at det vil kunne føre til en økt medikalisering. Dersom subjektive symptomer vil være tilstrekkelige vil det kunne føre til at folk kan «kjenne på og lete etter» symptomer og føle seg syke for å få trygderettigheter³¹. Det er heller ikke tvilsomt at en sykerolle ofte vil fremme pasifisering av den syke.

Diagnoseteorien kan kritiseres for å legge for stor vekt på diagnoser. For det første er det ikke slik at en diagnose er en ren objektiv vurdering av vedkommendes sykdomsbilde. Å sette en diagnose beror på en skjønnsmessig vurdering der legen vurderer pasientens subjektive og objektive sykdomstegn gjennom prøver og observasjon³². Det kan hevdes at det ved den skjønnsmessige vurderingen av disse faktorer kan legens egne verdioppfatninger komme inn. Særlig når det kommer til symptomer som ligger på det psykiske og sosiale plan vil legens egne verdioppfatninger kunne påvirke diagnostiseringen av ulike tilfeller³³.

Dette åpner for at det må foretas en skjønnsmessig vurdering av resultatene man kommer fram til. Denne vurderingen vil kunne bli påvirket av legens verdigrunnlag og egne oppfatninger³⁴. En diagnose vil derfor ofte ikke være så objektiv som man tror den er. Det er likevel slik at en diagnosesetting ikke åpner for like vide vurderinger som ved symptomteoriens vurdering av symptomenes art og grad. En diagnosesetting har, som det følger av utdraget fra NOU 1977: 14 s. 103, relativt strenge retningslinjer å følge i vurderingen. I denne forstand vil man nok kunne hevde at diagnoseteorien i så måte vil medføre en mer objektiv vurdering av sykdomsbildet enn symptomteorien vil kunne tilby.

Diagnoseteorien vil altså være egnet til å gi en noe mer objektiv og ikke minst enklere vurdering av tilstanden. Samtidig vil den føre til en minimal sjanse for misbruk av retten uførepensjon. Dens negative sider er at den kan stenge ute grupper som har plager og av den grunn har et sterkt behov for ytelsene. Grunnen vil da ofte kunne være at den medisinske vitenskap ikke har kommet langt nok til å lage en diagnose av tilfellene.

Symptomteorien er fleksibel og vil fange opp tilfeller der det mangler diagnose, men der det foreligger symptomer som etter sin art og grad framstår som ihvertfall en sykdomslignende tilstand. Dens negative sider er at den i større grad enn diagnoseteorien vil kunne åpne for misbruk gjennom simulering av sykdomstilstander. Videre vil det kunne oppstå problemer med tanke på beviskravet.

4.2.3 Vurdering av de to teoriene

³¹ Kjøenstad 2009 s. 121.

³² NOU 1977: 14 s. 103.

³³ NOU 1977: 14 s. 103.

³⁴ Holgersen s. 237.

De to teoriene virker ved første øyekast meget ulike. Men i mange tilfeller vil de ikke skape noen problemer. Det synes å være en enighet om at sykdomsvilkåret er oppfylt dersom man kan stille en diagnose, selv om diagnosen kun bygger på subjektive symptomer. Eksempler på dette er fibromyalgi og ME som begge nå anses som sykdommer selv om det ikke er mulig å bekrefte at sykdommen foreligger gjennom objektive funn³⁵.

Det som har blitt ansett som mer problematisk er de tilfeller der det etter en grundig utredning av vedkommendes sykdomsbilde ikke kan slås fast noen konkret diagnose. Situasjonen kan for eksempel være at det er den medisinske vitenskap som ikke har kommet langt nok i utviklingen til å kunne sette en diagnose på tilfellet. Det vil kunne oppfattes som støtende å nekte noen med sterke plager uførepensjon på grunnlag av at det ikke er en diagnose som dekker tilfellene. Problemet blir at beviskravet her blir særlig vanskelig å tilfredsstille.

4.2.4 Analyse av rettspraksis

I det følgende skal det foretas en analyse av noen nyere dommer fra lagmannsretten for å se om det i dag stilles et krav om diagnose for at sykdomsvilkåret for uførepensjon skal kunne være oppfylt.

4.2.4.1 LB-2002-3880

Lagmannsretten:

Saken gjaldt en 48 år gammel kvinne som fikk sitt avslag på uførepensjon kjent ugyldig. Lagmannsretten uttaler at det er «i strid med en naturlig språklig forståelse av begrepet «sykdom» å anse As tilstand for ikke å være en sykdom i lovens forstand. Smertene er reelle og påvirker hennes tilværelse døgnet rundt». Dette ble støttet opp av en vitneforklaring fra en pensjonert lege. Videre viser lagmannsretten til at de ikke kan «se at det forhold at årsaksforholdene rundt As ryggglidelse ikke er klarlagt, skulle medføre at hennes tilstand ikke anses som en sykdom. Etter lagmannsrettens mening må det legges vesentlig vekt på symptomenes art og grad når sykdomsvilkåret skal vurderes, slik Trygderetten også har gjort i flere tilfeller». Symptomene hadde oppstått etter en objektivt konstaterbar skiveprolaps og framstod som massive. Kvinnen hadde fått en diagnose angitt som «lumbago med ischialgi» av Spesialsykehuset for rehabilitering i Stavern.

Min tolkning:

I denne dommen foreligger det en ryggglidelse uten klarlagt årsak. Det foreligger ikke medisinsk enighet om diagnosen, men av behandlende lege fikk hun diagnosen «ryggsmerter med utstrålingssymptom», noe som er en anerkjent diagnose innenfor Rikstrygdeverkets eget diagnosesystem. Retten bygger likevel ikke på dette i sin avgjørelse, men velger å vektlegge en helhetsvurdering av symptomenes art og grad i vesentlig grad. Jeg tolker dette som at retten ikke anser diagnosen som det avgjørende element, men at de mener at det er symptomenes art og grad som er av avgjørende betydning for vurderingen av om sykdomsvilkåret er oppfylt. Retten tar utgangspunktet i en naturlig språklig forståelse av sykdomsbegrepet og mener at dette medfører at det vil være i strid med begrepet å ikke la dette falle innunder. Dommen peker i retning av at det ikke behøver å foreligge en klar diagnose.

³⁵ Gudrun Holgersen og Nils Nygaard s. 116

4.2.4.2 LG-2007-165072

Lagmannsretten:

Saksøker var en dame i slutten av 40-årene som fikk medhold i at Trygderettens kjennelse måtte settes til side da den var ugyldig. Lagmannsretten uttaler at «objektive funn er ikke noe krav for å konstatere sykdom verken i medisinsk eller trygderettslig forstand. Når det som i A sitt tilfelle ikke foreligger objektive funn, må det ifølge rettspraksis istedenfor legges vesentlig vekt på symptomenes art og grad når sykdomsvilkåret skal vurderes.

En spesialist har omtalt tilstanden som et «kronisk regionalt muskelsmertesyndrom», noe lagmannsretten omtaler som en «diagnose». Den rettsoppnevnte sakkyndige har vurdert As sykdomssituasjon slik at hun har et tilstandsbilde som ligger nær opp til det som vanligvis betegnes som fibromyalgi eller kronisk muskelsmertetilstand...». Videre viser lagmannsretten til at «det i flere rettsavgjørelser er lagt til grunn at diagnosen fibromyalgi faller innenfor folketrygdens sykdomsbegrep og lagmannsretten kan ikke se noen grunn til å vurdere situasjonen annerledes for A sin del, når det ses hen til hennes omfattende og lignende symptomer».

Min tolkning:

Det følger av dommen at man i de tilfeller det ikke foreligger objektive funn heller må legge vesentlig vekt på symptomenes art og grad ved vurderingen av om sykdomsvilkåret er oppfylt. I denne saken foreligger det ingen sikker diagnose, men Lagmannsretten omtaler spesialistens forklaring av tilstanden som et «kronisk regionalt muskelsmertesyndrom» som en diagnose. I likhet med LB-2002-3880 blir dette likevel ikke trukket fram som et poeng. Det som trekkes særlig frem er at det er et tilstandsbilde som ligger nært opptil fibromyalgi, en diagnose som faller innenfor sykdomsbegrepet. Dette kan tale for at det ikke er avgjørende at det foreligger en diagnose, men at man må se på konsekvensene tilstanden medfører.

