

UiO : **Det juridiske fakultet**

Sykdomsbegrep på avveie

En kritisk analyse av sykdomsbegrepet i folketrygdloven med særlig vekt på unge uføre

Kandidatnummer: 540

Leveringsfrist: 25.11.2022 kl. 12.00

Antall ord: 17 372



Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Problemstilling	1
1.2	Rettskilder og metode	2
2	TRYGDENS SYKDOMSBEGREP: HISTORISK OVERSIKT	3
3	TRYGDENS SYKDOMSBEGREP: HOVEDTREKK I UTVIKLINGEN	4
4	SYKDOMSBEGREPET I UFØRETRYGDLOVEN 1960	5
4.1	«Alvorlige og varige, objektivt registrerbare symptomer»	5
4.2	Ny ytelse under attføring	6
4.3	Sykdomsbegrepets grenser	7
4.4	Hvorfor hørte ikke visse grupper hjemme i en uføretrygd?	9
4.5	Oppsummering	10
5	SYKDOMSBEGREPET I FOLKETRYGDLOVEN 1966	11
5.1	Bakgrunn	11
5.2	Oppmykning i loven?	11
5.3	Politiske og medisinske trender	13
5.4	Oppmykning i trygderettspraksis	14
5.5	Økt levestandard for minstepensjonister	16
5.6	Innstramminger i attføringskravet	16
5.7	Bedre diagnostisering fremfor innstramming av medisinske vilkår	18
5.8	Sykdom, helse, sykerolle og medikalisering	18
5.9	Innstramming av medisinske vilkår 1991-95	20
5.10	Ny giv i attføringen	23
5.11	Endringer etter TRR-1994-21 (Fibromyalgikjennelsen)	25
5.12	Ny arbeidsledighetsproblematikk	27
6	SYKDOMSBEGREPET I FOLKETRYGDLOVEN 1997	28
6.1	Innledning	28
6.2	Funksjonsvurdering i stedet for sykdomskrav?	29
6.3	Medikaliseringsdebatten lever videre	32
6.4	Attføringsapparatet som aldri ble godt nok	34
7	OPPSUMMERING	35

8	UNG UFØR.....	36
8.1	Innledning: Beregning av uføretrygd	36
8.2	Historikk	37
8.3	Innstramminger i ordningen.....	38
8.4	Rettspraksis	39
8.5	Konsekvenser av alvorlighetskriteriet	40
8.6	Funksjonssvikt som alvorlighetskriterium.....	41
8.7	Konklusjon.....	42
9	SYKDOMSBEGREPET I MEDISINEN	42
9.1	Ontologisk og relasjonelt sykdomsbegrep	42
9.2	Hvilket begrep viser seg i trygden?.....	43
9.3	Hva med medikalisering?	45
10	DOMSTOLSKONTROLL OG RETTSKILDESLØYFER.....	47
	LITTERATURLISTE	50
	Litteratur	50
	Lover 51	
	Forskrifter og instruksjer	51
	Forarbeider: NOU-er	51
10.1	Forarbeider: Stortingsmeldinger	52
10.2	Forarbeider: Proposisjoner og representantforslag.....	52
	Forarbeider: Innstillinger	53
	Rettspraksis	54

1 Innledning

1.1 Problemstilling

Denne oppgaven tar for seg sykdomsbegrepet i folketrygdloven (ftrl.) når det gjelder retten til uføretrygd etter lovens kapittel 12.

For å ha rett til uføretrygd må evnen til å utføre inntektsgivende arbeid (inntektsevnen) være varig nedsatt. Det stilles spesielle krav til hva som kan være årsaken til uførheten. Det er et vilkår at man har varig sykdom, skade eller lyte. Den medisinske lidelsen må ha medført en varig funksjonsnedsettelse. Denne funksjonsnedsettelsen må være hovedårsaken til at inntektsevnen er nedsatt. De to skrittene fra sykdom til nedsatt inntektsevne kalles gjerne for det dobbelte årsakskrav.¹ Sosiale eller økonomiske problemer gir ikke rett til uføretrygd. I vurderingen av hvor mye inntektsevnen er nedsatt (uføregrad), legges det vekt på alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn og arbeidsmuligheter, selv om sykdom må være hovedårsaken til nedsettelsen. Når det skal avgjøres om det foreligger sykdom, legges det til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Dette fremgår av ftrl. §§ 12-6 og 12-7.

Oppgaven tar for seg sykdomsbegrepet slik det har kommet til uttrykk i lovforarbeider fra etterkrigstiden og frem til i dag. Den beskriver endringene i hvilke krav som har blitt stilt til dokumentasjon av sykdom, og hva som har blitt regnet for sykdom og ikke. Basert på undersøkelser av trygden og den medisinske vitenskap – bare kalt «medisinen» – sitt sykdomsbegrep, blir førstnevnte gjenstand for en kritisk analyse. Jeg spør om medisinenes sykdomsbegrep i tilstrekkelig grad har blitt tatt opp i det rettslige begrepet, og spør hvordan politiske mål om høy sysselsetting og økonomisk innsparing også kan ha formet trygdens sykdomsbegrep.

I denne sammenhengen ser jeg særlig på kravet til «alvorlig sykdom» for å få forhøyet minstepensjon som ung ufør etter ftrl. § 12-13 tredje ledd, og problematiserer Høyesteretts nylige avklaring av at alvorligheten må knyttes til den medisinske lidelsen i seg selv, og ikke bare konsekvensene sykdommen har for funksjonsevnen.² Jeg spør om medisinenes sykdomsbegrep går overens med et slikt syn.

¹ Kjønstad/Haider (2018) s. 174.

² HR-2021-2276-A, i avsnitt 48.

Til sist spør jeg hvordan det rettslige sykdomsbegrepet eventuelt må modifiseres for å ta hensyn til begrepet i medisinen, og hvilke problemer som kan oppstå hvis de skal komme nærmere hverandre.

Hvis det er stor avstand mellom det rettslige og det medisinske sykdomsbegrepet, spør jeg hvordan dette påvirker domstolskontrollen med lovanvendelsesskjønn. Hvis det medisinske begrepet ikke er synlig nok i det rettslige, kan en skjev forståelse av sykdom dessuten forplante seg tilbake i forvaltnings- og rettspraksis når Høyesterett har talt.

Oppgaven analyserer hovedsakelig innholdet av det rettslige sykdomsbegrepet over tid. Perspektivet er retts sosiologisk i det oppgaven spør hvordan retten har blitt skapt i samspill med forskjellige samfunnsprosesser. I stor grad er den også rettspolitisk anlagt, i det jeg argumenterer for endringer i sykdomsbegrepet.

1.2 Rettskilder og metode

Mye av oppgaven presenterer synet på sykdom i lovforarbeider over en lengre tidsperiode. Jeg forsøker å tegne et systematisk bilde av forståelsen av sykdom som kommer til uttrykk der. Det innebærer en fortolkning og sammenligning av uttalelser i forarbeidene som best kan beskrives som en kvalitativ innholdsanalyse.

Et mål med denne metoden er å få «innsikt i hvilke fortellinger, meninger, argumenter, holdninger eller verdier som er sentrale i ulike tekster.»³

Tekstene er samlet inn gjennom systematisk bruk av Lovdatas database, både ved gjennomgang av lovendringer med tilknyttede forarbeider, og ved å følge henvisningene innad i de forskjellige tekstene. Kildematerialet er i det vesentlige lovtekster, proposisjoner, stortingsmeldinger, offentlige utredninger og rettspraksis fra Trygderetten og Høyesterett. Relevant innhold er trukket ut fra tekstene for å tegne et bilde av hvilke holdninger som kommer til uttrykk over tid.

Når det gjelder medisinenes sykdomsbegrep trekker jeg på forskjellige kilder som jeg har ansett for å være representative. Det er for eksempel artikler skrevet av fagpersonell og et medisinsk kyndig rettsmedlem i Trygderetten.

³ Store norske leksikon: «Innholdsanalyse», <https://snl.no/innholdsanalyse>

2 Trygdens sykdomsbegrep: Historisk oversikt

Med uføretrygdloven av 1960⁴ fikk vi den første ordningen der uførepensjon kunne innvilges på grunnlag av sykdom helt generelt. Fra denne tiden har det både vært krav til at en må ha sykdom, at sykdom er årsak til at inntektsevnen er redusert, og at inntektsevnen er redusert med en viss andel. Disse kravene har imidlertid variert betydelig over tid.

Uføretrygdloven krevde at man hadde alvorlige og varige, objektivt registrerbare symptomer på sykdom. Den som etter hensiktsmessig behandling fortsatt hadde slike symptomer ble regnet som ufør, jf. § 2. Inntektsevnen måtte være redusert på grunn av uførheten, og den måtte være redusert med minst to tredjedeler, jf. § 4.

I folketrygdloven av 1966⁵ ble kravet til alvorlige og varige, objektivt registrerbare symptomer fjernet. Retten til uførepensjon forutsatte nå bare at inntektsevnen var nedsatt på grunn av «sykdom», og inntektsevnen måtte bare være nedsatt med minst halvparten, jf. § 8-3 første ledd. Hensiktsmessig behandling, arbeidstrening, opplæring eller annen form for attføring måtte også være gjennomført, jf. samme ledd.

I 1991 ble det innført et skjerpet dokumentasjonskrav for lidelser uten objektive funn. I en forskriftsbestemmelse ble det krevd at det måtte antas å foreligge bred medisinskfaglig enighet om vurderingen av at det forelå sykdom og av om sykdommen var årsak til en funksjonsnedsettelse.⁶ Forskriften innførte også kravet til at sykdomsbegrepet skal være vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis.⁷ Inntektsevnen skulle som før være varig nedsatt, men nå skulle også den medisinske lidelsen ha ført til en funksjonsnedsettelse som i seg selv var varig.⁸ Dessuten ble årsakskravet i loven skjerpet ved at nedsettelsen av inntektsevnen *i vesentlig grad* måtte skyldes sykdom.⁹

I etterkant av Trygderettens kjennelse i TRR-1994-21 ble de særskilte kravene til lidelser uten objektive funn fjernet. Samtidig ble kravene til et vitenskapelig basert sykdomsbegrep og til varig funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom flyttet fra forskriften og inn i loven. I tillegg ble det lovfestet at sosiale og økonomiske problemer ikke ga rett til uførepensjon. I stedet for

⁴ Lov 22. januar 1960 nr. 1 om uføretrygd.

⁵ Lov 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd.

⁶ Se endringslov 14. juni 1991 nr. 33 og forskrift 26. september 1991 nr. 628.

⁷ Jf. forskrift 26. september 1991 nr. 628 § 1 første ledd.

⁸ Jf. forskrift 26. september 1991 nr. 628 § 1 annet ledd.

⁹ Jf. endringslov 14. juni 1991 nr. 33 § 8-3 første ledd.

at den nedsatte inntektsevnen *i vesentlig grad* måtte skyldes sykdom, skulle sykdom nå være *hovedårsaken*.¹⁰ Denne rettstilstanden ble videreført i folketrygdloven av 1997¹¹, jf. § 12-6.

3 Trygdens sykdomsbegrep: Hovedtrekk i utviklingen

Variasjonene ovenfor kan se ut til bare å knytte seg til hvor stor del av uførheten som må skyldes sykdom, hvilke krav som stilles til dokumentasjon av sykdom mv., mens hva som faktisk er sykdom er nøytralt og i hovedsak definert av medisinen. Forarbeidene til uføretrygdloven og de to folketrygdlovene har imidlertid en del uttalelser om hva som er sykdom som jeg vil se nærmere på.

Synet på sykdom som kommer til uttrykk i forarbeidene formes særlig av tre faktorer. For det første er det variasjoner i hvor strenge krav som stilles til dokumentasjon av sykdom og hvor stor rolle sykdom må spille, gjennom diverse innstramminger og oppmykninger over tid. I denne kategorien finner vi de strengere kravene til dokumentasjon av diffuse lidelser som gjaldt i 1991-95, men også en rekke uttalelser om forholdet mellom sykdom og sosiale problemer. Jeg peker på at begge deler – mer eller mindre eksplisitt – gir uttrykk for hva man ser på som reell sykdom.

For det andre har det hele tiden vært vektlagt at attføring (medisinsk behandling og/eller arbeidsrettede tiltak) skal forsøkes før en uføreytelse kan innvilges. Her har det også vært variasjoner både i lovfestede krav og i gjennomføringen av kravene, blant annet som følge av begrensninger i tilgjengelige tiltak. Innstramminger ble først innført for unge personer med rus- og psykososiale problemer, mens arbeidsrettede tiltak i dag skal forsøkes av alle så lenge det ikke er åpenbart uhensiktsmessig, jf. ftrl. § 12-5. Jeg peker på at en tilsynelatende skepsis til visse lidelser har ført til at disse har blitt utelukket fra uføreordningene fordi man mener at de *skal kunne bedres* gjennom attføring. Problemet har vært at noen grupper ble utelukket selv om attføring ikke førte frem. Dette kan synes å avvike fra prinsippet om at den som etter gjennomført attføring fortsatt er ufør på grunn av sykdom, har rett til uføreytelse. Samtidig er det uttrykk for et syn på den medisinske prognosen ved visse tilstander.

For det tredje har endringer vært motivert av økonomiske hensyn. Utviklingen i sysselsettingen og antallet uførepensjonister har flere ganger begrunnet innstramminger, og da gjerne ved at man ønsker å presisere at uføreordningen er forbeholdt de som virkelig er syke. Jeg peker på at også slike presiseringer har gitt uttrykk for et syn på hva som er sykdom.

¹⁰ Jf. folketrygdloven 1966 § 8-3, jf. endringslov 16. juni 1995 nr. 32 § 8-3.

¹¹ Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd

Jeg konkluderer med at disse hovedtrekkene har bidratt til at sykdomsbegrepet i folketrygden har kommet på avveie sammenlignet med sykdomsbegrepet i medisinen, og at dette er problematisk fordi sykdomsbegrepet skal være vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Utviklingen har likevel gått i begge retninger over tid. Retten til forhøyet minstteytelse som ung ufør etter ftrl. § 12-13 tredje ledd trekkes frem som et eksempel på at sykdomsbegrepene etter mitt syn har blitt for ulike.

I det følgende ser jeg nærmere på sykdomsbegrepet i uføretrygdloven og de to folketrygdlovene fra 1966 og 1997. Siden sykdomsbegrepet har blitt formet av krav til attføring og utviklingen i sysselsetting og uførepensjonering, blir disse trekkene også tatt med i drøftelsen.