Domstolen viser her at det er ikke alltid avgjørende om det kan puttes den riktige merkelappen på et tilfelle, men at man må se på realitetene. Når et tilfelle er så lik en annen tilstand som ville falt innunder begrepet, vil man kunne oppfatte det som urimelig dersom tilfellet falt utenfor. Retten velger å la tilfellet behandles likt som fibromyalgi. Dette kan sees som et utslag av likhetsprinsippet. Når to tilstander er så like vil det kunne hevdes å være forskjellsbehandling dersom ikke tilstandene behandles likt.

4.2.4.3 LG-2007-177077

Lagmannsretten:

En 56 år gammel mann fikk avslag på søknad om uføretrygd. Lagmannsretten uttaler at «lovens krav alltid vil være oppfylt når det er stilt en anerkjent medisinsk diagnose. Etter lagmannsrettens oppfatning vil lovens krav til sykdom også kunne være tilfredsstilt i enkelte tilfeller der det ikke er mulig å bygge på objektive funn, slik at lidelsen utelukkende er definert ut fra sykdomssymptomer». Som eksempler på denne typen symptomdiagnoser nevnes fibromyalgi og ME som i dag er anerkjent som sykdommer. For tilfeller som ikke har en anerkjent symptomdiagnose uttaler retten at «[f]ør sykdomssymptomer kan aksepteres som sykdom i folketrygdlovens forstand, må det være en forutsetning at det ikke lar seg gjøre å stille

noen medisinsk diagnose til tross for omfattende utredning, og at symptomene er så karakteristiske at de kan gjenkjennes og identifiseres.» I saken ble saksøker symptomer ansett «så lite spesifikke at de ikke dekkes av lovens sykdomsbegrep».

Min tolkning:

Av denne dommen kommer det fram at dersom en omfattende utredning av tilstanden ikke gir resultat i form av en medisinsk diagnose, kan det likevel aksepteres som sykdom dersom symptomene er så karakteristiske at de kan «gjenkjennes og identifiseres». Dette tolker jeg slik at det må foreligge et flertall av symptomer som kan knyttes opp mot en annen «akseptert» sykdom og diagnose. En godt eksempel på dette er LG-2007-165072 som nevnt ovenfor. Symptomene vedkommende hadde der var nært knyttet opp til de samme symptomene som er karakteristiske for fibromyalgi. Derimot vil enkeltsymptomer som er lite spesifikke og som ikke viser et gjenkjennelig og typisk sykdomsbilde for en «akseptert» sykdom falle utenfor.

4.2.4.4 LB-2010-53598

Lagmannsretten:

En kvinne født i 1942 fikk medhold i at Trygderettens kjennelse måtte settes til side. Spørsmålet i saken var om As smerter i foten kunne karakteriseres som en sykdom i folketrygdlovens forstand. Saken gjaldt tidsbegrenset uførestønad, men vurderingen blir likevel den samme som for vanlig uførepensjon.

Lagmannsretten uttaler at de ikke kan se «at det kan kreves en diagnose før en tilstand aksepteres som sykdom. I rettspraksis er det sett hen til «symptomenes art og grad», og hvorvidt disse medfører en betydelig nedsettelse av funksjonsevnen, jf. bl.a. RG-2001-1176 (LB-2000-365), RG-2004-987 (LB-2002-3880) og Gulating lagmannsretts dom av 2. februar 2009 (LG-2007-177077). Tilsvarende følger av forvaltningspraksis. Det vises til at Trygderetten i flere saker har konstatert sykdom ut fra symptomer, jf bl.a. TRR-2000-1299, TRR-2001-1103, TRR-2001-3992 og TRR-2004-689».

Videre uttaler retten at «[i] tråd med nevnte rettspraksis og forvaltningspraksis kan sykdomsvilkåret i folketrygdloven § 12-6 etter lagmannsrettens syn være oppfylt hvor det er tilstrekkelig dokumentert at det foreligger en varig og reell smertetilstand som etter sin art og grad utgjør hovedårsaken til den nedsatte arbeidsevnen. Dette selv om årsaken til smertene - tross omfattende utredning - ikke kan avdekkes eller diagnostiseres.

Min tolkning:

Retten går i denne dommen gjennom en rekke tidligere dommer for å se hvordan praksis har stilt seg til diagnosekravet. De kommer fram til at de ikke kan se at det kreves en diagnose for at noe skal anses som sykdom. For at dette skal være aktuelt må det ha vært foretatt en omfattende utredning som ikke har gitt resultat i form av diagnose. Det avgjørende blir om det foreligger symptomer av en slik art og grad at funksjonsevnen er blitt betydelig nedsatt. I den konkrete vurderingen forelå det likevel en form for diagnose, men de generelle uttalelsene i dommen trekker klart i retning av at det ikke stilles opp et krav til diagnose.

4.2.5 Hva rettspraksis viser om utviklingen av diagnosekravets betydning

Spørsmålet om det er nødvendig med en diagnose har ikke blitt satt på spissen i Høyesterett enda, men som vist ovenfor har vi en rekke lagmannsrettsdommer som trekker i retning av at dette ikke er nødvendig. Særlig LB-2010-53598 trekker i retning av at det i dag ikke lenger stilles opp et krav om diagnose. I denne avgjørelsen har domstolen brukt tid på å gå igjennom et større utvalg avgjørelser fra både lagmannsretten og Trygderetten for å vurdere hva som er gjeldende rett i dag. At den har gått gjennom en rekke avgjørelser kan tyde på at det som framkommer av dommen er særlig gjennomtenkt og er ment å skulle til en viss grad avgjøre en noe usikker rettsituasjon. Særlig da det ikke eksisterer noen praksis fra Høyesterett, kan gode grunner tale for å legge stor vekt på slik veloverveid lagmannsrettsavgjørelse.

I LB-2002-3880 og LG-2007-165072 foreligger det diagnoser uten at dette blir gjort noe poeng av dette. At dette ikke trekkes fram i større grad kan tolkes i retning av at det ikke er utslagsgivende om det foreligger diagnose eller ikke, men at en helhetsvurdering av symptomenes art og grad er det avgjørende.

4.2.6 Min vurdering av gjeldende rett

Etter min mening stiller LB-2010-53598 opp det som må anses som gjeldende rett. Det er selvsagt en stor fordel der det kan stilles en diagnose, men det må i tilfeller der dette ikke er mulig kunne åpnes for at mennesker med reelle smerter og som har fått redusert eller mistet sin restarbeidsevne kan få uførepensjon. Dette vil etter min mening også samsvare bedre med folketrygdlovgivningens formål om å fungere som et sikkerhetsnett for de som ikke lenger er arbeidsføre. Retten til uførepensjon bør ikke avhenge av om den medisinske vitenskap har kommet langt nok til å kunne sette en betegnelse på et sykdomsbilde. Det er de opplevde symptomene og i hvilken grad disse har ført til en funksjonsnedsettelse som igjen har ført til en nedsatt inntjeningssevne som bør være den avgjørende vurdering. Jeg mener dette støttes opp av LB-2002-3880 og LG-2007-165072 som uttrykkelig sier at det foreligger diagnose, men velger å ikke gjøre noe poeng ut av det.

Det må selvsagt stilles strenge krav til en god utredning av tilstanden i en slik situasjon. Det ser også ut til at dette settes som krav i dommene gjennomgått ovenfor. I LB-2010-53598 stilles det for eksempel krav til en «omfattende utredning».

Som nevnt i innledningen til oppgavens del 4.2 har det vært ulike oppfatninger om hvorvidt stilles krav til diagnose i teorien. Kjønstad har gjort seg til en talsmann for diagnoseteorien. Diagnoseteorien går ut på at det i hvert fall må foreligge en diagnose når man har kommet så langt i sykdomsforløpet at uførepensjon kan være aktuelt. Holgersen har støttet opp om en symptomteori der det avgjørende er en vurdering av symptomenes art og grad. Hun har fått følge av Brækhus som mener at symptomteorien må være den mest korrekte teorien å legge til grunn, samtidig som hun uttaler at som krav for at sykdomsvilkåret skulle være oppfylt må man stille krav om at tilstanden må være like godt utredet som når det stilles en diagnose³⁶.

Med støtte av rettspraksis og flere teoretikere mener jeg at det etter gjeldende rett ikke behøver å foreligge en diagnose. Det avgjørende er at det etter en omfattende utredning foreligger symptomer av en tilstrekkelig art og grad.

³⁶ Hege Brækhus, *Mor kan ikke bli syk : om uførepensjon til husmødre etter folketrygdloven i et kvinnerettslig perspektiv*, Ukjent 1996 s. 210.

4.3 Avgrensningen mellom sosiale og økonomiske problemer og sykdom

4.3.1 Innledning

Et problem ved fortolkningen av sykdomsbegrepet er den rettslige avgrensningen mellom sykdomsbegrepet og sosiale og økonomiske problemer.

Det følger uttrykkelig av § 12-6 (2) at sosiale og økonomiske problemer faller utenfor sykdomsbegrepet. Dette viser likevel ikke hvor den rettslige grensen mellom sykdom og sosiale problemer skal trekkes. Sosiale problemer er et vidt begrep og det er mange ulike tilstander som kan falle inn under begrepet. Klare eksempler på sosiale problemer kan være dårlige boforhold, kriminelle tendenser, svake personlige ressurser, sosial mistilpasning eller en vanskelig familiesituasjon, som f.eks. skilsmisse. «Sykdom» og «sosiale problemer» har hver sine ordkjerner hvor det er utvilsomt hvilken kategori et tilfelle faller innunder. Samtidig har begrepene en randsone der grensene krysses. Her vil det kunne oppstå en vanskelig vurdering av om noe er å anse som sykdom eller sosialt problem³⁷.

Ftrl. § 12-6 stiller opp et krav om at sykdommen må være «hovedårsaken» til den nedsatte arbeidsevnen/inntektsevnen. Dette gjør at det må stilles spørsmål om det er sykdommen eller de sosiale problemene som er å anse som hovedårsaken til den nedsatte arbeidsevnen/inntektsevnen.

Ved vurderingen av avgrensningen mot sosiale problemer er det altså to hovedproblemer som oppstår: For det første oppstår det et spørsmål om hva som er å anse som et sosialt problem. For det andre oppstår det et spørsmål om det er sykdommen eller de sosiale problemene som er hovedårsaken til den nedsatte arbeidsevnen.

Hva som er å anse som sykdom vil til enhver tid bero på den medisinske vitenskaps sykdomsbegrep. Utviklingen har medført at noen tilstander som tidligere ble ansett som sosiale problemer i dag blir ansett som sykdommer. Et eksempel på dette er det som ofte er blitt omtalt som «de utestengte gruppene». Dette var en gruppe tilstander som ble ansett for å falle utenfor sykdomsbegrepet i lov om uføretrygd av 1960. Både alkoholisme og narkomani falt innunder denne gruppen, men ettersom utviklingen gikk ble de etterhvert ansett som sykdom.

I den følgende fremstillingen vil jeg først kort vise hvordan utviklingen det medisinske vitenskaps sykdomsbegrep har medført problemer i forhold til «de utestengte gruppene» og hvilke nye utfordringer som har oppstått med utviklingen. Deretter vil jeg gå inn på noen avgjørelser som illustrerer hvor vanskelig det kan være å vurdere hvor grensene for hva som er sosiale problemer og hva som er sykdom skal trekkes. Avgjørelsene skiller stort sett ikke mellom spørsmålene om hva som er å anse som sosiale problemer og hva som er å anse som hovedårsaken. Min problemstilling i oppgaven går kun konkret på det første spørsmålet om hva som er å anse som et sosialt problem, men dette henger så tett sammen med hovedårsaksvurderingen at jeg velger å behandle begge forholdene. Sammenhengen mellom de to problemstillingene gjør også at jeg velger å behandle problemstillingene samlet i det påfølgende. Til slutt vil jeg foreta en vurdering av hva rettspraksis

³⁷ Gudrun Holgersen og Nils Nygaard s. 102.

forteller oss om avgrensningen i dag.

4.3.2 Kort om «de utestengte gruppene» - avgrensningens utvikling, konflikt og nye vurderingsproblemer

Her skal jeg vise utviklingen av avgrensningen mellom sykdomsbegrepet og sosiale problemer i henhold til «de utestengte gruppene» nevnt ovenfor. Jeg vil vise konflikten som har oppstått i forarbeidene og hvilke nye vurderingsproblemer som har oppstått på dette området.

I forarbeidene til lov om uføretrygd av 1960 ble det uttalt at tilstander som sosial mistilpasning, «alkoholisme, avhengighet av narkotika, kriminelle tilbøyeligheter...[og]...psykopatisk konstitusjon» ikke hørte hjemme i en uføretrygd³⁸. I samme forarbeid sies det at når det gjelder sykdomsvilkåret så vil en vurdering av om det «dreier seg om en sykdomstilstand eller ikke, vil - generelt sett - avhenge av hvordan den medisinske vitenskap til enhver tid utformer begrepet»³⁹.

Forarbeidene fortsatte å gjelde og være relevante for tolkning for både folketrygdloven av 1966 og folketrygdloven av 1997⁴⁰. I tiårene etter 1960 utviklet det medisinske sykdomsvilkåret seg til å omfatte stadig flere tilstander. Det ble etterhvert større aksept i den medisinske vitenskap for å anse alkoholisme, narkomani og noen tilfeller av psykopati som sykdom. Dette gjorde at det oppstod konflikt mellom forarbeidenes uttalelser. På den ene siden ga de uttrykkelig uttrykk for at de fem utestengte gruppene falt utenfor sykdomsbegrepet, mens de samtidig uttalte at det var den medisinske vitenskap som utformer sykdomsbegrepet til enhver tid.

Forarbeidene viste altså at man skulle vektlegge det medisinske sykdomsbegrep. Det vil også i stor grad framtre som logisk og fornuftig da denne «vitenskap har sin virksomhet knyttet til det som begrepet sykdom henspeler på»⁴¹. Likevel er det forhold som taler for at man ikke automatisk følger avgrensningen den medisinske vitenskap stiller opp i alle situasjoner. For det første er formålet med sykdomsbegrepet ulikt for den medisinske vitenskap og for folketrygden. Mens folketrygden bruker begrepet til rettslig regulering av retten til uførepensjon, bruker medisinerne begrepet for å finne ut hva som er galt med syke mennesker og slik kunne behandle dem på best mulig måte. For det andre er ikke sykdomsbegrepet en klart definert størrelse i den medisinske vitenskap og på mange områder er det stor uenighet og uklarhet på hva som er å anse som sykdom⁴².

Etter min mening tilsier dette at det ved vurderingen av om sykdomsbegrepet er oppfylt må foretas en vurdering der den medisinske vitenskaps sykdomsbegrep vektlegges tungt ved vurderingen, men der det like fullt må gjennomføres en bredere vurdering hvor det holdes i mente at det medisinske sykdomsbegrepet har et annet formål enn i uførepensjonstilfelle.

³⁸ Ot.prp. nr. 22 (1959) s 11-12.

³⁹ Ot.prp. nr. 22 (1959) s 11.

⁴⁰ Gudrun Holgersen og Nils Nygaard s. 103.

⁴¹ Gudrun Holgersen og Nils Nygaard s. 104.

⁴² Gudrun Holgersen og Nils Nygaard s. 104.

Hva som anses som sosiale problemer vil som vist ha stor sammenheng med hva som er å anse som sykdom i den medisinske vitenskap. Utviklingen av sykdomsbegrepet i den medisinske vitenskap vil dermed ha stor påvirkning på hvor grensene mellom sykdom og sosiale problemer trekkes til enhver tid.

I dag er det som sagt ingen tvil om at alkoholisme, narkomani og psykopati er å anse som sykdom. Kriminelle tilbøyeligheter og sosial mistilpasning faller fortsatt utenfor. Men denne utviklingen har ført til nye utfordringer. En ny problemstilling som har oppstått er vurderingen av når en skal si at et misbruk har gått over til alkoholisme eller narkomani. Rusmisbruk er ikke tilstrekkelig for å kunne oppfylle sykdomskravet, mens alkoholisme/narkomani vil kunne være tilstrekkelig. Det er her ingen klare grenser og det må foretas en vanskelig skjønnsmessig vurdering i den konkrete tilfellet.

4.3.3 Lagmannsrettspraksis og trygderettspraksis om sosiale problemer

I det følgende skal jeg gå gjennom praksis for å illustrere hva som er å anse som sosiale problemer og vanskelighetene som oppstår ved avgjørelsen av om sykdom eller sosiale problemer er hovedårsak. Denne delen av oppgaven avgrenses mot «de utestengte gruppene» og vil omtale andre og mer generelle typer sosiale problemer.

4.3.3.1 TRR-2001-1103

Trygderetten:

Saken gjaldt anke over avslag på uførepensjon fra en 47 år gammel mann fra Vietnam. Han hadde gått gjennom sterke krigsopplevelser og kom til Norge som flyktning. Han hadde ikke lært seg norsk eller vært i arbeid siden han kom til Norge. Han ble beskrevet som smertepåvirket, resignert og helt ute av mental og fysisk kraft. En grunnleggende ressursvakhhet ble antydnet. Fylkestyngdekantoret mente han var varig ufør, men at dette skyldes sosiale forhold. Psykisk sykdom ble ikke utelukket.