4 Sykdomsbegrepet i uføretrygdloven 1960

4.1 «Alvorlige og varige, objektivt registrerbare symptomer»

Uføretrygdloven § 2 lød:

Ufør etter denne lov er den som etter å ha gjennomgått hensiktsmessig behandling frembyr alvorlige og varige, objektivt registrerbare symptomer på sykdom, skade eller lyte.

Kravet til sykdom og gjennomgått behandling (medisinsk attføring) fremgikk altså av § 2. For å få uførepensjon måtte inntektsevnen være nedsatt med minst to tredjedeler på grunn av uførheten. Dette fremgikk av § 4, som også inneholdt kravet til *yrkesmessig* attføring:

Den som er over 18 år og som på grunn av uførhet ikke kan anses i stand til å yte mer enn en tredjedel av normal arbeidsinnsats på et arbeidsområde som høver for ham, har rett til uførepensjon.

Uførepensjon skal først tilstås når det etter gjennomgått hensiktsmessig arbeidstrening, yrkesopplæring eller annen form for attføring er endelig fastslått at den uføre fyller vilkårene i første ledd. [...]

Det var kravet til objektivt registrerbare symptomer som i hovedsak skulle sikre at det forelå sykdom etter uføretrygdloven. Dette ble beskrevet som «et krav om at lidelsen må kunne påvises gjennom de medisinske undersøkelser legevitenskapen til enhver tid anvender. Det er selvsagt ikke tilstrekkelig at pasienten selv angir å ha de symptomer som det er spørsmål om.

Pasientens subjektive angivelse må ha støtte i de resultater legene kommer til gjennom medisinske undersøkelser.»¹²

Man anerkjente altså ikke tilstander som bare ble fastsatt på bakgrunn av subjektivt angitte plager. I hvilken grad man tenkte at slike plager også kunne bekreftes objektivt, kommer ikke klart frem. For eksempel kan en se for seg at en konsistent rapportering av plagenes karakter til forskjellige behandlere over tid ville vært med på å skape en objektivitet som kunne aksepteres. Psykiske lidelser var dessuten ikke utelukket, selv om diagnostiseringen her ville måtte gjøres klinisk.

Videre måtte symptomene være alvorlige. Det var de «hvis de betyr et vesentlig handicap for vedkommende. Det må være på det rene at vedkommende sammenlignet med friske mennesker har fått en vesentlig ulempe».¹³

Dette var også et strengt krav, men må ses i sammenheng med at det for å innvilge uførepensjon ble krevd en stor nedsettelse av inntektsevnen. Forslaget i proposisjonen var tre fjerdedels nedsettelse. Selv om det ble redusert til to tredjedeler i komitebehandlingen¹⁴ tenkte man seg at attføring ville føre til at personen «enten kommer i høvelig arbeid og oppnår normal eller i det vesentlige normal arbeidsinntekt eller det viser seg at han ikke kan klare vanlig fast arbeid, slik at han blir uten arbeidsinntekt eller bare får ubetydelige inntekter.»¹⁵ Derfor fantes det foreløpig ikke noen gradering av uførepensjonen, men ble bare gitt 100 % ytelse. Det er klart at mindre alvorlige lidelser vanskelig kunne føre til en så stor inntektsuførhet.

4.2 Ny ytelse under attføring

I denne sammenhengen anerkjente man allikevel at samme sykdom kan få svært ulike konsekvenser for forskjellige personer, og at dette ville føre til variasjoner i uførhet: «Hvis samme type og grad av klappfeil i hjertet foreligger hos en kontormann og hos en skogsarbeider, vil uførhet inntre på et langt tidligere tidspunkt hos skogsarbeideren.»¹⁶

Av denne grunn ble attføring helt sentralt i forbindelse med innføringen av alminnelig uføretrygd. Hvis skogsarbeideren med hjertefeil kunne bli kontormann, ville han kanskje kunne

¹² Ot.prp. nr 22 (1959) s. 12.

¹³ L.c.

¹⁴ Innst. O. VIII (1959-60) s. 11.

¹⁵ L.c.

¹⁶ Ot.prp. nr. 22 (1959) s. 2.

jobbe til tross for sykdommen. Dessuten pekte man på at uførepensjon ville gi uheldige insentiver for den som skulle attføres. Ot.prp. nr. 22 (1959) innførte derfor en egen lov om attføringshjelp, som skulle gi midlertidig økonomisk støtte under attføring. I proposisjonen ble den kalt lov om tillegg til lov om syketrygd av 2. mars 1956¹⁷, men i komitebehandlingen ble navnet endret til lov om attføringshjelp.¹⁸

Helsedirektøren anbefalte i denne sammenhengen at man opprettet «regionale, sosialmedisinske avdelinger [på] sentralsykehus [fordi de fleste] av dem som har behov for attføringstiltak, er [...] sykehusbehandlet for den tilstand som gjør attføring nødvendig [uten at behovet blir] konstatert under sykehusoppholdet»¹⁹. Dette skyldtes sykehusenes spesialiserte rolle.

Tiltaksapparatet hadde generelt et stort behov for å bli utbygd ettersom den nye uføretrygden stilte vilkår om å gjennomføre hensiktsmessig attføring. Behovet ble påpekt allerede i innstillingen til to stortingsmeldinger fra 1948 og 1951 om en felles trygdeordning.²⁰ Ved innføringen av uføretrygdloven var apparatet fortsatt langt fra tilfredsstillende.²¹

4.3 Sykdomsbegrepets grenser

Hva slags sykdommer ble anerkjent etter uføretrygdloven? Det var ikke noe prinsipielt skille mellom psykiske og somatiske lidelser. Man mente for eksempel av alvorlige psykiske lidelser «i regelen vil kunne fastslås på grunnlag av medisinske undersøkelser og prøver.»²²

Lettere psykiske lidelser og diffuse somatiske tilstander – typisk smertetilstander uten klare funn – falt derimot ofte utenfor. Når det gjaldt førstnevnte mente man at

de medisinske kriterier har mindre skarpe konturer og er vanskeligere å registrere objektivt. Slike sykdomstilstander kan under tiden skyldes miljøskader og sosial feiltilpasning, og det er ofte vanskelig å trekke grensen til psykopati og visse andre former for asosialitet. Overgangen til normal tilstand er også flytende. Hvorvidt det dreier seg om en sykdomstilstand eller ikke, vil — generelt sett — avhenge av hvordan den medisinske vitenskap til enhver tid utformer sykdomsbegrepet.²³

¹⁷ Ibid. s. 1.

¹⁸ Lov 22. januar 1960 om attføringshjelp, jf. Innst. O. VIII (1959-60) s. 1.

¹⁹ Ot.prp. nr. 22 (1959) s. 84.

²⁰ Innst. S. nr. 265 (1952) s. 584, jf. St.meld. nr. 58 (1948) og St.meld. nr. 12 (1951).

²¹ Innst. O. VIII (1959-60) s. 10.

²² Ot.prp. nr. 22 (1959) s. 11.

²³ L.c.

Her ser vi for det første at miljøskader, sosial feiltilpasning, psykopati og asosialitet utdefineres fra sykdomsbegrepet. De kunne i høyden være med på å *forårsake* sykdom, men det ser ikke ut til at man da ville akseptere den resulterende sykdommen, i alle fall ikke hvis den tok form av en lettere mental lidelse. At sykdomsbegrepets grenser kunne være flytende er en ting, men det ble ikke foretatt noen nærmere drøftelse av Helsedirektørens beskrivelse av «ekologi» i samme proposisjon, der han redegjorde for hvordan medisinen ser på sosiale forhold som ledd i utviklingen av reell sykdom.

Departementet uttalte seg også om sitt syn på den medisinske prognosen ved lettere mentale lidelser. Her mente man at «mulighetene for bedring ved fortsatt behandling sjelden [vil] bli oppgitt [fordi] utsiktene til helbredelse eller bedring i særlig grad [er] avhengig av at man stadig arbeider med pasienten med sikte på sosial og yrkesmessig rehabilitering. Det vil derfor bare rent unntaksvis forekomme at pasienten anses ufør slik at spørsmålet om uførepensjon kan bli tatt opp. Pensjonering er i det hele tatt ikke noen adekvat hjelpeform i disse tilfelle.»²⁴

Det skulle altså svært omfattende forsøk på attføring til før man var villig til å konstatere at personen hadde fått en varig uførhet i disse tilfellene. Uttalelsen tilsier nærmest at disse tilstandene i prinsippet alltid vil kunne bedres. Som vi skal se i NOU 1977: 14 ga ikke erfaringene med behandling av slike tilstander grunn for denne optimismen. Denne utredningen problematiserte også hvordan noen lidelser dermed ble utelukket fra en uførepensjon som har til formål å dekke et inntektstap, og som ikke er en «hjelpeform» for selve sykdommen.

Til sist beskrives situasjonen der miljøskade mv. var den direkte årsaken til uførheten. Dette var tilstander som eksplisitt ble utdefinert fra sykdomsbegrepet:

Personer som f. eks. på grunn av miljøskade mangler evnen til å tilpasse seg normalt regelmessig arbeid, hører ikke hjemme i en uføretrygd. Det samme gjelder personer som på grunn av alkoholisme, avhengighet av narkotika, kriminelle tilbøyeligheter eller psykopatisk konstitusjon er mer eller mindre uskikket i arbeidslivet. Dette klientell kan etter departementets syn ikke ytes hensiktsmessig hjelp ved de ytelser en uføretrygd kan gi. De bør ha spesialbehandling med sikte på sosial rehabilitering av et personale som har særlig innsikt i de problemer som knytter seg til sosial avsporing, miljøskade og tilpasningsvansker.²⁵

Miljøskader, alkoholisme, narkotikaavhengighet, kriminalitet og psykopati var altså ikke å regne som sykdom. Departementet konstaterte dette uten å drøfte tilstandene nærmere. Særlig

²⁴ L.c.

²⁵ Ibid. s. 11-12.

avhengighetslidelsene og psykopati kan det nok stilles spørsmål ved om medisinen ville utdefinert fra sykdomsbegrepet på denne tiden. Det viktigste for oss er imidlertid hvordan de samme tankene fortsatte å ha betydning i trygdelovgivningene videre.

4.4 Hvorfor hørte ikke visse grupper hjemme i en uføretrygd?

Igjen viste departementet til at de ovennevnte gruppene ikke ville få hensiktsmessig hjelp gjennom en uføretrygd. Imidlertid nevnte man her «de ytelser en uføretrygd kan gi», og ikke bare uførepensjonen. Uføretrygden skulle være en grunntrygd til dekning av grunnleggende behov som fulgte av sykdom, og var tenkt utbygd med tilleggspensjoner etter hvert. Den omfattet foreløpig grunnstønning til ekstraavgifter ved uførhet og hjelpestønning ved behov for pleie og tilsyn, i tillegg til uførepensjonen.

En egen stønning under attføring ble første gang innført samtidig med uføretrygdloven, og drøftelsene i proposisjonen tyder på at man i prinsippet også så attføringspengene som en integrert del av uføreordningen. Tidligere jobbet man gjerne med attføring parallelt med at en pensjonsytelse var blitt innvilget. I en omtale av erfaringer med attføring uttales det følgende: «Under slikt attføringsarbeid gjør en — rent generelt — ikke sjelden den erfaring at en innvilget pensjon synes å vanskeliggjøre et vellykket resultat.»²⁶

Selv om man var tydelig på at attføring nå skulle forsøkes før uførepensjon ble innvilget, synes tankegangen fortsatt å bære preg av den tidligere ordningen. Poenget er at de tiltakene som attføringspengene og uførepensjonen skulle legge til rette for, var medisinsk behandling og (særlig) omskolering til et nytt yrke. Når departementet mente at denne gruppen i stedet trengte «spesialbehandling med sikte på sosial rehabilitering av et personale som har særlig innsikt i de problemer som knytter seg til sosial avsporing, miljøskade og tilpasningsvansker»²⁷, kan vi se at tiltakene etter deres syn ikke passet særlig godt.

Når det gjelder uførepensjonen kan det tenkes at kravet om gjennomført attføring ble sett som umulige å oppfylle for denne gruppen, fordi de ikke ville kunne nyttiggjøre seg tiltakene med sine tilpasningsvansker. I dette perspektivet gir kanskje uttalelsen om at visse grupper ikke hørte hjemme i en uføretrygd mening.

Samtidig var resultatet at de ble utestengt fra uførepensjonen, som jo har til formål å være en inntektssikring. Det kan altså tenkes at dette var fordi gruppen ikke passet inn i den

²⁶ Ibid. s. 3.

²⁷ Ibid. s. 12.

attføringsprosessen som man skulle gjennom før uførepensjon kunne gis. Det er ikke like klart om konsekvensen med utestengelse fra uførepensjon var gjennomtenkt, men når det gjaldt ytelser til denne gruppen pekte man på at en lov om sosialhjelp var under utredning på samme tid.²⁸ Det var altså ikke slik at visse grupper skulle stå helt uten ytelse. Poenget var heller at uførepensjonen ikke ble ledsaget av aktive tiltak, mens andre ytelser skulle være det.

Når disse tilstandene ikke «hørte hjemme» i uføretrygd, synes det til syvende og sist å kunne i at de ikke ble regnet som uhelbredelige. Dette ser ut til å gjelde miljøskade, avhengighet mv. som var eksplisitt utdefinert fra sykdomsbegrepet, men også lettere mentale lidelser og diffuse somatiske lidelser som lå i grenselandet for begrepet. Hvorvidt man så på disse tilstandene som mer eller mindre «valgfrie», et spørsmål om moral eller lignende, er ikke klart, men det kan tross alt synes som at man ville passe på at disse gruppene fikk ytelser som var ledsaget av tiltak og oppfølging – «passende hjelp» – all den tid man mente tilstandene kunne endres. Derfor traff de ikke utgangspunktet for uførepensjonen, nemlig «at det foreligger en medisinsk tilstand [...] som en ikke kan regne med vil bli helbredet.»²⁹

4.5 Oppsummering

Sykdomsbegrepet i uføretrygdloven kan sies å inneholde en skepsis til subjektivt angitte plager som ikke kunne bekreftes med medisinske undersøkelser, noe som utelukket diffuse lidelser.

På grunn av krav til alvorlig sykdom ble en del lettere mentale lidelser mv. også utelukket, noe som henger sammen med kravet til nedsatt inntektsevne med minst to tredjedeler.

Til sist ble miljøskader, avhengighetstilstander mv. ikke sett på som sykdom, og derfor i prinsippet sett på som mulige å endre, slik at de ikke hørte hjemme i en uføretrygd.

²⁸ L.c.

²⁹ Ibid. s. 2.