Spørsmålet for Trygderetten var om uførheten var av sosial eller sykdomsmessig karakter. Retten delte seg i spørsmålet. Flertallet viste til at det er en rekke diffuse plager som omfattes av folketrygdlovens sykdomsbegrep, selv om det ikke finnes en sikker medisinsk forklaring på tilfellet. Eksempler som ble nevnt var langvarige myalgier, depresjon og tretthetstilstander. Retten viser til at det er «[n]ettopp i slike tilfeller kan det oppstå tvil om hvor grensen går mellom om en sykdomstilstand og et sosialt problem.»

Om sosiale problemer sier flertallet at «[d]et sosiale problem vil i denne sammenheng kunne defineres som redusert evne til å mestre de samfunnsmessige og sosiale relasjoner, altså evnen til sosialisering, innordning og tilpasning. Ofte vil det være grunnlag for å anta at slike diffuse sykdomsplager er forårsaket av sosiale problemer, ressursvakhhet og slitasje over tid. Like fullt henføres de skader som da oppstår i kropp og psyke under sykdomsbegrepet.»

Retten kom til at mannen led av en blanding av sosiale, psykososiale og somatiske plager, samt mest sannsynlig ressursfattigdom, men mente at mannens fysiske og psykiske plager var av en slik art og grad at hans tilstand lå innenfor folketrygdens sykdomsbegrepet.

Mindretallet i saken mente at dersom tilføyelsen til § 12-6 som kom i 1995 (innføringen av «sosiale og økonomiske problemer gir ikke rett til uførepensjon») skulle ha noen praktisk «skjerpende funksjon, så må den få anvendelse på den type uførhet som her foreligger, hvor veldefinerte medisinsk-psykiatriske uføreårsaker ikke erkjennes å foreligge verken av utredende psykiater eller av den ankende part selv. Dette medlem anser at medikalisering av årsakene til den foreliggende uførhet langt på vei betyr å definere bort den skjerping av § 12-6 som ble vedtatt i 1995.»

Til slutt viser dette medlemmet til at man «[i] mangel av klare holdepunkter for sykdom, slik folketrygdloven definerer sitt sykdomsbegrep, fremstår det som mest sannsynlig at Aps uførhet skyldes hans vanskelige situasjon som innvandrer.»

Min vurdering:

Kjennelsen illustrerer at det i tilfeller der det foreligger diffuse sykdomstilstander og det mangler en klar diagnose, ofte vil foreligge ulike sosiale problemer. Retten mener at det her foreligger en kombinasjon av sosiale, psykososiale og somatiske plager, samtidig som det er en godt begrunnet antagelse om ressursfattigdom. Kjennelsen viser også at det i slike tilfeller vil være vanskelig å vurdere om det er sykdom eller sosiale problemer som er hovedårsak til problemene. Retten delte seg i avgjørelsen og flertallet kom til at det var sykdommen som var hovedårsak.

Flertallet ender opp med å legge størst vekt på at en vurdering av symptomenes art og grad viser at symptomene er sykdoms-/eller skadelignende i en slik grad at funksjonsevnen blir sterkt nedsatt. De legger ikke vekt på at det ikke kan stilles en presis diagnose.

At de ikke vektlegger mangel på klar diagnose stemmer godt overens med min drøftelse i punkt 4.2 hvor jeg kom fram til at det ikke kreves noen diagnose. Samtidig er det verdt å merke seg at retten i dette tilfellet har delt seg. Dette illustrerer godt at hovedårsaksvurderingen blir særlig vanskelig i tilfeller uten klar diagnose.

Rettens flertall mener at mannen har et sosialt problem i form av «reduisert evne til (...) tilpasning». Jeg oppfatter dette som at mannen lider av en tilpasningsforstyrrelse, selvom dette begrepet ikke anvendes direkte.

Mindretallet kom til at det mangler veldefinerte medisinsk-psykiatriske uføreårsaker og at det mest sannsynlig er sosiale problemer som har ført til uførheten. Det vises til at dersom lovendringen fra 1995 skal ha noen skjerpende effekt må den få virkning i saker som denne. Jeg forstår dette slik at det avvikende medlemmet sikter til tilfeller som må anses som uklare. Dette vil være tilfeller der det ikke foreligger noe klart og sikkert sykdomsbilde eller diagnose, og der det samtidig foreligger store sosiale problemer.

4.3.3.2 LB-2004-32885

Lagmannsretten:

Saken gjelder en marokkansk kvinne som hadde liten tilknytning til arbeidslivet i Norge. Hun hadde fått fem barn, men mistet det ene etter en operasjon. Hun opplevde stor sorg i forbindelse med tapet av datteren. Hun hadde fått diagnosene hodepine, smerter, sorgreaksjon og depresjon.

Det er enighet om at det foreligger sykdom, men lagmannsretten stiller spørsmål ved om denne er «varig». Retten anser det også som tvilsomt at de medisinske lidelsene er hovedårsaken til at

kvinnen ikke maktet å arbeide da de mener det er omsorgsforpliktelser og sorgreaksjon som hindrer henne fra dette. Lagmannsretten avgjør saken ved å si at disse spørsmålene ikke kan gis tilfredsstillende svar så lenge saksøker ikke har gjennomgått hensiktsmessig behandling og attføring etter § 12-5.

Retten uttaler at hun i tillegg til å ha fått fem barn og mistet ett av dem, har «levd seg inn i en sykerolle og utviklet sterk vegring mot behandling og arbeidsliv». Retten mener videre at selv om hun nok ikke har hatt krefter til å gå ut i inntektsgivende arbeid, er hovedårsaken til dette « at hun da har hatt mer enn nok med å klare rollen som omsorgsperson for sine små barn og uføre ektefelle, samtidig som hun måtte mestre en sterk sorgreaksjon og et nytt svangerskap. Men slike sosiale og familiemessige forhold kvalifiserer ikke for uførepensjon».

Min vurdering:

Domstolen viser her til at selv om man har store omsorgsforpliktelser for barn og gjennomgår en stor sorgprosess etter tapet av et barn, vil dette ikke kvalifisere for en uførepensjon. For at dette skal kunne gi rett til uførepensjon må sorgen ha blitt så alvorlig at den resulterer i en sykdom. Det å vie livet sitt til omsorgsarbeid for familien er beundringsverdig, men det kan ikke gi rett til uførepensjon. Videre er det et poeng at denne typen arbeid viser at man mest sannsynlig har en arbeidsevne i behold, til tross for de fysiske problemene kvinnen lider av.

Sosiale forhold kan selvsagt medføre så store belastninger på en person at det vil anses som vanskelig eller umulig å arbeide ved siden av. Likevel er slike tilfeller å anse som sosiale problemer og faller derfor utenfor det uførepensjonen søker å regulere.

4.3.3.3 TRR-2006-583

Trygderetten:

Saken gjaldt en eldre mann som hadde fått diagnosen tilpasningsforstyrrelse i form av depresjon og angst. Dette ble ansett som en sykdom. Kona var sterkt pleietrengende (hun hadde parkinson) og bodde hjemme. Fylkestyret hadde avslått krav om 50 % uførepensjon. De mente det var sosiale problemer i form av belastninger i forbindelse med sin syke ektefelle som var hovedårsaken til den nedsatte inntektsevnen.

Retten uttalte at det i denne saken kunne være «vanskelig å skille mellom forhold som har sammenheng med APs sykdomsdiagnose, og forhold som skyldes hans vanskelige sosiale situasjon. Retten finner imidlertid likevel å kunne legge avgjørende vekt på den vurdering som fremkommer i uttalelser fra behandlende lege Bent Asgeir Larsen og i spesialistuttalelse fra overlege Martin Dickson ved X DPS. Av disse fremgår det at AP har en relativt uttalt tilpasningsforstyrrelse med symptomer i form av angst og depresjon. APs symptomer har vært såpass alvorlige og langvarige at de oppfattes som kroniske.

Retten er av den oppfatning at det er medisinske forhold som er hovedårsaken til nedsettelsen i inntektsevnen.»

Min vurdering:

Retten sier her uttrykkelig at vurderingen om å skille forhold som har med en sykdomsdiagnose og vanskelige sosiale situasjoner kan være vanskelig. Videre viser retten til belastninger i forbindelse med syk ektefelle er å anse som et sosialt problem som ikke gir grunnlag for uførepensjon.

Retten legger til grunn at tilpasningsforstyrrelser som har medført alvorlige og langvarige symptomer i form av angst og depresjon er å anse som sykdom. Dette skiller seg fra TRR-2001-1103 der tilpasningsvansker blir omtalt som sosiale problemer. Begrepet «tilpasningsforstyrrelse»/»tilpasningsvansker» er et relativt uklart begrep og det er ikke helt avklart hva som ligger i det. Jeg vil gå nærmere inn på begrepet under punkt 4.3.6.

4.3.3.4 LB-2007-190590

Lagmannsretten:

Saken gjaldt en utenlandsk mann som mente han ikke fungerte i arbeidslivet grunnet en tilpasningsforstyrrelse. Det var dokumentert at han hadde en tilpasningsforstyrrelse, men denne ble rubrisert innenfor det nedre sjikt av psykiske lidelser og diabetes. Retten anså ingen av disse sykdomstilstandene for å være hovedårsak.

«Lagmannsretten legger til grunn at familieproblemer og sosiale forhold har vært av ikke uvesentlig betydning for A's vansker med å tilpasse seg arbeidslivet. Det vises blant annet til psykiater Anne Regine Førelands erklæring fra 2001, der det framgår at A er bekymret for framtiden, og at han har kone og barn å forsørge. Også psykolog Sandstrøm framholdt at A hadde familievansker.

Selv om familieproblemer og andre sosiale forhold ikke isolert sett kan gi rett til ytelse etter folketrygdloven kapittel 12, kan slike forhold likevel spille inn i et sykdomsbilde som omfattes av sykdomsbegrepet i § 12-6 annet ledd første punktum. Lagmannsretten kan ikke se at de nevnte problemene i denne saken kan tilsi at vilkårene for uførepensjon er oppfylt, verken sett isolert eller i sammenheng med tilpasningsforstyrrelsen.»

Min vurdering:

Mannen har i dette tilfellet vansker med å tilpasse seg arbeidslivet (tilpasningsvansker). Dette forverres av hans sosiale problemer (familieliv). Domstolen sier her at sosiale forhold ikke isolert sett kan gi rett til uføreytelser, men at denne typen forhold likevel kan spille inn i et sykdomsbilde som omfattes av sykdomsbegrepet i § 12-6 (2) (1). Dette tolker jeg som at sosiale problemer ikke kan gi rett på uførepensjon, men at sosiale problemer kan ha en innvirkning på personen (både fysisk og psykisk) som gjør at vedkommende blir sykere eller i hvert fall at sykdommen oppleves større og verre enn den ellers ville gjort. I de tilfeller vedkommende blir sykere kan det være kravet til sykdom er oppfylt.

Det sies at tilpasningsvansker på grunn av psykiske lidelser ikke kan anses å være hovedårsaken, men viser at tilpasningsvansker som er grunnet i psykiske lidelser anses som sykdom.

4.3.3.5 TRR-2009-1731

Trygderetten:

Saken gjaldt en kvinne som hadde fått diagnosen «sosial utestengelse», en diagnose som er ansett å være et sosialt problem i følge diagnosesystemet ICPC-2. Kvinnen følte seg yrkesmessig og sosialt utestengt etter en arbeidskonflikt som endte med oppsigelse. Hun mente at dette var en alvorlig lyte etter ftrl. § 11-5. Loven stiller som kriterium at det må foreligge «sykdom, skade eller lyte».

Trygderetten kom fram til at dette ikke var en lyte. Retten mente at «Sosial utestengning

eller utstøting er mer å regne som en samfunnsmessig prosess. Selv om utstøting angår individet, og kan oppleves som vondt og hemmende, er det ikke forankret som en varig defekt eller mangel ved individet.

Sosial utestengelse inngår etter rettens syn ikke i lytebegrepet og Ap fyller ikke grunnvilkåret til medisinsk uførhet i folketrygdloven § 11-5.».

Min vurdering:

Vedkommende søkte her bare om attføring etter § 11-5, men sykdomsvilkåret må forstås på samme måten som for § 12-6.

Vedkommende har her fått en «sosial utestengning» som diagnose. Selv om utestengning etter en arbeidskonflikt vil kunne oppfattes som hardt og vanskelig for personen, er det likefullt ikke å anse som en sykdom, skade eller lyte. Som retten sier er denne typen utstøting fra det sosiale og yrkesmessige liv mer å regne som en samfunnsmessig prosess.

4.3.4 Hva kommer fram av avgjørelsene?

Det de utvalgte dommene viser er at det i liten grad problematiseres om noe er å anse som et sosialt problem eller sykdom. TRR-2009-1731 var den eneste avgjørelsen jeg fant som direkte gjelder spørsmålet. Trygderetten slår her klart fast at sosial utestengelse er et sosialt problem.

Avgjørelsene kan antyde et sprik i spørsmålet om tilpasningsvansker er å anse som sykdom. I TRR-2001-1103 omtales det slik at mannen hadde «reduisert evne til...tilpasning» og dette omtales som sosiale problemer uten at det konkret går noe nærmere inn på det. I ankesak TRR-2006-583 gjelder det en relativt uttalt tilpasningsforstyrrelse som har gitt seg utslag i langvarig og fremtredende depresjon og angst. Dette ble ansett som en sykdom. I LB-2007-190590 har mannen en tilpasningsforstyrrelse i nedre sjikt av psykiske lidelser. Dette ble ikke ansett som hovedårsak til den nedsatte arbeidsevnen/inntektsevnen, men viser at tilfellet ble ansett som en sykdom.

Selv om vanskelige situasjoner som f.eks. sosial utestengelse, alvorlig sykdom i familien og sterke sorgreaksjoner kan ha stor innvirkning på individet og vedkommendes evne til å utføre arbeid, er det ikke grunnlag for at dette skal kunne oppfylle sykdomsvilkåret. Det må foreligge en fysisk eller psykisk lidelse som anses som «sykdom» til og denne må være hovedårsaken til den nedsatte inntektsevnen. I LB-2007-190590 ble sykdomsvilkåret ikke ansett oppfylt, men avgjørelsen viser at denne typen forhold kan spille inn i et sykdomsbilde som omfattes av sykdomsbegrepet. Sosiale problemer kan dermed ha en påvirkning på hvor alvorlig konsekvensene av sykdommen blir. De kan for eksempel være med på forverre symptomene, eller stresse fram nye former for symptomer. For eksempel kan en sosial utestengelse påvirke individet så sterkt at vedkommende utvikler mer eller mindre alvorlige psykiske lidelser. Dette kan medføre at sykdomsvilkåret da blir å anse som oppfylt.

Rettspraksis viser at det er som oftest er hovedårsaksvurderingen av om det er sykdom eller sosiale problemer som har ført til den nedsatte arbeidsevne/inntektsevne som er i fokus. Dette er naturlig da vurderingen er en avveining av sykdomsmessige faktorer mot de sosiale faktorene for å se hva som er hovedårsak. Det blir en skjønsmessig vurdering utført av dommerne i saken. Dette illustreres særlig godt av TRR-2001-1103 der retten endte opp med å dele seg.

Videre viser rettspraksis også at det er særlig ved de mer diffuse sykdomstilstander, som diverse muskelsmerter etc., at det gjerne vil oppstå sosiale problemer i tillegg til sykdomsplagene. Dette kan ofte forklares med at myalgiene er kroppens måte å fortelle vedkommende at personen har andre problemer, gjerne av sosial art. Har man for eksempel vansker med å tilpasse seg samfunnet og arbeidsplassen vil kroppen kunne reagere med å få fysiske smerter.

4.3.5 Min vurdering

Som nevnt under punkt 1.4 har det vært lite med avgjørelser å finne om avgrensningen mellom generelle sosiale problemer og sykdom. Jeg har gått gjennom mange avgjørelser og funnet fram de jeg mener har illustrert avgrensningen. Jeg har ikke sortert bort avgjørelser av plasshensyn. Det jeg mener avgjørelsene viser er at det ikke lenger problematiseres i særlig grad hva som er å anse som sosiale problemer.

Et særskilt spørsmål som reiser seg på grunnlag av avgjørelsene er om tilpasningsforstyrrelse er å anse som sykdom eller et sosialt problem.

Jeg mener at spriket i tilpasningsforstyrrelse-tilfellene kan ha sin forklaring i selve begrepet «tilpasningsforstyrrelse». Begrepet er diffust, men en definisjon på tilpasningsforstyrrelse er en «tilstand med subjektivt ubehag og følelsesmessige vansker i en slik grad at det vanligvis hemmer psykososial funksjon. En tilpasningsforstyrrelse representerer en mistilpasset reaksjon på en erkjent psykososial belastning.»⁴³.