5 Sykdomsbegrepet i folketrygdloven 1966

5.1 Bakgrunn

Arbeidet med en samlet folketrygd var påtenkt før uføretrygdloven. Allerede i innstillingen til denne loven uttalte sosialkomiteen at det var «ønskelig at man om ikke for lenge kunne få samlet sosialtrygdene i en mer en helhetlig, oversiktlig og rasjonell folketrygd.»³⁰

I en stortingsmelding fra 1964 ble hovedprinsippene for en folketrygd lagt frem.³¹ Uføretrygden var da som nevnt en grunntrygd som skulle gi en minste levestandard. Nå pekte man på at «[d]et moderne syn på pensjonen som ‘etterlønn’ innebærer [...] at det bør være et rimelig forhold mellom pensjon og arbeidsinntekt. [Dermed burde] yrkesutøvere med inntekt over en viss grense sikres pensjon som er gradert i forhold til tidligere arbeidsinntekt.»³²

Dette var starten på det felles systemet med tilleggspensjoner basert på inntekt og pensjonsgivende tid³³, som skulle komme på toppen av grunntrygden som alle ville få. På denne tiden fantes det allerede en rekke frivillige pensjonsordninger basert på arbeidsinntekt, men for at slike ordninger skulle komme alle til gode var det behov for lovregulering.³⁴

Forsøk på attføring skulle fortsatt være helt sentralt før en uførepensjon kunne innvilges. Uførepensjonen og attføringspengene skulle derfor integreres i den nye folketrygdloven.³⁵ Dessuten skulle gradering av uførepensjonen utredes.³⁶ I proposisjonen til folketrygdloven ble til slutt alderstrygd, attføringshjelp, uføretrygd, enke- og morstrygd og forsørgertrygd for barn foreslått integrert i loven.³⁷

5.2 Oppmykning i loven?

Folketrygdloven medførte vesentlige endringer i kravet til dokumentasjon av sykdom. Uføretrygdlovens krav til objektivt registrerbare symptomer hadde vært «gjenstand for

³⁰ Innst. O. VIII (1959-60) s. 9.

³¹ St.meld. nr. 75 (1963-64).

³² Ibid. s. 18-19.

³³ Ibid. s. 18.

³⁴ Ibid. s. 19.

³⁵ Ibid. s. 30.

³⁶ Ibid. s. 31.

³⁷ Ot.prp. nr. 17 (1965-66) s. 1.

tolkingsproblemer, idet man til dels ved praktiseringen av bestemmelsen [hadde] stilt for store krav til symptomenes ytringsformer.»³⁸ Derfor bestemte man seg for å sløyfe dette kravet, og i stedet bare stille krav til en sammenheng med «sykdom». Forslaget til § 8-3 første ledd ble slik:

Den som er 18 år eller eldre, har rett til uførepensjon dersom hans ervervsevne etter gjennomgått behandling, arbeidstrening, opplæring eller annen form for attføring som anses hensiktsmessig, fortsatt er varig nedsatt med minst en fjerdedel på grunn av sykdom, skade eller lyte.³⁹

Departementet uttalte at dette ikke innebar «noen reell endring av de nåværende helsemessige vilkår for å få ytelser.»⁴⁰ Uførheten skulle fortsatt ha en medisinsk årsak.⁴¹ Det må forstås som at kravet om å ha sykdom var det samme, og at hva som ble regnet som sykdom i prinsippet også var uendret. Kravene til dokumentasjon av at det forelå sykdom var imidlertid blitt praktisert for strengt. Som vi har sett ble konsekvensen av dette at noen tilstander som ble ansett å ligge i grenselandet for sykdomsbegrepet ikke ble akseptert, fordi symptomene var for diffuse til å være «objektivt registrerbare».

Endringen synes å forutsette en aksept for at flere reelle sykdommer ikke kan påvises ved hjelp av objektive funn som for eksempel laboratorieundersøkelser. Imidlertid drøftet man ikke grensene for sykdomsbegrepet noe nærmere – hverken med tanke på diffuse lidelser eller de ute-stengte uførhetsårsakene som miljøskade, avhengighet mv.

Det kunne tyde på at synet på hva som er sykdom i hovedsak var det samme. Siden det ikke skulle være noen reell endring av de medisinske vilkårene, forstod også «trygdeadministrasjonen [det blant annet] slik at de såkalte 'utestengte' uføreårsaker fortsatt skulle være ute-stengte.»⁴² Dette var i hovedsak praksis i mange år etterpå. Det ser derfor ut til at selv om kravet til symptomenes ytringsformer ble noe lempet, var det ikke en stor endring i synet på hva som er sykdom, selv om ordlysendringen kanskje kunne forstås slik. Slik sett var det kanskje ikke et veldig stort skritt man mente å ta få år etter innføringen av uføretrygdloven.

De samlede lovendringene som ble foretatt, la allikevel forholdene til rette for betydelige endringer i praksis. Uføretrygdloven krevde at det skulle foreligge «alvorlige» symptomer på sykdom. Det ble ikke stilt krav om noen bestemt medisinsk uføregrad, selv om det i et foreløpig utkast til loven hadde blitt foreslått at det skulle kreves om lag 50 % medisinsk invaliditet.⁴³

³⁸ Ibid. s. 40.

³⁹ Ibid. s. 112.

⁴⁰ Ibid. s. 40.

⁴¹ L.c.

⁴² NOU 1990: 17 s. 17.

⁴³ NOU 1977: 14 s. 44.

Kravet ble som nevnt i stedet at lidelsen hadde medført et vesentlig handicap for vedkommende, noe som var naturlig nok siden inntektsevnen også måtte være nedsatt med så mye som to tredjedeler.

Kravet til alvorlige symptomer ble imidlertid fjernet sammen med kravet til objektivt registrerbare symptomer i folketrygdloven 1966. Det vil si at både dokumentasjonskravet og kravet til størrelsen på den medisinske invaliditeten ble senket. Utvalget i NOU 1977: 14 konkluderte at «enhver medisinsk uførhet — stor eller liten — kan gi rett til uførepensjon hvis den bare har ført til at vedkommende har mistet minst halvparten av sin ervervsevne»⁴⁴ som følge av dette.

I tillegg ble kravet til nedsatt inntektsevne betydelig redusert. Det hadde bakgrunn i erfaringer med at mange klarte å «utføre mer enn 1/3 av normal arbeidsinnsats, men ikke nok til at vedkommende kan underholde seg selv.»⁴⁵ Derfor ble det behov for å innføre graderte pensjonsytelser. Det ble foreslått at inntektsevnen måtte være nedsatt med minst 25 %⁴⁶, noe som ble oppjustert til 50 % i forbindelse med komitebehandlingen av rent praktiske årsaker – man ville ikke klart å behandle «det store antall søknader en vil få hvis laveste uføregrad som gir rett til pensjon, allerede nå settes så lavt som til 25 pst.»⁴⁷ Det ble samtidig forutsatt at spørsmålet skulle tas opp på nytt etter noen år. Et slikt forslag kom imidlertid ikke på bordet før i NOU 2007: 4, der det ble foreslått et krav om at inntektsevnen måtte være nedsatt med minst en tredjedel.⁴⁸ Forslaget har ikke blitt fulgt opp.

De samlede lovendringene la dermed til rette for oppmykning i praksis. Dette kan ha blitt understøttet av politiske og medisinske trender fra samme tid.

5.3 Politiske og medisinske trender

Utvalget i NOU 1977: 14 viste til uttalelser fra Dr. Per Sundby, senere professor i sosialmedisin, som foreslo å sløyfe kravet til sykdom i folketrygdloven allerede i 1969, med bakgrunn i erfaringer med at «manglende utdanning, sosial isolasjon, tidligere miljøskader, stor sykkelighet i familien [og] vanskelige økonomiske og sosiale kår»⁴⁹ i vel så stor grad som sykdom førte til reell og varig uførhet. Dessuten hadde medisinen ifølge Dr. Einar Kringlen nå erkjent at

⁴⁴ NOU 1977: 14 s. 45.

⁴⁵ Ot.prp. nr. 17 (1965-66) s. 41, jf. St.meld. nr. 75 (1963-64).

⁴⁶ Ot.prp. nr. 17 (1965-66) s. 41.

⁴⁷ Innst. O. VIII (1965-66) s. 25.

⁴⁸ NOU 2007: 4 s. 13.

⁴⁹ NOU 1977: 14 s. 73.

«psykiske faktorer spiller en viss rolle ved de fleste somatiske sykdommer».⁵⁰ Generelt var det allerede ved vedtakelsen av Verdens helseorganisasjon sitt utvidede helsebegrep i 1946 anerkjent at «sosiale forhold i tillegg til psykiske og biologiske hører med i det medisinske sykdomsbegrepet.»⁵¹

Ikke minst var erfaringen at behandling for diffuse lidelser ikke ga grunn til den optimismen som tidligere hadde blitt lagt til grunn. Overlege Øien ved Oslo Helseråd viste for eksempel til at «[d]e såkalte lettere psykosomatiske nevrososer viser seg [...] å være relativt intraktable og fører ofte til varig uførhet»⁵².

Den politiske trenden var på linje med dette tidlig på 1970-tallet. Utvalget viser til at Arbeiderpartiets sosialreformkomite i 1971 ønsket at stønadssystemet skulle være uavhengig av «om hjelpebehovet skyldes sykdom, arbeidsløshet, uførhet, manglende forsørger eller andre årsaker».⁵³ Det fikk støtte på partiets landsmøte samme år. Også Stortingets sosialkomite mente på denne tiden at det var «den trygdedes situasjon, og ikke årsaken til denne, som primært bør være grunnlaget for å gi ytelser».⁵⁴

Utvalget i NOU 1977: 14 foreslo da også å sløyfe kravet til sykdom, eventuelt inkludere «alvorlige sosiale problemer» som godkjent uføreårsak⁵⁵, men forslagene ble ikke fulgt opp.⁵⁶

5.4 Oppmykning i trygderettspraksis

Betydelige endringer fant allikevel sted som følge av trygderettspraksis. Trygderetten ble opprettet samtidig med folketrygdlovens ikrafttredelse i 1969.⁵⁷ Trygderetten er et domstollignende forvaltningsorgan som i praksis er siste ankeinstans i de fleste saker om uføretrygd. Kjennelser fra Trygderetten kan bringes direkte inn for lagmannsretten ved søksmål, jf. trrl. § 26 nr. 1, men muligheten for kostnadsfri klage- og ankebehandling i forvaltningsapparatet gjør at en liten andel saker går videre til domstolene.

⁵⁰ Ibid. s. 100.

⁵¹ Ibid. s. 102.

⁵² Ibid. s. 38.

⁵³ Ibid. s. 73-74.

⁵⁴ Ibid. s. 74.

⁵⁵ NOU 1977: 14 s. 30.

⁵⁶ Ot.prp. nr. 8 (1988-89) s. 2.

⁵⁷ Gjennom lov 16. desember 1966 nr. 9 om anke til trygderetten (trygderettsloven, trrl.).

Det rettslige sykdomsbegrepet var helt siden uføretrygdloven ment å være dynamisk. Det skulle rette seg etter «hvordan den medisinske vitenskap til enhver tid utformer sykdomsbegrepet.»⁵⁸ Trygderetten benytter medisinsk kyndige rettsmedlemmer i saksbehandlingen. At Trygderetten var tettere på den medisinske vitenskapen, sammen med reduserte krav til medisinsk uførhet, symptomenes ytringsformer og nedsatt inntektsevne i folketrygdloven 1966, bidro nok til at trygderettspraksis flyttet seg betydelig bort fra det synet på sykdom som jeg identifiserer i forarbeidene til både uføretrygdloven og folketrygdloven. Denne forflytningen var også en viktig årsak til senere innstramminger i regelverket.

Fra tidlig på 1970-tallet motsatte Trygderetten seg synet på enkelte av de utelukkede uførhetsårsakene. I kjennelsen i TRR-1971-1167 («Psykopatikjennelsen») ble det i 1972 lagt til grunn at psykopati etter forholdene kunne anses som sykdom. Det ble lagt vekt på at psykopati var «en godkjent psykiatrisk sykdomsbetegnelse som er innarbeidet i internasjonal sykdomsklassifikasjon, [selv om den] er dårligere avgrenset enn andre og brukes varierende på en rekke tilstander der arten og graden av symptomene kan være forskjellige.» Arten og graden av symptomene i den aktuelle saken tilsa at det forelå sykdom. Psykopati kunne dermed ikke utelukkes på generelt grunnlag.

I TRR-1975-595 («Alkoholismekjennelsen») fra 1976 kom retten til at det «også ved alkoholisme må være arten og graden av de symptomer vedkommende utviser» som er avgjørende for om det foreligger sykdom. Forarbeidene til uføretrygdloven ble som nevnt fortsatt brukt til å utelukke alkoholisme som sykdom på denne tiden, ettersom forarbeidene til folketrygdloven ikke hadde omtalt spørsmålet noe nærmere.

Trygderetten trakk frem en lærebok i sosialmedisin fra 1973 som viste til at alkoholisme «tidligere [ble] betraktet som uttrykk for en karaktersvakhet, men oppfattes nå i økende grad som sykdom.»⁵⁹ Dessuten var det sosiale behandlingsapparatet som uføretrygdloven hadde forutsatt at skulle hjelpe denne gruppen ikke blitt utbygd, noe som ga mindre grunn til å legge vekt på forarbeidsuttalelsene. Utvalget i NOU 1977: 14 viser også til at Helsedirektoratet allerede i 1970 mente man burde fjerne «de diskriminerende direktiver med hensyn til uføre alkoholikere, ‘psykopater’, eller andre med betydelige tilpasningsvansker».⁶⁰ Utvalget selv mente at det å utestenge alkoholisme fra sykdomsbegrepet i 1959 måtte ses som «en presisering av det innhold sykdomsbegrepet dengang etter lovgiverens mening hadde»⁶¹, men at det ikke lenger ville være et riktig syn i lys av det dynamiske sykdomsbegrepet. Det var også klart for utvalget at loven

⁵⁸ Ot.prp. nr. 22 (1959) s. 11.

⁵⁹ TRR-1975-595.

⁶⁰ NOU 1977: 14 s. 11.

⁶¹ Ibid. s. 43.

om sosialhjelp som skulle sørge for «riktig hjelp» mot sosiale problemer per tid var lite effektiv.⁶²

5.5 Økt levestandard for minstepensjonister

Fra slutten av 1970-tallet startet et arbeid med å forbedre levekårene for minstepensjonistene. Leveraas-utvalget fikk i oppdrag å utrede mulighetene, og viste til flere mulige løsninger med heving av ytelsene og innretting av skattesystemet.⁶³ Her ble også ordningen for fødte og unge uføre foreslått.⁶⁴

En samtidig økning av utgiftene til pensjon og i antallet uførepensjonister gjennom 1980-tallet førte imidlertid til et sterkt behov for å forebygge uførepensjonering. Det la grunnlaget for flere innstramminger i kravene til sykdom og attføring gjennom 1990-tallet. Fra samme tid ble debatten om medikalisering av sosiale problemer også helt sentral, noe den har fortsatt å være frem til i dag.

5.6 Innstramminger i attføringskravet

I Ot.prp. nr. 8 (1988-89) viste departementet til en liberalisering gjennom Trygderettens praksis på 1960- og -70-tallet, særlig med hensyn til at alkoholisme kunne anses som sykdom. Det ble vist til at det samme ennå ikke gjaldt for narkomani, og at «arbeidsuførhet på grunn av narkomani i seg selv ikke gir rett til uførepensjon.»⁶⁵ Trygderettens kjennelse i TRR-1987-2325 («Narkomanikjennelsen») anses i dag som utslagsgivende for at rettsstilstanden ble endret, og kjennelsen forelå på tidspunktet for proposisjonen, men man la altså ennå ikke til grunn at rettsstilstanden var endret. Da det et par år senere ble gjort en større utredning av folketrygdens uførepensjon, var det klart at alkoholisme og narkomani ble sett som likestilte.⁶⁶

Allikevel nølte man fortsatt med å se på alkoholisme og narkomani som reell sykdom. De ble sett på som «tilstander som befinner seg i en gråson mellom sykdom og livsstil».⁶⁷ Selv om de etter forholdene ble ansett som sykdom i trygderettspraksis, var fortsatt tanken om at uførepensjon ikke var «riktig hjelp» levende. I 1984 hadde man således fått en «rapport om alternative

⁶² Ibid. s. 182.

⁶³ NOU 1978: 12 s. 11.

⁶⁴ Ibid. s. 15-16.

⁶⁵ Ot.prp. nr. 8 (1988-89) s. 2.

⁶⁶ NOU 1990: 17 s. 18.

⁶⁷ Ot.prp. nr. 8 (1988-89) s. 5.

stønadformer for alkoholikere. [Selv om uførepensjon ble anbefalt i de alvorligste tilfellene, ble det] tilrådd å sette i gang forsøksvirksomhet og evaluering av en ordning med kontantytelser knyttet til klientatferd (kalt rehabiliteringsstønad) – og styrking av særomsorgen og hjelpeapparatet for alkoholskadde i kommunene.»⁶⁸

En arbeidsgruppe viste særlig til økningen i antallet unge som var blitt uføre på grunn av rusproblemer. Proposisjonen førte til innstramminger i kravet til attføring for «personer under 35 år med rusproblemer og/eller psykososiale problemer.»⁶⁹

Arbeidsgruppen i NOU 1990: 17 foreslo å skjerpe dette kravet ytterligere, slik at den samme gruppen ikke skulle innvilges «uførepensjon, unntatt for tilfeller som helt åpenbart ikke er rehabiliteringsmulige.»⁷⁰ Samtidig skulle attføringsmulighetene utvides. Man fremhevet hvordan det å passivt motta stønader i seg selv kunne være sykdomsfremmende, og at det derfor måtte legges mer vekt på aktive tiltak.⁷¹ Særlig bedriftsintern attføring for å sikre tidlig innsats ble fremhevet.⁷²

Samtidig er det verdt å merke seg at attføringsapparatet fortsatt ikke var tilstrekkelig utbygget. Etter innføringen av attføringspenger hadde det vært en «økt tilstrømming til attføringsapparatet [...] uten at dette har gitt tilsvarende økning i antall ansatte i sektoren.»⁷³

Det var også klart at optimismen rundt attføringsmuligheter var dalende, og i retningslinjer var den erstattet med «mer nøkterne formuleringer. I gjeldende rundskriv understrekes det flere steder at loven bare stiller krav om at ‘hensiktsmessig’ attføring skal være prøvd. ‘Ofte vil det uten videre være klart at det ikke vil være realistisk å forsøke attføring.’»⁷⁴ Andelen som faktisk gjennomførte attføring var dessuten betydelig lavere enn også disse formuleringene skulle tilsi. Arbeidsgruppen fikk gjennomført en undersøkelse som viste at «arbeidskontoret hadde vært inne i bildet i vel 20 prosent av sakene hvor det forelå opplysninger om dette (svarprosent 95).»⁷⁵ En generell anbefaling om mer fokus på attføring var derfor lett å forstå, selv om det er påfallende at apparatet fortsatt var for dårlig utbygget og attføring ble såpass lite forsøkt når attføringsprinsippet må sies å være en av få konstanter helt fra etterkrigstiden.

⁶⁸ Ot.prp. nr. 8 (1988-89) s. 2.

⁶⁹ Ibid. s. 5.

⁷⁰ NOU 1990: 17 s. 123.

⁷¹ Ibid. s. 69.

⁷² Ibid. s. 12.

⁷³ Ibid. s. 117.

⁷⁴ Ibid. s. 75.

⁷⁵ Ibid. s. 75.

5.7 Bedre diagnostisering fremfor innstramming av medisinske vilkår

Selv om man så at Trygderetten stilte små krav til den medisinsk uførhetens størrelse og årsakssammenhengen mellom sykdom og nedsatt inntektsevne, foreslo ikke arbeidsgruppen i NOU 1990: 17 innstramminger på disse punktene. Blant annet ble det fremhevet at «[f]or den som stiller svakt både når det gjelder egne ressurser og ytre forhold kan en beskjeden helsemessig svekkelse lett forklare store ervervsmessige virkninger[, slik at en uansett] vil være avhengig av økonomisk bistand. I praksis vil ofte påvisningen av en medisinsk svekkelse da være tilstrekkelig grunnlag for å akseptere en årsakssammenheng.»⁷⁶

På tross av en viss skepsis til om visse diffuse lidelser og avhengighetslidelser faktisk var sykdom, anerkjente man altså at en liten medisinsk uførhet kunne gi stor inntektsuførhet, og at dette burde aksepteres så lenge det faktisk var en medisinsk uførhet. Selv om ett av arbeidsgruppens medlemmer anbefalte å gjeninnføre uføretrygdlovens krav til alvorlige og varige, objektivt registrerbare symptomer⁷⁷, markerte flertallet her tydelig avstand til den tidligere retts-tilstanden. Ekskludering av visse diagnoser hadde man tidligere erfart at trakk legenes vurderinger «mer ubevisst [...] i retning av diagnoser som gir rett til uførepensjon.»⁷⁸ Mer prinsipielt uttalte man imidlertid at en slik ekskludering var problematisk fordi sykdomsbegrepet skulle være dynamisk og følge medisinen. Dessuten var det for eksempel ikke noen «fastere sammenheng mellom organiske lidelser og funksjon, enn mellom ikke-organiske lidelser og funksjon»⁷⁹. Man burde i stedet sørge for «større sikkerhet i diagnostiseringen [gjennom å] øke bruken av rådgivende lege»⁸⁰ og ved å kjøpe «spesialistkompetanse for å sikre en rask vurdering og prognostisering av særlige tilstander som f.eks. muskel-skjelettlidelser»⁸¹.

5.8 Sykdom, helse, sykerolle og medikalisering

Parallelt med den store utredningen om folketrygdens uførepensjon ble det gjort en utredning om sykelønnsordningen som resulterte i NOU 1990: 23. Her vektla man behovet for å skille mellom sykdom og andre tilstander sterkt, og tok utgangspunkt i forskjellige termer for sykdom:

Med «disease» forstås sykdommen slik denne gir seg til kjenne ved objektive undersøkelser og som kan diagnostiseres utfra relativt klare og oftest «målbare» medisinske kriterier.

⁷⁶ NOU 1990: 17 s. 19.

⁷⁷ Ibid. s. 89-90.

⁷⁸ Ibid. s. 89.

⁷⁹ Ibid. s. 89.

⁸⁰ Ibid. s. 92.

⁸¹ Ibid. s. 131.

«Illness» representerer opplevelsen av det å være syk (subjektiv sykdomsfølelse).

«Sickness» henspiller på de individuelle negative reaksjoner og begrensninger sykdommen medfører (sykerolleadferd).

Man kan være syk – ha «disease» – uten å ha subjektiv sykdomsopplevelse eller sykerolleadferd. Dette vil i stor grad være avhengig av hvilken sykdom som foreligger. Man kan også ha subjektiv sykdomsfølelse («illness») og/eller sykerolleadferd («sickness») uten at det foreligger sykdom («disease»).⁸²

Utvalget oppfattet at sykdomsbegrepet hadde blitt for romslig, ved at det hadde «skjedd en utvikling i retning av at problemfylte livssituasjoner i større grad enn tidligere sykdomsforklares (medikaliseres). [Man burde vurdere] tiltak som kan skape endrete holdninger og dempe noe av forventningspresset i befolkningen når det gjelder trygdens stønadsplikter.»⁸³

Problemene med medikalisering ble satt i sammenheng med WHO's helsebegrep: «Ved helse må forstås at et menneske ikke bare er fri for sykdom og svakhet, men at det nyter fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære.»⁸⁴ Når det var viktig å skille mellom helse i denne forstand og sykdom, var det fordi man kunne «være frisk selv om man har fysiske, psykiske og sosiale plager eller problemer»⁸⁵, og man måtte sørge for at trygdeytelsene ble forbeholdt de som reelt var arbeidsuføre på grunn av sykdom. Man la samtidig til grunn at egentlig sosiale problemer ble gitt sykdomsdiagnoser, og at det på denne måten foregikk medikalisering.⁸⁶ Dette ble satt i sammenheng med flere tendenser i samfunnet, som «avtagende tilfredshet med den enkeltes personlige helse [...], den økende fokuseringen på helsemessige forhold i media [... og] urealistiske forventninger til helbredelse».⁸⁷

Individuelle forhold ble til slutt vektlagt på denne måten:

Vi vet i dag at dersom vi påtar oss sykerollen øker risikoen for utvikling av sykdom. Vi vet også at dersom en person velger å definere seg selv som frisk (på tross av sin subjektive opplevelse av uheld) øker sjansene for tilfriskning eller bedret helse. Utfra dette er det viktig å unngå at f.eks

⁸² NOU 1990: 23 s. 66.

⁸³ Ibid. s. 69.

⁸⁴ Ibid. s. 135.

⁸⁵ Ibid. s. 67.

⁸⁶ Ibid. s. 68.

⁸⁷ Ibid. s. 129.

psykosomatisk mindre alvorlige plager overdimensjoneres. [...] Fra en folkehelsepedagogisk synsvinkel må en redusere tilbøyeligheten til å forfølge ikke-alarmerende plager.⁸⁸

Man mente til og med at det var mulig å «foreta en utvelgelse av presumptivt ikke-sykelige forandringer i helsen som neppe nedsetter funksjonsevnen i slik grad at vilkåret [om sykdom for rett til sykepenger] er oppfylt.»⁸⁹

At medikalisering er et problem har nytt anerkjennelse helt frem til i dag. De videre lovendringene har i stor grad lagt dette til grunn. Man har altså tenkt at helserelevante ytelser gis til mange som ikke egentlig er ute av stand til å jobbe, og har vektlagt at det er viktig å ikke bli værende i en passiv sykerolle. Forslagene har dermed vært sentrert rundt økt aktivitet for å hindre passivering, men det kom også innstramminger i de medisinske vilkårene på tross av utredningen i NOU 1990: 17 Uførepensjon.

Ot.prp. nr. 3 (1990-91) er et eksempel på innstramming som følge av en antagelse om medikalisering. Der mente man at sykepenger og uførepensjon til en viss grad kamuflerte det som egentlig var arbeidsløshet og sosiale problemer.⁹⁰ Derfor ble det blant annet foreslått «[s]trenge krav til yrkesmessig og geografisk mobilitet ved behandling av søknader om uførepensjon».⁹¹ Ved å bli omskolert til et annet yrke eller flytte til et annet sted kunne for eksempel et arbeidsledighetsproblem løses. Undersøkelser hadde vist at det å stille krav til yrkesmessig eller geografisk mobilitet bare ble praktisert i noen få saker.⁹²

5.9 Innstramming av medisinske vilkår 1991-95

I NOU 1990: 17 Uførepensjon anbefalte ikke arbeidsgruppen endringer i de medisinske vilkårene, men ville løse utfordringene med diffuse sykdommer gjennom å heve kvaliteten på utredning og diagnostisering. Utvalget i NOU 1990: 23 Sykelønnsordningen var mer kritiske til diagnostiseringspraksis som sådan. Det mente at sosiale problemer for lett fikk medisinske diagnoser, og at «diagnosesystemer som ikke makter å skille psykisk og fysisk sykdom fra sosiale problemer (forutsatt at det ikke er oppstått sykdom [som følge av de sosiale problemene]) ikke er anvendelig for trygdeforvaltningen.»⁹³

⁸⁸ NOU 1990: 23 s. 126-27.

⁸⁹ Ibid. s. 128.

⁹⁰ Ot.prp. nr. 3 (1990-91) s. 5.

⁹¹ Ot.prp. nr. 3 (1990-91) s. 6.

⁹² Ot.prp. nr. 3 (1990-91) s. 24.

⁹³ NOU 1990: 23 s. 68.

Departementet fant at det var behov for presiseringer i vilkårene på bakgrunn av økningen i antallet uføre gjennom 1980-tallet, og da særlig blant «[u]nge menn med rusmiddelproblemer eller sosial mistilpasning[, m]iddelaldrende kvinner med muskel-skjelettsykdommer eller mentale lidelser[, og eldre som var blitt utstøtt] fra offentlige eller private virksomheter og bedrifter som ledd i rasjonalisering.⁹⁴ Det fant frem til en mellomløsning basert på de to utredningene.

Det ble påpekt at praksis hadde utviklet seg slik at uførepensjon i for stor grad ble gitt ved «forhold som også skyldes sysselsettingsproblemer og sosiale og økonomiske problemer.»⁹⁵ «Praksis» var her en henvisning til en liberal tolkningspraksis hos Trygderetten av de medisinske vilkårene: «Dette gjelder særlig kravet om sammenhengen mellom medisinsk tilstand og arbeidsevne. Folketrygdloven fastslår at det skal være en sammenheng, mens praksis i større grad har fokusert på redusert arbeidsevne. Også personer med en betydelig restarbeidsevne i behold kan få en uføregrad på 100 % fordi det ikke kan skaffes lettere arbeid eller deltidsarbeid».⁹⁶

Departementet så det altså som uholdbart at forhold på arbeidsmarkedet skulle føre til full uførepensjon for personer som egentlig hadde en liten medisinsk invaliditet. Det ble vist til professor Asbjørn Kjønstads uttalelser om årsaksbegrepet i folketrygdloven.⁹⁷ Det var ikke klart hvilket årsaksbegrep som var ment å brukes i vurderingen av om inntektsevnen er nedsatt «på grunn av» sykdom. Praksis viste at både hovedårsakslæren og betingelsesteorien ble benyttet – sistnevnte når hovedårsakslæren ikke var til fordel for den ankende part.⁹⁸ Etter hovedårsakslæren ville sykdom måtte være den overveiende grunnen til uførheten. Etter betingelsesteorien ville «uførheten ikke [...] inntrådt hvis man tenker seg sykdommen borte.»⁹⁹ Da kunne en liten medisinsk invaliditet føre til en stor inntektsuførhet.