Begrepet tilpasningsforstyrrelse brukes ikke direkte i TRR-2001-1103. Likevel passer definisjonen på tilpasningsforstyrrelse meget godt på situasjonen som rettens flertall omtaler som et «sosialt problem» som medfører en «reduert evne til (...) tilpasning». Retten går ikke nærmere inn på hva som ligger i dette. I TRR-2006-583 er det psykiateren som uttaler at vedkommende har en «relativt uttalt tilpasningsforstyrrelse». Forstyrrelsene har her ytret seg i form av depresjon, angst og bekymring. I LB-2007-190590 er det sakkyndige som først viser til at vedkommende har tilpasningsforstyrrelser fordi vedkommende har psykiske problemer. Dette bestrides ikke av noen av partene.

At det i den avvikende TRR-2001-1103 er rettens flertall som har uttalt at vansker med tilpasning er å anse som sosiale problemer, kan innebære at de ikke legger det samme i begrepet som sakkyndige.

Samtidig er begrepet såpass vidt at det blir tilfeller av veldig ulik karakter som vil falle innunder begrepet. Dette gjør at det ikke kan legges til grunn at «tilpasningsforstyrrelser» enten er sykdom eller et sosialt problem. Det kan på denne måte minne mye om psykopati/personlighetsforstyrrelsebegrepet som også er meget vidt. I likhet med psykopati-begrepet bør det derfor etter min mening legges til grunn en vurdering av symptomenes art og grad for å vurdere om sykdomsvilkåret er oppfylt. Det bør sees hen til hva slags type tilpasningsforstyrrelse det er snakk om og i hvilken grad den har gjort utslag i ytre tegn, som for eksempel angst.

⁴³ Inger Helene Vandvik, *Tilpasningsforstyrrelse*, lokalisert på www.snl.no i april 2012

4.4 Kort om symptomenes art og grad ⁴⁴

Som vist ved gjennomgangen av avgjørelsene er vurderingen av symptomenes art og grad helt sentralt. Jeg har ikke anledning til å foreta noen særskilt behandling av dette, men vil for helhetens skyld gi en helt kort presentasjon av noen hovedpunkter av hva som ligger i uttrykket.

En vurdering av symptomenes art vil vise om symptomene er av en slik art at de «naturlig leder tanken hen på helsetilstand og medisinske forhold». Det er lite tvilsomt at avvik fra normale funksjoner i den menneskelige organismen som smerter, kraftløshet og kvalme må omfattes. Mest sannsynlig må psykiske forhold som nervøsitet, angst og depresjon også anses for å være av sykdomsmessig art.

Det må også ses hen til hva som er årsaken til symptomene og foretas en avgrensning ut fra dette. I noen tilfeller vil årsaken kunne falle utenfor det tradisjonelle sykdomsbegrep. Et slikt tilfelle er for eksempel ordinær alderssvekkelse. Denne typen symptomer faller innenfor en normaltstand og kan ikke oppfylle lovens sykdomskrav.

I tillegg til symptomenes art vil også symptomenes grad være av betydning. Denne vurderingen er ment å skulle skille normaltstander fra mer alvorlige tilstander som anses som sykdom. Mange symptomer er lite omfattende og må anses som en del av den daglige tilværelse. De fleste vil kunne oppleve kvalme eller trøtthet, uten at dette må anses som sykdom.

Fra en slik normaltstand er det en glidende overgang til tilstander som anses som sykdom. Dette kan skape vanskelige vurderinger. Et eksempel på dette kan være alkoholisme. Alkoholmisbruk anses ikke som en sykdom, mens alkoholisme gjør det. Men når er grensen til alkoholisme overtrådt? De samme vurderingsproblemene vil oppstå ved en alderssvekkelse. Det vil her være en glidende overgang fra vanlig alderssvekkelse til tilfeller der det er forandringer av sykkelig art som kan betegnes som sykdom.

5. Har vi behov for et sykdomsvilkår i framtiden?

5.1 Innledning

Siden innføringen av uføretrygdordningen i 1960 har det vært stilt et sykdomsvilkår. Vilkåret har hatt en varierende rolle siden det ble innført. I dag fungerer sykdomsvilkåret som et inngangsvilkår for uførepensjon, mens det er den nedsatte arbeidsevne/inntektsevne som er avgjørende for om man har rett på uførepensjon eller ikke.

Slik utviklingen av sykdomsvilkårets rolle har gått, kan det stilles spørsmål ved om vi egentlig har behov for et slikt vilkår lenger eller om det er på tide med en endring. Det er ikke alle land som lenger stiller et sykdomsvilkår for å få rett på uførepensjon. Danmark valgte i 2003 å fjerne vilkåret om sykdom for retten til uførepensjon til fordel for en ren arbeidsevnevurdering.

⁴⁴ Presentasjonen bygger på Gudrun Holgersen og Nils Nygaards «Trygderettslige emner» s. 118-121.

I det følgende vil jeg under punkt 5.2 foreta en gjennomgang av tidligere vurderinger av behovet for sykdomsvilkåret. I punkt 5.3 vil jeg ta en kort gjennomgang av den danske uførepensjon-modellen for å vise et eksempel på en annen måte å regulere ordningen på. I punkt 5.4 vil jeg foreta en vurdering av om vi i dag bør fjerne sykdomsvilkåret for uførepensjon i framtiden med fokus på en ren arbeidsevnevurdering som alternativ.

5.2 Tidligere vurderinger av behovet for et sykdomsvilkår

Allerede i 1976 ble det vurdert om det var hensiktsmessig å stille et sykdomsvilkår. Denne vurderingen ble begrunnet i at det skjedde en konstant utvidelse av sykdomsbegrepet slik at begrepet rommet stadig flere tilstander⁴⁵. Det ble introdusert et alternativ om å stille to betingelser for retten til uførepensjon: der det ble stilt krav om gjennomgått hensiktsmessig behandling og attføring, samtidig som vedkommende måtte være minst 50% varig ertvsmessig ufør.

Forslagets begrunnelse var at man med en slik omlegging ville legge til rette for fokus på «trygdedes funksjonsevne og om tilstanden er varig. Slik uførepensjonsordningen fungerer i dag blir oppmerksomheten i stor grad rettet mot trygdedes sykdom»⁴⁶.

Drøftelsen endte i et forslag fra utvalget om å fjerne sykdomskravet. Dette ble begrunnet med at det ville være en administrativ forenkling. Begrepene ble allerede tøyd og tolket til at de omfavnet stadig flere tilfeller. Det ville derfor mest sannsynlig ikke medføre noen særlig økning i antall personer som mottok uførepensjon. Til tross for denne anbefalingen valgte lovgiver å ikke følge opp forslaget.

I 2007 ble det gjort en kort drøftelse av om man burde opprettholde et medisinsk vilkår. Utvalget hadde ikke som oppgave å vurdere om sykdomsvilkåret skulle fjernes, men ga likevel noen betraktninger og vurderinger om dette. Utvalget valgte her å anbefale at et medisinsk inngangsvilkår ble beholdt, men at det ville være

«hensiktsmessig å nedtone det medisinske inngangsvilkåret i uføresaker, i betydningen å legge til rette for prosesser som i større grad retter oppmerksomheten mot de mulighetene som finnes i arbeidslivet». Videre sies det at «[a]rbeidsevnevurderinger må være det sentrale verktøyet for å avklare den enkeltes arbeids- og inntektsevne, og dermed også avklare behovet for inntektssikring»⁴⁷.

Utvalget ønsket altså at sykdomsvilkåret skulle få en mye mindre rolle enn det allerede hadde, mens arbeidsevnevurderingen ble viktigere for å avgjøre uførepensjonssaker.

Det er også verdt å nevne at utvalget eksplisitt sier at det «ikke kan utelukkes at oppmerksomheten om det medisinske vilkåret i uføresaker påvirker tidligere prosesser gjennom at arbeidsrettede tiltak

⁴⁵ NOU 1977: 14 s. 70.

⁴⁶ NOU 1977: s. 30.

⁴⁷ NOU 2007: 4 avsnitt 11.4.6.

vanskeliggjøres»⁴⁸. Dette tolker jeg som en henvisning til argumentet om at et sykdomsvilkår kan føre til en fokusering på plager og begrensninger, i motsetning til for eksempel en arbeidsevnevurdering som fokuserer på muligheter og hva man kan gjøre.

5.3 Den danske førtidspensionen

Jeg har ikke anledning til å foreta noen selvstendige undersøkelser av det danske systemet, og fremstillingen bygger på NOU 2007:4 avsnitt 8.3.3.

Den danske førtidspensionsmodellen ble endret i 2003. Sykdomsvilkåret ble da fjernet til fordel for en omfattende arbeidsevnevurdering. Førtidspensionen er blitt et generelt system for inntektssikring for de som ikke er i stand til å forsørge seg selv.

Finansieringen av ordningen gjøres i hovedsak av kommunene. Det er ikke de uføre som selv søker om førtidspension, men saksbehandlerne i kommunen som har dette som en av flere ulike muligheter for tiltak der videre aktivisering og rehabilitering ikke anses å kunne forbedre arbeidsevnen.

Før førtidspension kan innvilges må det vurderes om personen egner seg for en såkalt «fleksjobb». En fleksjobb er en ordinær jobb på ordinære vilkår der arbeidsgiver får lønnstilskudd for å ha vedkommende i arbeid. Størrelsen på tilskuddet varierer etter hvor stor arbeidsevne vedkommende har.

Ved førtidspension får kommunene refundert 35 % av utgiftene fra staten, mens de ved fleksjobb får refundert 65 %. Dette virker som et økonomisk insentiv for kommunene om å gjøre alt de kan for å få vedkommende i arbeid før de eventuelt velger å gi vedkommende førtidspension.

Selv om det danske systemet ikke lenger har noe vilkår om sykdom, er det viktig å merke seg at det i praksis fortsatt er helseproblemer som er den viktigste årsaken til at det blir gitt førtidspension i Danmark. I 95 % av sakene har helsemessige forhold vært veldig viktig for avgjørelsen om å innvilge uførepensjon. Legeerklæringer spiller derfor fortsatt en viktig rolle.

5.4 Fordeler og ulemper ved å beholde et sykdomsvilkår

Sykdomsvilkåret er et inngangsvilkår som blant annet er ment å fungere som en administrativ kategorisering av de som har rett på uførepensjon og de som ikke har det. Ved å vektlegge den medisinske vitenskapen vil man oppnå en større grad av objektivitet enn dersom det kun var basert på skjønsmessige vurderinger av inntektsevnen⁴⁹.

Det vil etter min mening kunne framstå som mer betryggende at medisinsk sakkyndige er med på å vurdere vedkommendes behov for uførepensjon. En ren arbeidsevnevurdering fra en saksbehandler som ikke er utdannet innen medisin vil kunne framstå som en mer «synsete» vurdering enn i de tilfeller det foreligger en medisinsk utredning som fastslår at det foreligger sykdom som vanskeliggjør eller umuliggjør visse aktiviteter og der det anbefales uførepensjon. En måte å se på

⁴⁸ NOU 2007: 4 avsnitt 11.4.6.

⁴⁹ NOU 2007: 4 avsnitt 11.4.2.

dette er at sykdomsvilkåret sikrer at saken vil gå gjennom to instanser, først medisinsk vurdering for å avgjøre sykdomsvilkåret, deretter saksbehandler for å avgjøre arbeidsevnespørsmålet. Samtidig vil også en sykdomsvurdering utført av medisinsk kyndige kunne framstå som en objektiv list som alle søkere kan måles opp mot på lik linje. En arbeidsevnevurdering vil i større grad kunne anses å bero på en skjønnsmessig vurdering fra den enkelte saksbehandler, noe som kan åpne for større ulikheter i resultatet. En to-delt ordning vil dermed kunne framstå som et tryggere alternativ enn en ren arbeidsevnevurdering.

Samtidig er det viktig å huske at sykdom er et generelt begrep og sier som oftest ikke noe om hvor stor funksjonsevne en person faktisk har. Det er mange ting som påvirker en persons arbeidsevne og en ren medisinsk diagnose vil ofte være utilstrekkelig. Folk reagerer ulikt på sykdommer. Noen med mindre alvorlige sykdommer vil kunne bli slått helt ut, mens andre med alvorlige diagnoser vil kunne jobbe fullt. Dette er med på å skape tvil om sykdomsvilkåret er med på å sikre objektivitet og likebehandling i den grad som har blitt hevdet. Leger vil sjelden ha inngående kunnskaper om arbeidsmarkedet og hvilke muligheter som finnes for folk med ulike helseplager. Dette kan medføre at leger foreslår uførepensjon for pasienter som gjennom visse endringer kunne fungert i arbeidslivet i mye større grad. Dette kan tale for at sykdomsvilkåret likevel ikke er egnet som et vilkår for uførevurderingen og at vurderingen bør gjøre ut fra en ren arbeidsevnevurdering.

Videre er også et poeng at selv om sykdomsvilkåret fjernes, vil legeerklæringer likevel ha stor betydning. Som nevnt ovenfor har helsemessige årsaker vært veldig viktig i 95 % av uførepensjonssakene i Danmark. I slike tilfeller vil medisinske erklæringer være av stor betydning, men vil kanskje ikke bli vektlagt i så avgjørende grad som de ofte gjør i dag. Fjerning av sykdomsvilkåret vil dermed ikke medføre en særlig stor utvidelse av det allerede vide sykdomsbegrepet, men det vil åpne for noen spesielle tilfeller som i dag faller utenfor.

Som nevnt har vi hatt et sykdomsvilkår så lenge vi har hatt uførepensjon. Vilkåret er dermed godt innarbeidet i det norske systemet og gjennom de siste 50 årene har systemet utviklet seg slik at ytelsene er blitt tilpasset hverandre i stor grad. I dag er det flere ytelser fra folketrygden som stiller opp et sykdomsvilkår. Det er nok ikke aktuelt å fjerne sykdomsvilkåret generelt, blant annet ikke for sykepengene. Ved å ha samme vilkår for ulike ytelser vil reglene framstå som enklere og mer harmoniske. Videre kan det faktum at vi har hatt sykdomsvilkåret i så lang tid tyde på at det har fungert i henhold til den rollen vilkåret er ment å ha.

På den andre siden er det viktig at man ikke velger å holde seg unna endringer av den grunn at noe har fungert greit. Som oftest er det rom for forbedringer. Slik sett kan en arbeidsevnevurdering medføre at man i større grad vurderer den enkeltes rest-evner og på denne måten får folk i mest mulig aktivitet i forhold til deres evner.

Dersom vi fjerner sykdomsvilkåret vil det være sannsynlig at antall personer som får rett til uførepensjon kan øke. Å gi flere rett på uførepensjon vil kunne sies å gå i mot myndighetenes arbeidslinje med mål om å få flest mulig i arbeid. En mulig konsekvens er at flere som i dag går på sosialstønad vil få rett på uførepensjon. Da sosialstønad gir mindre i støtte hver måned enn uførepensjon vil dette medføre økte utgifter for staten.

Dette vil også kunne medføre en slags pasifisering i form av at folk som tidligere har gått på sosialstønad nå sikres en relativt god, fast inntekt. Sosialstønad er ment å være en midlertidig ytelse og gir såpass lite stønad i måneden at brukere vil ha et mye større økonomisk insentiv for å komme

tilbake i arbeid. Uførepensjon er ment å være en varig ytelse og vil i forhold til sosialstønad gi en betraktelig høyere inntekt. Dette kan medføre at en del som i utgangspunktet kunne ha kommet tilbake i jobb «velger» å bli uførepensjonister. For mange vil dette være et enklere alternativ enn å måtte gjøre en stor innsats for å komme seg tilbake i arbeidslivet. Det er viktig å påpeke at det også her ville stilles strenge krav til aktivitet og forsøk på å komme i arbeid, men likevel mener jeg at en slik muliggjøring av arbeidsløshet strider imot arbeidslinjen hvis mål er å få flest mulig i jobb.

Selv om det er et mål å begrense antallet uførepensjonister og utgiftene til uførepensjon, er det etter min mening meget betenkelig å gjøre dette på bekostning av de som er arbeidsuføre, men som ikke har «akseptert» sykdom. Behovet for inntekten er like reell. Sosialhjelp gir som nevnt mindre utbetaling enn uførepensjon. Dette medfører at det kan oppfattes slik at det foregår en forskjellsbehandling på hvem som er verdige og hvem som er uverdige mottagere. Har du tunge sosiale problemer, men ingen sykdom må du ta til takke med sosialhjelp.