Departementet mente at praksis var gått for langt i sistnevnte retning. Samtidig tok det hensyn til problematiseringen i NOU 1990: 17 av det å innføre et hovedårsakskrav. Som nevnt anbefalte ikke arbeidsgruppen et slikt krav, siden det ville utestenge personer som reelt var uføre på tross av en nokså liten medisinsk invaliditet. Arbeidsgruppen vurderte også en motsatt variant av hovedårsakskravet, der uførepensjon skulle avslås når «f.eks. sosiale forhold eller arbeidsmarkedsforhold [...] klart er hovedårsaken til den nedsatte ervervsevne».¹⁰⁰ Dette ble heller ikke anbefalt, fordi man mente det ville bli for vanskelig å «skille mellom inngangsvilkårene

⁹⁴ Ot.prp. nr. 62 (1990-91) s. 4.

⁹⁵ Ot.prp. nr. 62 (1990-91) s. 4.

⁹⁶ Ot.prp. nr. 62 (1990-91) s. 5.

⁹⁷ Ot.prp. nr. 62 (1990-91) s. 6.

⁹⁸ Ot.prp. nr. 62 (1990-91) s. 7.

⁹⁹ Ot.prp. nr. 62 (1990-91) s. 7.

¹⁰⁰ Ot.prp. nr. 62 (1990-91) s. 7.

om sykdom [...] og utmålingen av uføregraden i den enkelte sak[, ... som også skulle ta hensyn til] en rekke andre faktorer som f.eks. alder». ¹⁰¹

Mellomløsningen som departementet kom frem til var en innstramming i årsakskravet i loven slik at nedsettelsen av inntektsevnen *i vesentlig grad* måtte skyldes sykdom. ¹⁰² I tillegg innførte man strengere dokumentasjonskrav for lidelser uten objektive funn.

I forskrift ble det krevd at det måtte antas å foreligge bred medisinskfaglig enighet om vurderingen av at det forelå sykdom og av om sykdommen var årsak til en funksjonsnedsettelse. ¹⁰³ Forskriften innførte også kravet til at sykdomsbegrepet skal være vitenskapelig basert og allminnelig anerkjent i medisinsk praksis. ¹⁰⁴ Inntektsevnen skulle som før være varig nedsatt, men nå skulle også den medisinske lidelsen ha ført til en funksjonsnedsettelse som i seg selv var varig. ¹⁰⁵

Ut fra innholdet i proposisjonen fremstår det klart at noe av 1950- og -60-tallets syn på diffuse lidelser fortsatt var rådende. Vesentlighetskravet ble som nevnt innført fordi man antok at en del uførepensjonering kamuflerte sosiale problemer og arbeidsmarkedsforhold, slik at medisinsk invaliditet kom i bakgrunnen. Det sier i seg selv ikke noe om hva man mente var reell sykdom. Imidlertid uttalte departementet også at det burde «legges større vekt på at det dreier seg om en diagnose som medfører en varig funksjonsnedsettelse av arbeidsevnen. De som berøres av en slik innstramming kan f.eks. være personer med diffuse muskel- og skjelettlidelser samt lettere psykiske og mentale lidelser, der arbeidsmarkeds- og attføringstiltak vil være viktig». ¹⁰⁶

Innstrammingene var dermed eksplisitt rettet mot de klassiske diffuse lidelsene. Det kommer frem at man fortsatt var skeptisk til om slike tilstander egentlig kan medføre en varig funksjonsnedsettelse, noe som må forklare innføringen av tilleggskravet til varig funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom. Det underbygges også av uttalelsen om at tiltak «vil være viktig» ved slike tilstander. Det skulle altså svært mye til før disse tilstandene kunne anses som varige. I tillegg skulle det altså kreves bred medisinskfaglig enighet av at sykdom faktisk var årsak til funksjonsnedsettelsen.

¹⁰¹ Ot.prp. nr. 62 (1990-91) s. 7.

¹⁰² Jf. endringslov 14. juni 1991 nr. 33 § 8-3 første ledd.

¹⁰³ Se endringslov 14. juni 1991 nr. 33 og forskrift 26. september 1991 nr. 628.

¹⁰⁴ Jf. forskrift 26. september 1991 nr. 628 § 1 første ledd.

¹⁰⁵ Jf. forskrift 26. september 1991 nr. 628 § 1 annet ledd.

¹⁰⁶ Ot.prp. nr. 62 (1990-91) s. 8.

Det synet som kom til uttrykk må samlet sett sies å være på linje med Ot.prp. nr. 22 (1959). Der mente man som nevnt at de diffuse lidelsene nærmest alltid skal kunne bedres. Selv om eksempelvis NOU 1977: 14 dokumenterte at erfaringene fra behandlingsapparatet viste noe ganske annet, var det samme synet altså fortsatt levende på 1990-tallet. Man var allikevel villig til å akseptere uførhet i flere av tilfellene, der dette nå skulle avgrenses ved et krav om bred medisinsk faglig enighet.

Flertallet i sosialkomiteen stilte seg bak departementets forslag. Partiene hadde imidlertid svært forskjellige holdninger. Høyre støttet medlemmet Holm som i NOU 1990: 17 anbefalte å gjeninnføre kravet til objektivt registrerbare symptomer.¹⁰⁷ Det er imidlertid viktig å presisere at forståelsen av objektiv registrerbarhet ikke knytter seg utelukkende til funn på laboratorieundersøkelser o.l. Uttrykket var heller ment å vise at diagnostisering måtte skje «i tråd med god medisinsk diagnostisk praksis».¹⁰⁸ I prinsippet kunne man da tenke seg at en anerkjent medisinsk fremgangsmåte for å diagnostisere diffuse lidelser kunne aksepteres.

Fremskrittspartiet var på sin side opptatt av liberal praksis i Trygderetten, og at dette kamuflerte sosiale problemer og arbeidsmarkedsproblemer, mens Sosialistisk venstreparti påpekte at diffuse lidelser kan skape vel så store handikap som andre sykdommer, og at den faktiske inntektsnivåen derfor burde bli det avgjørende, slik at man unngikk å skyve folk over på sosialhjelp.¹⁰⁹

5.10 Ny giv i attføringen

De to store utredningene om stønadsordninger hadde vist at stønadene skapte for mye passivitet. I 1992 kom derfor en større melding om attføringsapparatet – Attføringsmeldingen.¹¹⁰ Mens hovedmålet var å bidra til å innrette stønadsordningene slik at de la til rette for å få flest mulig i arbeid – også kjent som «arbeidslinja» – hadde meldingen samtidig en del uttalelser om sykdom.

Bakgrunnen for meldingen var igjen økte utgifter til pensjon gjennom 1980-tallet. Det var blitt flere pensjonister, stønadene hadde blitt høyere, og de uføre var blitt yngre slik at de mottok stønad lengre.¹¹¹ I tillegg kom det frem at «[n]ærmere 2/3 av de nye uførepensjonistene (1988) [ikke hadde] utdanning utover grunnskolenivå.» Med et arbeidsmarked som krevde mer

¹⁰⁷ Innst. O. nr. 66 (1990-91) s. 4.

¹⁰⁸ Innst. O. nr. 66 (1990-91) s. 4.

¹⁰⁹ Innst. O. nr. 66 (1990-91) s. 4-5.

¹¹⁰ St.meld. nr. 39 (1991-92)

¹¹¹ St.meld. nr. 39 (1991-92) s. 28.

kompetanse, og et atføringsapparatet som fortsatt hadde for liten kapasitet, er det lett å forstå vektleggingen av arbeidsrettede tiltak.

Samtidig var det viktig at uføreytelser ble forbeholdt «personer med klare helse- og funksjonsproblemer[, ... og man måtte] motvirke tendensene til at sosiale eller mer generelle livsproblemer gjøres til helseproblemer – ‘medikaliseres’.»¹¹² Andelen med diffuse lidelser blant de uføre hadde økt sterkt gjennom 1980-tallet.¹¹³

Mens trygdeforskningen tidligere vært fokusert rundt utstøtingsmodeller – det vil si at folk ble skjøvet ut av arbeidslivet på grunn av for eksempel økte krav til effektivitet¹¹⁴ – la man nå mer vekt på individuelle faktorer. For eksempel mente en del at personer med liten medisinsk uførhet *valgte* trygd fordi ytelsene var blitt såpass høye, samtidig som det var blitt mindre stigmatiserende å motta trygd.¹¹⁵

I tillegg pekte man på liberaliseringen i praktiseringen av de medisinske vilkårene, og mente fortsatt at det «ofte [kunne] reises tvil om den medisinske lidelse er av varig karakter»¹¹⁶ når det gjaldt diffuse lidelser. Man gikk så langt som å si at innstramningene i de medisinske vilkårene i 1991 førte til at «personer med lidelser og problemer *uten særlig medisinsk betydning for ervervsmessig uførhet og/eller varighet*, ikke lenger skal bli tilstått uførepensjon»¹¹⁷ (min utheving).

At diffuse lidelser hadde liten betydning for inntektsevnen, og at de sjelden kunne regnes som varige tilstander, gikk som nevnt på tvers av erfaringene man hadde gjort seg med behandling av slike tilstander. Skepsisen var imidlertid fortsatt knyttet til holdningen om at det ikke reelt var snakk om sykdom. Dette viser seg ved at man ikke anbefalte noen videre innskjerping av årsakskravet. Man ville fortsatt akseptere situasjonen der «[e]n mindre medisinsk lidelse [ble] avgjørende for bortfall/reduksjon av ervervsevnen til en utsatt person»¹¹⁸ – så lenge lidelsen altså var medisinsk.

Forslagene om opprusting av atføringsapparatet ble fulgt opp med forslag om «at ansvaret for den yrkesrettede atføringen samles i arbeidsmarkedsetaten»¹¹⁹. For å unngå «at den enkelte blir

¹¹² St.meld. nr. 39 (1991-92) s. 8.

¹¹³ St.meld. nr. 39 (1991-92) s. 38.

¹¹⁴ St. meld. nr. 39 (1991-92) s. 40.

¹¹⁵ St.meld. nr. 39 (1991-92) s. 41.

¹¹⁶ St.meld. nr. 39 (1991-92) s. 110.

¹¹⁷ St.meld. nr. 39 (1991-92) s. 110.

¹¹⁸ St.meld. nr. 39 (1991-92) s. 111.

¹¹⁹ Ot.prp. nr. 58 (1992-93) s. 3.

kasteball mellom etatene [skulle trygdeetaten] ha en pådriverrolle og et hovedansvar for hele attføringsprosessen.»¹²⁰ Det ble også lagt vekt på aktivisering i sykmeldingsfasen gjennom en «[p]likt til å ta imot behandlings- eller attføringstiltak.»¹²¹

Samlet sett ser jeg en tendens til at man fra første halvdel av 1990-tallet gikk tilbake til 1950- og -60-tallets tanker om at diffuse lidelser ikke egentlig er uhelbredelig sykdom som kan gi varige funksjonsnedsettelse. Medikaliseringsdebatten ble det nye uttrykket for dette synet. Som jeg skal komme tilbake til, er medikalisering en debatt som fortsatt bør tas på alvor. Debatten på 1990-tallet ble imidlertid for unyansert. Konsekvensen ble at diffuse lidelser ble ute-stengt på generelt grunnlag. Dette ble blant annet begrunnet med uttalelser om brede samfunns-trender som økt helsefokus i media, uten at det ble vist til dypere kunnskap om sammenhengen mellom slike trender og medikalisering av sosiale problemer.

Motsatt ble den eksisterende kunnskapen om at diffuse lidelser i mange tilfeller viste seg be-handlingsresistente, og kunne gi stor og reell arbeidsuførhet, ikke drøftet nærmere. Utredningen i NOU 1977: 14 som dokumenterte dette ble i liten grad brukt i videre lovarbeider, unntatt når det gjaldt generelle uttalelser om årsaksbegrepet mv. De konkrete forslagene fra utvalget ble heller ikke fulgt opp. Andre utredninger som konkluderte med behov for innstramminger ble derimot fulgt opp i stor grad.

5.11 Endringer etter TRR-1994-21 (Fibromyalgikjennelsen)

Som følge av innstrammingene i 1991 hadde Trygderetten satt ned en «'konsensusgruppe' av medisinsk sakkyndige til å avgi uttalelse om sykdomsbegrepet m.m.»¹²² På bakgrunn av utta-lelsen fra gruppen konkluderte Trygderetten med at sykdom måtte «anses som et relasjonelt begrep som bestemmes i forholdet mellom den medisinske vitenskap, plager og ressurser hos den enkelte og samfunnets krav og forventninger.»¹²³ Når det gjaldt objektive funn, måtte ikke dette uttrykket forstås for snevert. Kravet til dokumentasjon av sykdommen måtte «bero på hvilken erfaring og tradisjon man innen medisinen har for den tilstanden som det gjelder.»

Videre fant Trygderetten at det rettslige grunnlaget for flere av endringene i 1991 var mangel-fullt. På bakgrunn av dette ble det foreslått nye lovendringer i 1995. Forskriftskravet til bred medisinsk-faglig enighet ved lidelser uten objektive funn ble foreslått fjernet. Samtidig ble

¹²⁰ Ot.prp. nr. 58 (1992-93) s. 6.

¹²¹ Ot.prp. nr. 64 (1992-93) s. 3.

¹²² TRR-1994-21.

¹²³ TRR-1994-21.

årsakskravet innskjerpet. I stedet for at den nedsatte inntektsevnen *i vesentlig grad* måtte skyldes sykdom, skulle sykdom nå være *hovedårsaken*.¹²⁴ Kravene til et vitenskapelig basert sykdomsbegrep og til varig funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom ble flyttet fra forskriften og inn i loven. I tillegg ble det lovfestet at sosiale og økonomiske problemer ikke ga rett til uførepensjon.

Det er vanskelig å se dette på noen annen måte enn at man søkte å holde de diffuse lidelsene utenfor uførepensjonen, bare med en ny innfallsvinkel. I Ot.prp. nr. 42 (1994-95) ble det uttalt at «[d]e fleste avslag på søknad om uførepensjon etter lovendringen i 1991 er begrunnet med at søkeren ikke har en sykdom som medfører minst 50 prosent varig nedsatt arbeidsevne. Mange kvinner med muskel- og skjelettlidelser er i denne gruppen. De er ikke syke nok til å få uførepensjon, men har problemer og symptomer som gjør det vanskelig å være i arbeid.»¹²⁵

Lovendringen i 1995 var ikke ment å føre til «noen særlig endring i forhold til gjeldende regelverk, men avklarer tvilsspørsmål og stanser en liberalisering som ellers kunne ha fulgt av Trygderettens kjennelse. Dersom kjennelsen hadde blitt retningsgivende for framtidig praksis, kunne den ha svekket kravet om varig sykdom og funksjonsnedsettelse. Trygderettens kjennelse kunne også ha svekket det såkalte årsakskravet.»¹²⁶ Som nevnt ble årsakskravet skjerpet slik at funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom måtte være hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen.

I 1991-95 ble mange med diffuse lidelser utelukket gjennom en kombinasjon av et noe skjerpet årsakskrav generelt (et vesentlighetskrav), og et krav til bred medisinsk faglig enighet om sykdommen og funksjonsnedsettelsen for lidelser uten objektive funn spesielt. Fra 1995 ville mange i den samme gruppen bli utelukket som følge av det nye hovedårsakskravet. Man mente dessuten fortsatt at det for de diffuse lidelsene «først og fremst er behandling og rehabilitering som må til»¹²⁷. Altså så man det fortsatt slik at lidelsene sjelden kunne oppfylle kravet til varig funksjonsnedsettelse.

Hva som skjedde med de som fikk avslag, er noe uklart. Departementet viste til at «om lag halvparten av de som får avslag, fortsatt har en viss arbeidstilknytning et par år etter avslaget (dvs enten arbeid, attføring, eller sykepenges)»¹²⁸. Det å motta andre helserelaterte ytelser bør

¹²⁴ Jf. folketrygdloven 1966 § 8-3, jf. endringslov 16. juni 1995 nr. 32 § 8-3.

¹²⁵ Ot.prp. nr. 42 (1994-95) s. 6.

¹²⁶ Ot.prp. nr. 42 (1994-95) s. 7.

¹²⁷ Ot.prp. nr. 42 (1994-95) s. 6.

¹²⁸ Ot.prp. nr. 42 (1994-95) s. 6.

nok beskrives som en svak arbeidslivstilknytning, og det kom ikke frem om en stor andel var i arbeid i en høy stillingsprosent.

I komitebehandlingen ble det på den annen side trukket frem en undersøkelse fra universitetet i Trondheim som «viste at hele 30 prosent av dem som får avslag på søknad om uførepensjon, enten blir forsørget av familien eller mottar sosialhjelp»¹²⁹, det vil si at en betydelig andel reelt ikke klarte å være i arbeid.

Hva som var hovedtrenden er uklart. Det som senere kom frem var imidlertid at lovendringen førte til en større likhet mellom kvinner og menn når det gjaldt innvilgelse av uførepensjon. I innstillingen til proposisjonen om ny folketrygdlov viste komiteen til at «antallet uførepensjonister har steget både for kvinner og menn, men mest for kvinner»¹³⁰ etter 1995. Det var klart at diffuse lidelser rammet kvinner i større grad enn menn, slik at regelendringene i 1995 sannsynligvis førte med seg en viss oppmykning.

Samlet sett ble det som følge av etterspillet etter TRR-1994-21 ikke stilt spesielle krav til konkrete lidelser, men samtidig ble årsakskravet skjerpet, med en uttalt intensjon om å unngå liberalisering av praksis. Selv om man fortsatt ønsket en strengere praksis rundt diffuse lidelser, viser trenden med likestilling mellom kvinner og menn at det allikevel ble en viss oppmykning i de medisinske vilkårene.

5.12 Ny arbeidsledighetsproblematikk

I Velferdsmeldingen¹³¹ fra 1995 ble perioden med endringer i regelverket på første halvdel av 1990-tallet beskrevet som en konsolideringsfase, og man planla ikke ytterligere innskjerping. ¹³² Samtidig så man en ny type arbeidsmarkedsproblematikk som måtte gripes tak i.

Sysselsettingen hadde økt i perioden 1980-87, deretter gått noe ned, før en ny økning de siste årene.¹³³ Generelt var det dermed en økning i sysselsettingen. Problemet var at arbeidsledigheten hadde «skiftet karakter, og det er blitt flere langtidsledige. Utdanning betyr mer for folks levekår enn tidligere. Personer med lite utdanning og/eller helsemessige/sosiale problemer har

¹²⁹ Innst. O. nr. 63 (1994-95).

¹³⁰ Innst. O. nr. 46 (1996-97) punkt 12.1.

¹³¹ St.meld. nr. 35 (1994-95).

¹³² St.meld. nr. 35 (1994-95) s. 20.

¹³³ St.meld. nr. 35 (1994-95) s. 31.

større vansker enn andre med å få innpass på arbeidsmarkedet og beholde jobben dersom problemer oppstår.»¹³⁴

Man så det som viktig å unngå at ledigheten fikk festne seg på et høyt nivå. Et par år tidligere viste utredningen i NOU 1992: 26 til at «[i]nternasjonale erfaringer, for eksempel fra mange europeiske land i 1980-årene, viser at en rask økning av ledigheten kan føre til at den festner seg på et høyt nivå slik at strukturproblemer på arbeidsmarkedet og likevektsledigheten kan øke.»¹³⁵

I norsk kontekst var man inne «i en oppgangsperiode, men de langsiktige utfordringene knyttet til lavere petroleumsinntekter og høyere utgifter til pensjoner er i liten grad endret. [...] En viktig utfordring framover blir å unngå at arbeidsstyrken svekkes ved stor overgang til varige stønadsordninger før pensjonsalderen, gjennom for eksempel uførepensjon, nedsatt pensjonsalder eller ved at grupper av ungdom ikke kommer inn i arbeidslivet.»¹³⁶

Det var særlig et problem at unge ikke fullførte utdanning, ettersom det ville føre til dårlige levekår gjennom et helt liv, med utestengelse fra arbeidsmarkedet og uførhet som konsekvens, noe som igjen ville ha stor betydning for pensjonsutgiftene. Dette førte til at man på nytt rettet fokuset mot attføring. Nå så man omsider en positiv trend på dette området, ved at flere var «kommet over i utdanning, på tiltak, på attføring eller i arbeid.»¹³⁷

6 Sykdomsbegrepet i folketrygdloven 1997

6.1 Innledning

Gjennom 1980- og -90-tallet hadde de medisinske vilkårene gått gjennom en konsolideringsfase. Vilråene fra folketrygdloven 1966 ble videreført i den nye folketrygdloven av 1997. Hensikten med en ny lov var i det vesentlige å forenkle regelkomplekset.

Den tidligere loven hadde stort sett blitt til ved at «de bestemmelser som tidligere utgjorde en særskilt trygdlov, ble ett stønadskapittel i den nye folketrygdloven. Gamle formuleringer ble i stor utstrekning flyttet over i folketrygdloven uten at regelverket ble gjennomgripende

¹³⁴ St.meld. nr. 35 (1994-95) s. 14.

¹³⁵ NOU 1992: 26 s. 67.

¹³⁶ St.meld. nr. 35 (1994-95) s. 15.

¹³⁷ St.meld. nr. 35 (1994-95) s. 90.

bearbeidet og harmonisert.»¹³⁸ Det var nå behov for en klargjøring og konsolidering av de bortimot 1000 paragrafene som fantes i lov og forskrifter, men det var ingen ny sosialreform.¹³⁹

For øvrig var utviklingen videre preget av medikaliseringsdebatten. Funksjonsvurderinger ble på nytt lansert som et alternativ til sykdomskrav, noe som tidligere hadde vært tematisert i NOU 1977: 14. Dette ble ikke tatt til følge, men likevel innført som et supplement til sykdomskravet i noen sammenhenger. Man fremhevet særlig viktigheten av tidlig innsats i sykmeldingsfasen, helst i form av bedriftsintern attføring, og mente at funksjonsvurderinger ville være til hjelp med å beskrive hva den sykmeldte kunne gjøre til tross for sykdom.

6.2 Funksjonsvurdering i stedet for sykdomskrav?

I 1999 kom en større utredning om kvinners helse i Norge i NOU 1999: 13. Utgangspunktet i denne meldingen var det manglende kjønnsperspektivet i medisinen og i attføringsapparatet:

Medisinsk forskning utelukker ofte kvinner i datainnsamlingen, velferdsstatens ytelser tar ofte utgangspunkt i en stabil heltidsarbeider og arbeidshelsetiltak fokuserer oftere på farlige stoffer og kraftig støy enn på tunge løft og følelsesmessige belastninger i omsorgssektoren. Slik avdekker utredningen en gjennomgående mangel på kjønnsspesifikk kunnskap og kjønnsperspektiv.¹⁴⁰

Utvalget pekte på de økte pensjonsutgiftene fra slutten av 1980-tallet og de etterfølgende innstrammingene i de medisinske vilkårene som følge av dette. Så stilte man det enkle, men viktige spørsmålet: «Er det nødvendig å skille mellom ulike årsaker til at vi ikke klarer å arbeide?»¹⁴¹

Utvalget viste til at NOU 1977: 14 hadde foreslått å sløyfe sykdomskravet, siden det uansett hadde fått nokså liten betydning i praksis. Som nevnt la særlig Trygderetten mer vekt på nedsettelsen av inntektsevnen. Også utvalget i NOU 1999: 13 vektla dette aspektet, og påpekte at en alvorlig sykdom kan bety lite for inntektsevnen, mens «en mindre alvorlig lidelse [kan] redusere evnen til å arbeide dramatisk.»¹⁴² Videre ble det påpekt at de medisinske vilkårene allerede bestod av to steg, der sykdom måtte føre til en funksjonsnedsettelse, og denne funksjonsnedsettelsen måtte være årsak til nedsatt inntektsevne. Man mente at selve funksjonsvurderingen ville si mer om en persons evne til å arbeide enn sykdommen.

¹³⁸ Ot.prp. nr. 29 (1995-96) s. 5.

¹³⁹ Ot.prp. nr. 29 (1995-96) s. 5.

¹⁴⁰ NOU 1999: 13 punkt 1.2.

¹⁴¹ NOU 1999: 13 punkt 11.3.1.1.

¹⁴² NOU 1999: 13 punkt 11.3.1.1.

For det første ble kvinner i større grad enn menn utestengt fra uførepensjon fordi flere kvinner hadde diffuse lidelser som ikke ble akseptert. De diffuse lidelsene var gjerne preget av dårlig funksjon sammen med få objektive sykdomsfunn. Dessuten pekte man på at «konsekvensene av sykdom ikke trenger å være de samme for kvinner og menn.»¹⁴³ Funksjonsevnen ville derfor være et bedre mål på «hvordan vedkommendes psykiske, fysiske og sosiale ressurser står i forhold til vedkommendes oppgaver».¹⁴⁴

Helhetsinntrykket av innstrammingene i de medisinske vilkårene var at de førte til et skille mellom verdige og uverdige trengende. Problemet med dette var at

det viktigste blir å få en godkjent sykdom. [...] I stedet for at den som søker om trygd må bruke måneder og år på å bevise og dokumentere at «hun er syk nok», ville det være bedre om denne prosessen ble brukt til å finne ut hva det er mulig å gjøre med de plagene eller sykdommene hun/han har. [...] Medisinere kan vurdere den rent medisinske funksjonsevnen, men det bør også bygges opp et system som ivaretar at den ervervsmessige funksjonsevnen blir utprøvet på en god måte.¹⁴⁵

Også utvalget i NOU 2000: 27 var enige i at det ville være hensiktsmessig å legge mer vekt på funksjonsvurderinger. Dette utvalget skulle undersøke «[d]en sterke og bekymringsfulle økningen i sykefraværet og tilgangen på nye uførepensjonister»¹⁴⁶. Utviklingen med flere pensjonister og en stor andel med diffuse lidelser hadde fortsatt.

Utvalget var enig i vurderingen i NOU 1999: 13 om at «større vekt på funksjon framfor diagnose [ville gjøre det] lettere å finne fram til riktige tiltak i arbeidslivet. [...] Funksjonsvurdering vil også være et viktig hjelpemiddel ved vurdering av behovet for andre trygdeytelser.»¹⁴⁷ Hovedprinsippet måtte være tidlig inngripen på arbeidsplassen for å «forebygge at behovet for uførepensjon oppstår.»¹⁴⁸

Videre pekte man på utfordringer med behandlende leges rolle i trygden. De ville for eksempel ofte ha «begrenset kjennskap til pasientens jobbsituasjon. Pasientens egen oppfatning av yteevne tillegges derfor stor vekt.»¹⁴⁹ Ikke minst trakk man frem at «[l]egens utdannelse er rettet mot å påvise og behandle helsesvikt. Legene har mindre erfaring med hensyn til å beskrive og

¹⁴³ NOU 1999: 13 punkt 11.3.1.1.

¹⁴⁴ NOU 1999: 13 punkt 11.3.1.1.

¹⁴⁵ NOU 1999: 13 punkt 11.3.1.1.

¹⁴⁶ NOU 2000: 27 s. 9.

¹⁴⁷ NOU 2000: 27 s. 23.

¹⁴⁸ NOU 2000: 27 s. 23.

¹⁴⁹ NOU 2000: 27 s. 161.

styrke ressursiden hos pasientene.»¹⁵⁰ Man viste til alternative måter å organisere arbeidet med å dokumentere sykdom, blant annet som i Nederland der «spesielle trygdeleger [...] vurderer funksjonsevne i uførepensjonssaker sammen med et team bestående av ergonomer/arbeidskonsulenter»¹⁵¹, og til forskjellige verktøy som var utviklet for å kartlegge funksjon for ulike formål.