Kjønstad mener at skillet mellom de som får uførepensjon på grunn av sykdom og de som ikke får det på grunn av sosiale problemer er en siste rest av et gammelt skille mellom de verdig og uverdige trengende⁵⁰. Etter min mening kan det virke noe merkelig at mannen som røyker mye og grunnet dette utvikler lungekreft skal ha rett på uførepensjon, mens en som har hatt store sosiale problemer opp gjennom oppveksten med for eksempel alkoholisererte og misbrukende foreldre og av denne grunn har vansker med å tilpasse seg samfunnet skal måtte leve på sosialstønad. I likhet med Kjønstad oppfatter jeg dette skillet som gammeldags. Man bør behandles ut fra den situasjonen man er i, ikke hva som har ført deg dit du har endt opp. Og det er ikke tvil om at alvorlige sosiale og økonomiske problemer kan være minst like nedbrytende som en diagnostisert dårlig rygg.

Det medisinske vilkår og arbeidslinjen ble i sin tid begrunnet med at man ønsket å unngå en «medikalisering» av tilstander. Slik jeg oppfatter det er sykdomsvilkåret i stedet blitt det som gjør at uførepensjonen er blitt medikalisert. Det legges stor, ofte avgjørende, vekt på legens diagnose av pasienten. En diagnose vil ofte vise hva en person sliter med og retter fokus mot hva som skal til for å behandle pasienten. Det blir altså et sterkt sykdomsfokus der årsaker og begrensninger tillegges stor oppmerksomhet, noe som kan medføre at vedkommende tenker seg enda sykere enn han/hun faktisk er. Det vil heller være fordelaktig å legge fokus på hva vedkommende faktisk klarer og har muligheter for å kunne gjøre. Å gå fra en negativ synsvinkel der fokus er på ens begrensninger til å fokusere på vedkommendes muligheter kan være med på å forhindre en mulig sykeliggjøring av seg selv og kan øke vedkommendes mestringfølelse. Dette vil igjen være med på å skape motivasjon for videre arbeid.

5.5 Konklusjon

På den ene siden kan sykdomsvilkåret være med på å sikre en mer objektiv vurdering av uførepensjonssøker. Vilkåret om sykdom er stilt for flere ulike folketrygdytelser, og det å fortsette å ha et sykdomsvilkår skaper en bedre sammenheng og bedre harmoni mellom bestemmelsene. Å stille et sykdomsvilkår støtter samtidig opp om arbeidslinjen da den medfører en større begrensning av hvem som har rett på stønaden enn en ren arbeidsevnevurdering. Å fjerne sykdomsvilkåret vil i tillegg kunne medføre en passivisering av de som i dag går på sosialstønad, men som etter eventuelt nye regler vil få rett på uførepensjon. Det er også et poeng at dersom sykdomsvilkåret skal fjernes vil dette være en prosess som vil ta lang tid og som vil medføre behov for større endringer i

⁵⁰ Asbjørn Kjønstad, *Folketrygdens uførepensjon*, Oslo 1992 s. 222-223.

regelverket.

På den andre siden vil fjerning av sykdomsvilkåret til fordel for en ren arbeidsevnevurdering åpne for en større skjønnsmessig vurdering der søkers muligheter og rest-arbeidsevne kommer i fokus. Det å utnytte enhvers resterende arbeidsevne vil være i samsvar med arbeidslinjen. Videre vil det å fjerne sykdomsvilkåret fjerne skillet mellom verdige og uverdige trengende. Mens sykdomsvilkåret fokuserer på sykdom og hva som er galt, fokuserer en ren arbeidsevnevurdering på hva man kan og hvilke muligheter man har.

Etter denne avveiningen mener jeg at vi i dag bør fjerne sykdomsvilkåret. Som jeg har vist ovenfor har vilkåret sine positive sider, men jeg tror det vil være en fordel for trygdesystemet å endre reglene til en fokusering på muligheter og restarbeidsevne framfor et fokus på begrensninger og sykdom. Det avgjørende punktet mener jeg er at en fokus på rest-arbeidsevne kan bidra til å få flere delvis tilbake i arbeid. Dette vil være positivt for samfunnet, men særlig individets følelse av egenverd vil kunne tjene på dette. Og ikke minst vil dette fjerne skillet mellom det Kjørstad omtaler som de verdige og uverdige trengende.

Sykdom som vilkår for rett til uførepensjon er ikke oppe til vurdering av myndighetene i dag, men spørsmålet bør etter min mening taes opp om ikke så altfor lenge. En endring vil også som nevnt kreve en lang prosess med forberedelser og lovendringer, slik at det nok blir en god del år til vi eventuelt får en slik endring.

6. Oppsummering og avslutning

Sykdomsvilkåret er et dynamisk begrep og hva begrepet omfatter endres med tiden. Dette gjør at vilkåret stadig vil medføre at man må foreta vurderinger for å finne ut av hva som er gjeldende rett. Samtidig er dette med på å gjøre at vilkåret følger utviklingen i samfunnet og tilpasser seg disse endringene.

Spørsmålet om det må ligge til grunn en diagnose har versert i juridisk teori og i praksis de siste tiårene. Dette har enda ikke vært oppe i høyesterett, men det ser ut til at lagmannsrettpraksis tilsier at det ikke lenger stilles opp et krav om diagnose. Det avgjørende blir en helhetsvurdering av symptomenes art og grad. Dette forutsetter selvsagt at det er foretatt en omfattende utredning av tilstanden.

Avgrensningen mellom sykdom og sosiale problemer har vært problematisk siden innføringen av uføretrygden. Etterhvert som grensene for hva som har vært ansett som sykdom har flyttet seg har også grensene mellom sykdom og sosiale problemer endret seg. I starten var det «de utestengte gruppene» som skapte hodebry. I dag kan det se ut til at praksis ikke problematiserer hva som er å anse som et sosialt problem i særlig grad. Nå er det vurderingen av om sykdommen eller det sosiale problemet er å anse som hovedårsak som er det mest sentrale.

Det har tidligere blitt vurdert å fjerne sykdom som et vilkår for uførepensjon. Et alternativ til sykdomsvilkåret vil være en ren arbeidsevnevurdering slik de har i Danmark. Dette vil kunne endre fokus fra sykdom og begrensninger til muligheter og styrker. Denne typen vurderinger vil forhåpentligvis kunne være med på å endre sykeliggjøringen som det kan hevdes skjer i Norge i

dag. Å endre vilkårene for retten til uførepensjon er ikke oppe til vurdering i dag. Mye taler likevel for at myndighetene snart bør ta dette opp til vurdering på nytt.

7. KILDER

Litteratur

Holgersen, Gudrun, *Sykdom som trygderettslig vilkår*, 1992, Jussens Venner
Holgersen, Gudrun og Nils Nygaard, *Trygderettslige emner*. 1. utgave (Bergen 1998)
Kjønstad, Asbjørn, *Innføring i trygderett*. 4. utgave (Oslo 2009)
Kjønstad, Asbjørn, *Folketrygdens uførepensjon*. 2. utgave (Oslo 1992)
Brækhus, Hege, *Mor kan ikke bli syk : om uførepensjon til husmødre etter folketrygdloven i et kvinnerettslig perspektiv*, (Ukjent 1996)

Lover

Lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19
Lov om folketrygd av 17. juni 1966
Lov om uføretrygd av 22. januar 1960

Forarbeider

NOU 1977: 14
NOU 2007: 4
Ot.prp. nr. 22 (1959)
Ot.prp. nr. 102 (2001-2002)
Ot.prp. nr. 29 (1995-1996)
Ot.prp. nr. 42 (1994-1995)

Dommer fra lagmannsretten

LB-2002-3880
LB-2004-32885
LG-2007-16572
LG-2007-177077
LB-2007-190590
LB-2010-53598

Kjennelser fra Trygderetten

TRR-2001-1103
TRR-2006-583
TRR-2009-1731

Annet

NAVs internettsider, *Mottakere av uførepensjon som andel av befolkningen, etter kjønn og alder*, (2012), se NAVS internettsider (www.nav.no) http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Uførepensjon/Uførepensjon/Mottakere+av+uførepensjon+som+andel+av+befolkningen+*%29%2C+etter+kjønn+og+alder.+Pr.+30.09.2002-2011**%29.290623.cms

NAVs rundskriv til kapittel 12, generell del, se NAVs internettsider (www.nav.no), [http://](http://www.nav.no)

www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/Generell+del+-+Kapittel+12.183537.cms (lokalisert april 2012)

NAVs rundskriv til § 12-6, se NAVs internettsider (www.nav.no), <http://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/%2512-6+Sykdom%2C+skade+eller+lyte.+Krav+til+arsakssammenheng.148018.cms> (lokalisert april 2012)

St.meld nr. 39 (1991-1992)

Vandvik, I.H., *Tilpasningsforstyrrelse*. I Store Norske Leksikon. Lokalisert 9. april 2012 på <http://www.snl.no>