Utvalget fokuserte også på utfordringene med medikalisering, og nyanserte dette mer enn i tidligere lovarbeider. Man viste til placebo-effekten, der «fokus på en lidelse gjør vondt verre. Forventninger, læring, forsterkning og vurdering av trussel er mekanismer som kan tre i kraft ved fokusering på en lidelse, med det resultat at opplevelsen av plager og symptomer endres. [...] Smerteforståelse kan i følge en slik tilnærming i stor grad bestemme smertens intensitet og varighet[, og] normale psykologiske prosesser kan forverre smerter og gjøre plagene kroniske.»¹⁵²

Allikevel mente man at funksjonsvurderinger ville være hensiktsmessige som inngang til trygdeytelsene. Selv om det «isolert sett kunne føre til at vilkåret om medisinsk lidelse blir svekket og føre til økt bruk av trygdeytelser[, ville det] klargjøre hva personen kan utføre av arbeid til tross for redusert helse. Det antas at dette vil bidra til å redusere sykefravær og tilgangen til uførepensjon».¹⁵³

Forslagene knyttet til funksjonsvurdering fra de to utvalgene ble fulgt opp, men bare ved at funksjonsvurdering skulle brukes for å finne ut hvilke tiltak som skulle settes i gang på arbeidsplassen, herunder at «legens vurdering av arbeidsuførhet i forbindelse med sykmelding skal ta utgangspunkt i en funksjonsvurdering.»¹⁵⁴ Senere kom det krav om at det også skulle foretas en funksjonsvurdering i saker om uførepensjon¹⁵⁵, men heller ikke her som noen erstatning for de medisinske vilkårene. Samtidig la man frem forslaget om at alle skulle forsøke utføring med mindre det er åpenbart uhensiktsmessig¹⁵⁶, noe som fortsatt er gjeldende.

Kjønnspektivet i NOU 1999: 13 ble ikke fulgt opp i noen lovarbeider. Etter et representantforslag i 2014¹⁵⁷ ble et nytt kvinnehelseutvalg oppnevnt i 2021. Det skal levere sin innstilling

¹⁵⁰ NOU 2000: 27 s. 163.

¹⁵¹ NOU 2000: 27 s. 162.

¹⁵² NOU 2000: 27 s. 56.

¹⁵³ NOU 2000: 27 s. 164.

¹⁵⁴ Ot.prp. nr. 102 (2001-2002) s. 18, jf. Ot.prp. nr. 29 (2001-2002).

¹⁵⁵ Ot.prp. nr. 9 (2004-2005) s. 16.

¹⁵⁶ Ot.prp. nr. 9 (2004-2005) s. 17.

¹⁵⁷ Dok. nr. 8: 101 S (2013-2014), med støtte i Innst. 139 S (2014-2015)

8. mars 2023.¹⁵⁸ Mandatet setter imidlertid folkehelse i fokus, og nevner ikke trygdespørsmål konkret.

Også i tiden etter NOU 1999: 13 og NOU 2000: 27 har forslag om å erstatte sykdomskravet med en funksjonsvurdering blitt drøftet. I NOU 2007: 4 ble det påpekt at «[d]et er gjort flere forsøk på å stramme inn i de medisinske vilkårene for å få uføreytelser, men effekten i form av lavere tilgang til uføreordningen har vært kortvarig.»¹⁵⁹

Utvalget mente at sykdom alene ikke var nok for å vurdere en persons arbeidsevne. Man ville likevel beholde sykdom som et inngangsvilkår. Det ble ikke positivt begrunnet hvorfor dette ble ansett som nødvendig. Tvert imot pekte man på at selv om medisinen skulle «borge for en større grad av objektivitet enn skjønnsmessige vurderinger av inntektsevne[, var sykdom] et relativt begrep i den forstand at en medisinsk diagnose ofte sier lite om [...] funksjonsevne. Det er heller ingen entydig sammenheng mellom nedsatt funksjonsevne og redusert arbeidsevne. [Derfor var det tvil om] medisinske diagnoser alene sikrer objektivitet og likebehandling.»¹⁶⁰ Det ville til og med være «hensiktsmessig å nedtone det medisinske inngangsvilkåret i uføresaker [fordi det] påvirker tidligere prosesser gjennom at arbeidsrettede tiltak vanskeliggjøres.»¹⁶¹

Anbefalingen om å beholde sykdomsvilkåret fikk i stedet bare en negativ begrunnelse. Arbeidsevnevurdering hadde nettopp blitt innført som et kartleggingsverktøy i den nye Arbeids- og velferdsetaten. For å erstatte sykdomsvilkåret med funksjonsvurdering måtte «kvaliteten på arbeidsevnevurderingene tilfredsstillende visse minstekrav, [og de var enda ikke] tilstrekkelig etablert som verktøy [...] til at det [var] aktuelt å sløyfe det medisinske inngangsvilkåret.»¹⁶²

6.3 Medikaliseringsdebatten lever videre

I nyere tid har medikaliseringsdebatten særlig blitt tatt opp igjen av Sysselsettingsutvalget i NOU 2019: 7 Arbeid og inntektssikring. De konkrete forslagene handlet om å nedjustere stønadsnivået for unge mottakere av arbeidsavklaringspenger og fjerne ung ufør-tillegget til denne ytelsen. Størrelsen på ytelsen gjorde at unge mottakere ville få en høyere inntekt enn andre jevnaldrende.¹⁶³ En økonomisk gunstig ordning vil tiltrekke seg søkere, og når ordningen har

¹⁵⁸ <https://www.kvinnehelseutvalget.no/mandat/>

¹⁵⁹ NOU 2007: 4 s. 179.

¹⁶⁰ NOU 2007: 4 s. 186.

¹⁶¹ NOU 2007: 4 s. 191.

¹⁶² NOU 2007: 4 s. 192.

¹⁶³ NOU 2019: 7 s. 117.

medisinske inngangsvilkår skapes et insentiv om å få «satt en diagnose» på problemene som holder en utenfor arbeidslivet.

Utvalget mente at utfordringene særlig hos unge uten arbeidserfaring «i større grad kan være av kompetansemessig enn av helsemessig art.»¹⁶⁴ Mer generelt kunne medikalisering føre til at «arbeidsledighet blir gjort til et helseproblem, der den enkelte og omgivelsene får en forståelse av at problemer på flere livsområder har medisinske årsaksforhold som kan behandles av hel-sevesenet.»¹⁶⁵ Det ville ha negative ringvirkninger i form av å «påvirke brukerens selvforståelse og omgivelsenes oppfatning av personen».¹⁶⁶

Som i tidligere drøftinger av medikalisering, trakk man frem at økningen i uførepensjonister ikke kunne forklares med at «helsetilstanden i befolkningen generelt har blitt dårligere de se-neste tiårene. Det er derimot indikasjoner på det motsatte, for eksempel økt levealder. Mange sykdommer kan også behandles mer effektivt og med bedre resultat.»¹⁶⁷

Videre pekte man på forskning rundt hvilke sykdommer unge mottakere av arbeidsavklarings-penger typisk har:

Sintef peker på at unge som mottar arbeidsavklaringspenger ofte har en diffus eller sammensatt problematikk som er vanskelig å diagnostisere, og at de unge i mange tilfeller får en psykisk diagnose. Sintef mener det ofte handler om psykiske symptomer, mestringsproblemer, sosiale problemer og dårlig selvtillit. Langeland m.fl. (2016) peker på at statistikkgrupperingen lettere psykiske lidelser ofte er rent symptombaserte diagnoser, og at det er en gråsoner for hva som kan anses som nedsatt arbeidsevne med «sykdom, skade eller lyte» som vesentlig medvirkende årsak, og hva som er nedsatt arbeidsevne av andre, ikke-medisinske grunner. [...] Folkehelseinstituttet (2016) finner at det har vært en vekst i psykiske plager blant unge. Ifølge Folkehelseinstituttet er det uklart om utviklingen speiler at ungdom er blitt sykere generelt, eller om det også skyldes en økt tendens til å diagnostisere mer generelle mestringsproblemer knyttet til forhold som frafall fra skole, sosial mistilpasning og rus.¹⁶⁸

Fordi man la til grunn at sosiale problemer blir gjort til sykdom, mente man at vilkåret om sykdom som «vesentlig medvirkende årsak» til den nedsatte arbeidsevnen ikke hindret at mange unge med andre problemer ble omfattet av ordningen.¹⁶⁹

¹⁶⁴ NOU 2019: 7 s. 117.

¹⁶⁵ NOU 2019: 7 s. 118.

¹⁶⁶ NOU 2019: 7 s. 118.

¹⁶⁷ NOU 2019: 7 s. 119.

¹⁶⁸ NOU 2019: 7 s. 119.

¹⁶⁹ NOU 2019: 7 s. 119.

Dette ble til sist problematisk fordi «[s]tudier tyder på at å motta en helserelatert ytelse kan svekke mulighetene for senere tilknytning til arbeidslivet, sammenlignet med å motta en annen ytelse».¹⁷⁰ Selve det at ordningen hadde medisinske inngangsvilkår ble altså sett som problematisk. Det tilsvarende ble gjentatt i NOU 2021: 2: «For å motvirke medikalisering er det ønskelig at flere unge som i dag mottar arbeidsavklaringspenger i stedet kan motta en ytelse som ikke krever en medisinsk diagnose.»¹⁷¹

6.4 Attføringsapparatet som aldri ble godt nok

Et gjennomgående trekk helt siden krav om attføring ble innført, har vært at attføringsapparatet måtte bygges ut. I mange tiår har manglende kapasitet gjort det vanskelig å slå fast i hvor stor grad attføring faktisk har vært vellykket for ulike grupper. Senest i NOU 2021: 2 mener utvalget at flere må få «tett oppfølging og tilbud om arbeidsmarkedstiltak. Det er særlig viktig å øke innsatsen for unge, gjennom økt satsing på kvalifisering, utdanning og opplæring».¹⁷²

Brochmann 2-utvalget, som i 2017 utredet langsiktige konsekvenser av høy innvandring, pekte på samme måte på at

hovedgrepene som ble anbefalt i NOU 2011: 7 – aktivisering, kvalifisering og tilrettelegging – stadig er helt sentrale når målet er å integrere lavt kvalifiserte innvandrere i det norske arbeidslivet. [...] Utvalget har måttet spørre seg om kombinasjonen av tiltak har vært feil vektet eller for dårlig koplet, om man ikke har satset nok, eller om utfordringene rett og slett har vært for store gitt arbeidsmarkedets absorberingsevne, velferdsmodellens innretning og det omfattende tilbudet av (billig) arbeidskraft fra nye EU-land. Selv under høykonjunkturen på begynnelsen av 2000-tallet klarte man ikke å redusere sysselsettingsgapet mellom innvandrere og majoritetsbefolkningen i vesentlig grad.¹⁷³

Enten det gjelder unge, innvandrere eller andre grupper, har det over lang tid vært etterlyst mer attføring, uten at de grepene som har blitt tatt ser ut til å ha hatt stor effekt i noen periode. Det er betenkelig når en annen hovedtrend har vært ønsket om å skyve ut de som ikke har reell sykdom, med henvisning til at denne gruppen burde forsøke mer attføring.

¹⁷⁰ NOU 2019: 7 s. 120.

¹⁷¹ NOU 2021: 2 s. 13.

¹⁷² NOU 2021: 2 s. 7.

¹⁷³ NOU 2017: 2 s. 20, jf. NOU 2011: 7.

Her skal jeg bare nevne at innretningen på stønadsordningene og tiltaksporteføljen kan ha betydning. Brochmann 2-utvalget la stor vekt på å satse på utdanning blant flyktninger, og anbefalte at mest mulig kvalifisering skjer innenfor Introduksjonsprogrammet for nyankomne flyktninger.¹⁷⁴ Programmet har imidlertid en maksimal varighet på fire år, jf. integreringsloven § 13¹⁷⁵, og en god del av tiden vil ofte måtte brukes på grunnleggende opplæring.

Dersom personen senere har behov for arbeidsrettede tiltak fra NAV, vil både tidsbegrensningene i de forskjellige stønadsordningene og begrensninger i tiltaksforskriften¹⁷⁶ få betydning. Når det for eksempel gjelder kvalifiseringsprogram etter sosialtjenesteloven § 29¹⁷⁷, som i flere utredninger har blitt trukket frem som et alternativ til arbeidsavklaringspenger, kan ikke dette programmet innvilges «til en person som har som mål å ta videre utdanning eller opplæring etter endt program. Videre vil varighetsreglene sette rammer for hvor lange utdannings- eller opplæringsløp som kan tas innenfor programmet, i og med at tidsperspektivet ved innvilgelse av kvalifiseringsprogram maksimalt skal være to år.»¹⁷⁸

Det er dessuten begrensninger i selve tiltakene som kan tilbys i forbindelse med de fleste stønadsordningene. For eksempel følger det av NAVs retningslinjer at «[o]ppplæringstiltak med studiespesialiserende fag på videregående skoles nivå som innhold [maksimalt kan] gis i totalt ett år.»¹⁷⁹

7 Oppsummering

Den røde tråden i forarbeidene som har blitt gjennomgått, er ønsket om å forbeholde de helse-relaterte stønadene for de som «virkelig» er syke. De få unntakene fra dette – særlig NOU 1977: 14 og NOU 1999: 13, som begge ville sløyfe sykdomsbegrepet – ble aldri fulgt opp.

Samspillet mellom innstramminger og oppmykninger i lov og trygderettspraksis har ført til at kravene som stilles til sykdom har variert over tid. Synet på diffuse lidelser har imidlertid ligget fast helt til frem til dag – fra 1990-tallet gjerne i form av medikaliseringsdebatten.

¹⁷⁴ NOU 2017: 2 s. 21.

¹⁷⁵ Lov 6. november 2020 nr. 127 om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid

¹⁷⁶ Forskrift 11. desember 2015 nr. 1598 om arbeidsmarkedstiltak, jf. lov 10. desember 2004 nr. 76 om arbeidsmarkedstjenester

¹⁷⁷ Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

¹⁷⁸ Prop. 12 L (2018-2019) s. 29.

¹⁷⁹ Rundskriv R76-12-01 – Utfyllende regler til Arbeids- og velferdsetatens anvendelse av forskrift om arbeidsmarkedstiltak § 7-4.

Hvilke tilstander som har blitt utdefinert har variert, fra eksplisitt utelukkelse av alkoholisme mv. frem til 1970-tallet, til forskjellige diffuse smertelidelser og lettere psykiske lidelser. De to sistnevnte har fortsatt å bli utsatt for skepsis frem til i dag.

Når jeg senere skal drøfte det medisinske sykdomsbegrepet, vil jeg forsøke å nyansere dette. Jeg vil blant annet se på forskjellige årsaker som kan ligge bak samme type symptomer, og undersøke hvordan medisinen ser på slike tilstander i dag.

Før vi kommer dit, skal vi se på kravet om alvorlig sykdom for retten til forhøyet minsteytelse som ung ufør etter folketrygdloven § 12-13 tredje ledd.

8 Ung ufør

8.1 Innledning: Beregning av uføretrygd

Uføretrygd beregnes ved hjelp av en rekke regler. Først fastsettes uføregraden i prosent, ved å sammenligne inntektsevne før og etter uførhet, jf. ftrl. § 12-10, jf. § 12-9. For å kunne gjøre denne sammenligningen må det finnes frem til når uførheten har oppstått. Dette kalles uføretidspunktet, og er tidspunktet da inntektsevnen ble varig nedsatt, jf. § 12-8, som hovedregel med minst halvparten, jf. § 12-7 første ledd. Når sammenligningen viser at hele inntektsevnen er tapt, settes uføregraden til 100 prosent, jf. § 12-10 første ledd annet punktum.

Deretter beregnes størrelsen på uføretrygden. Man ser på den pensjonsgivende inntekten personen har hatt i de fem siste kalenderårene før uføretidspunktet, og bruker gjennomsnittlig inntekt i de tre beste inntektsårene i beregningen, jf. § 12-11 første ledd. Dette kalles inntektsgrunnlaget. Uføretrygd gis med 66 prosent av dette grunnlaget, jf. § 12-13. Kort trygdetid (det vil si tid med lovlig opphold i Norge) kan føre til reduksjon av uføretrygdens størrelse, jf. § 12-12.

Ftrl. § 12-13 regulerer også minsteytelser til personer som har hatt lave inntekter. For enslige er for eksempel minsteytelsen 2,48 ganger grunnbeløpet i folketrygden, jf. § 12-13 andre ledd siste punktum, det vil per i dag si ca. 23.039 kroner per måned før skatt.

Unge uføre gis en høyere minsteytelse. For enslige er den 2,91 ganger grunnbeløpet, jf. § 12-13 tredje ledd første punktum, det vil si ca. 27.033 kroner per måned før skatt.

Ung ufør er den som har blitt ufør før fylte 26 år på grunn av en alvorlig og varig sykdom, skade eller lyte som er klart dokumentert, jf. § 12-13 tredje ledd første punktum. Hva som ligger i kravet til alvorlig sykdom er temaet i det følgende.

8.2 Historikk

Leveraas-utvalget utredet første gang den forhøyede minstepensjonen til unge uføre i 1978, som en del av arbeidet med å forbedre levekårene til minstepensjonister generelt.¹⁸⁰ Formålet med særordningen skulle være å kompensere for tapte inntektsmuligheter, og spørsmålet var hvem som ikke hadde hatt muligheter til å opparbeide seg rett til tilleggspensjon på grunn av liten eller ingen arbeidserfaring.¹⁸¹ Det måtte omfatte de som var født ufør eller var blitt det før fylte 18 år, men også andre yngre personer som ikke hadde hatt mulighet for en yrkeskarriere på grunn av tidlig sykdom.¹⁸²

Man landet på en aldersgrense på 20 år: «Om denne gruppen vil man stort sett kunne si at man ikke vet annet enn at hver enkelt ville kunne fått en yrkesaktiv karriere».¹⁸³ Siden en særordning kunne virke urettferdig for andre som fikk minstepensjon pga. liten opptjening, mente man det var viktig å avgrense ordningen til de som virkelig ikke hadde hatt muligheten til opptjening. De fødte og unge uføre ble ansett for å være en slik gruppe.

Ordningen ble foreslått innført gjennom Ot.prp. nr. 42 (1980-81), som fastslo at den ville gjelde «en meget spesiell og vanskelig stilt gruppe som det er god grunn til å prioritere.»¹⁸⁴ Departementet var «enig i at barn som ikke er født uføre, men som blir ervervsuføre i så ung alder at det nærmest ikke har foreligget muligheter for å få medregnet fremtidige tilleggspoeng, også bør omfattes av reformen.»¹⁸⁵ Stortingskomiteen sluttet seg til forslaget.¹⁸⁶

Aldersgrensen for ordningen ble hevet skrittvis gjennom 1980- og -90-tallet – først til 21 år i 1984¹⁸⁷, så til 22 år i 1989¹⁸⁸, og deretter til 24 år i 1992¹⁸⁹. Denne aldersgrensen ble tatt med

¹⁸⁰ NOU 1978: 12.

¹⁸¹ NOU 1978: 12 s. 130.

¹⁸² NOU 1978: 12 s. 131.

¹⁸³ NOU 1978: 12 s. 131.

¹⁸⁴ Ot.prp. nr. 42 (1980-81) s. 6.

¹⁸⁵ Ot.prp. nr. 42 (1980-81) s. 6.

¹⁸⁶ Innst. O. nr. 48 (1980-81).

¹⁸⁷ Besl. O. nr. 14 (1983-84), jf. Ot.prp. nr. 11 (1983-84)

¹⁸⁸ Besl. O. nr. 5 (1988-89), jf. Ot.prp. nr. 7 (1988-89)

¹⁸⁹ Besl. O. nr. 128 (1991-92), jf. Ot.prp. nr. 90 (1991-92)

videre inn i folketrygdloven 1997, men dagens 26-årsgrense ble kort tid etterpå foreslått i et representantforslag.¹⁹⁰ Gjennomgående var begrunnelsene at det var blitt mer vanlig å studere lengre, og at noe eldre personer heller ikke hadde hatt muligheten til å opparbeide seg tilleggspensjon.

Den forhøyede minsteytelsen ble gitt til alle som hadde fått uføretidspunktet fastsatt til et tidspunkt før de nådde aldersgrensen.

8.3 Innstramminger i ordningen

Velferdsmeldingen¹⁹¹ hadde som nevnt pekt på økt arbeidsledighet, særlig blant yngre personer, og at utdanning var spesielt viktig. Arbeidslinja skulle ligge til grunn for innretningen av stønadsordningene, og det ble særlig viktig å attføre yngre personer til arbeidslivet.

I innstillingen til Velferdsmeldingen kom det samtidig frem at de unge uføre hadde hatt en sterk inntektsvekst.¹⁹² Videre hadde det «vært en noe liberal praksis og fortolkning av ‘tidlig uføretidspunkt’ som innebærer at yngre mennesker med diffuse og sammensatte lidelser også mottar garantert tilleggspensjon. Flertallet mener imidlertid at medisinsk uførhet bør tillegges mer vekt for å presisere at dette er en ordning for fødte/unge uføre.»¹⁹³

Departementet fulgte opp med forslag til innskjerpinger. Presiseringen av medisinsk uførhet fikk ordlyden «alvorlig og varig sykdom», slik den fortsatt er i dag. Man ville legge «mer vekt på lidelsens alvorlighet» slik at ordningen skulle treffe den gruppen den var ment å treffe, nemlig «fødte og unge uføre som ikke *har hatt mulighet* til å delta i inntektsgivende arbeid»¹⁹⁴ (min utheving). «Ved mindre alvorlige sykdommer og funksjonsnedsettelse, [kunne nemlig] uførheten ofte overvinnes i ung alder ved utdanning eller yrkesrettet attføring.»¹⁹⁵

Det var det samme dynamiske sykdomsbegrepet som skulle gjelde. «Et visst krav til sykdommens alvorlighet følger av årsakskravet i folketrygdloven [...] Det kan vanskelig tenkes at en ubetydelig sykdom kan være hovedårsak til 50 prosent nedsatt arbeids- og inntektsevne. Meningen er å innskjerpe kravet til lidelsens omfang i forhold til dette.»¹⁹⁶

¹⁹⁰ Dokument nr. 8:100 (1996-97). Forslaget ble vedtatt ved Besl. O. nr. 125 (1996-97).

¹⁹¹ St.meld. nr. 35 (1994-95).

¹⁹² Innst. S. nr. 180 (1995-96) punkt 2.1.

¹⁹³ Innst. S. nr. 180 (1995-96) punkt 4.3.1.3.

¹⁹⁴ Ot.prp. nr. 8 (1996-97) s. 14.

¹⁹⁵ Ot.prp. nr. 8 (1996-97) s. 14.

¹⁹⁶ Ot.prp. nr. 8 (1996-97) s. 14.

Sosialkomiteen på Stortinget sa seg enig i dette, og uttalte at det er «viktig at unge med mindre alvorlige sykdommer og funksjonsnedsettelse gis en utdanning eller en yrkesrettet attføring som setter dem i stand til å overvinne sine handikap og dermed unngå en passiv tilværelse som trygdemottaker.»¹⁹⁷

8.4 Rettspraksis

I rettspraksis om ordinær uførepensjon hadde Trygderetten som nevnt vært opptatt av arten og graden av symptomer, og konsekvensene en lidelse hadde for inntektsevnen, heller enn «ren» medisinsk uførhet. Funksjonssvikten ble også lenge brukt som et mål på vilkåret om alvorlig sykdom. I løpet av 2005 kan det se ut til å ha skjedd et skifte. I kjennelsen i TRR-2004-2936 fra april 2005, mente retten at det er «funksjonssvikten som er hovedtema og ikke sykdommens beskaffenhet som sådan, [altså at] lidelsen ‘rent medisinsk’ skal være alvorlig. [...] Av forarbeidene fremgår det tvert imot at bestemmelsen i § 3-21 ikke innebærer et nytt sykdomsbegrep. Uttrykket ‘rent medisinsk’ skriver seg fra ‘Velferdsmeldingen’ (St.meld.nr.35 (1994–1995)). Formuleringen er ikke fulgt opp i forarbeidene [...] Det er sykdommens grad som bestemmer om vilkårene etter § 3-21 er oppfylt – ikke dens art.»¹⁹⁸

I august samme år kom det imidlertid en femmedlemskjennelse om ung ufør-ordningen. Selv om «konsekvenser for funksjonsevnen fremstår som en hensiktsmessig måte å ‘måle’ alvorlighet på, og sykdomstilstanden (diagnosen) i seg selv kan være lite egnet til veiledning[, var flertallet] likevel av den oppfatning at lovendringen [tok] sikte på å stille større krav til det medisinske grunnlag for uførheten».¹⁹⁹ Selv om det ikke skulle kreves en bestemt medisinsk uføregrad, mente retten at det skulle «kreves mer markerte trekk ved den aktuelle sykdomstilstand [...] Det må etter flertallets mening foreligge en sykdomstilstand før fylte 26 år med iboende funksjonssvikt og klar risiko for uførhet.»²⁰⁰

Det ble også vist til en dom fra Eidsivating lagmannsrett som påpekte at «ordningen ikke skal omfatte dem som kan overvinne sin sykdom og funksjonshemming».²⁰¹

¹⁹⁷ Innst. O. nr. 46 (1996-97) punkt 4.1.4.

¹⁹⁸ TRR-2004-2936.

¹⁹⁹ TRR-2004-4943.

²⁰⁰ TRR-2004-4943.

²⁰¹ Sitert i TRR-2004-4943.

Kravet til alvorlig sykdom har vært vanskelig å praktisere. Nylig kom Høyesterett med en prinsipiell avklaring i HR-2021-2276-A. Etter en gjennomgang av forarbeider og rettspraksis konkluderer retten med at det er selve lidelsens alvorlighet som skal bedømmes.²⁰² Det ble vist til at det var meningen å utelukke mer diffuse lidelser. Konsekvensene for funksjonsevnen kan bare få betydning som selvstendig moment «der det er noe tvil om den medisinske lidelsen i seg selv er alvorlig nok.»²⁰³ Det medfører at «for mange [...] sykdommer vil de lettere og midlere grader av sykdommen måtte falle utenfor[, og et avgrensningskriterium er] om det dreier seg om en sykdom av en slik karakter at uførheten ‘ofte [kan] overvinnes i ung alder ved utdanning eller attføring’».²⁰⁴

Dermed er det blitt klart at det er alvorligheten ved den medisinske lidelsen i seg selv som skal bedømmes, og at man utelukker tilstander som ofte kan overvinnes gjennom utdanning eller attføring.

8.5 Konsekvenser av alvorlighetskriteriet

Det første som blir klart er at ung ufør-ordningen dermed skiller mellom to grupper som har blitt uføre i like ung alder, og bare gir høyere minstestytelse til gruppen med tilstrekkelig alvorlig sykdom. Det er vanskelig å se at de to gruppene har forskjellige økonomiske behov, ettersom uføretrygden ikke skal dekke særskilte kostnader ved alvorlig sykdom, men kompensere for inntektstap. Ordningen skaper dermed et «A- og B-lag»²⁰⁵ av unge uføre, og formålet med inntektskompensasjon blir ikke oppnådd for alle. Det er en problematisk forskjellsbehandling, som har blitt påpekt i mange år.²⁰⁶

Etter mitt syn er dette i realiteten en konsekvens av synet på sykdom som jeg har vist til gjennom hele lovarbeidshistorikken i denne oppgaven, nærmere bestemt at visse tilstander ikke egentlig kan føre til uheldelige funksjonsnedsettelse. I ung ufør-ordningen skal det heller ikke ha noen betydning at en person faktisk ikke klarte å overvinne tilstanden. Visse tilstander skal rent prinsipielt kunne overvinnes, og hvis man ikke har sørget for dette blir man utestengt fra ordningen. Dette «hypotetiske» kriteriet benyttes helt frem til og med Høyesteretts dom i HR-2021-2276-A. Fra denne synsvinkelen gjør ikke egentlig ordningen noen forskjellsbehandling av like tilfeller. De som får tillegget *hadde ikke mulighet* til å opparbeide seg pensjonspoeng, i

²⁰² HR-2021-2276-A, i avsnitt 48.

²⁰³ HR-2021-2276-A, i avsnitt 50.

²⁰⁴ HR-2021-2276-A, i avsnitt 51.

²⁰⁵ Marienborg (2021) s. 171.

²⁰⁶ Se for eksempel TRR-2004-4943 og Spidsberg (2005).

motsetning til gruppen med tilstander som rent faktisk kunne overvinnes – selv om ikke de klarte det. Det er selve synet på sykdom som etter mitt syn forklarer problemet.

Samtidig må det nevnes at de som hadde tilstander som skulle kunne overvinnes i ung alder, «ikke ville kvalifisere for uføretrygd i det hele tatt».²⁰⁷ De som har slike tilstander, og *ikke* klarer å overvinne dem, skal dermed verken komme i arbeid eller få den forhøyede minstestytelsen som kompensasjon.

Det er også verdt å nevne at ordningen neppe blir mer forutsigbar eller mindre prosessdrivende etter Høyesteretts dom. Som jeg kommer tilbake til under drøftingen av det medisinske sykdomsbegrepet er det neppe mulig å oppstille slike krav som det gjøres til den medisinske lidelsen i seg selv.

8.6 Funksjonssvikt som alvorlighetskriterium

Konsekvenser for funksjonsevnen har i varierende grad fått spille en rolle som mål på «alvorlig sykdom». Etter Høyesteretts dom har funksjonssvikt nå begrenset betydning som selvstendig moment. Roger Spidsberg argumenterte i 2005 mot funksjonssvikt – det vil si sykdommens betydning for inntektsevnen – som alvorlighetskriterium på denne måten:

Slik jeg ser det taler [...] folketrygdlovens systematikk mot [dette.] I denne sammenheng minner jeg om at det er et sentralt vilkår for at en person i det hele tatt skal få uførepensjon, at vedkommende har gjennomgått hensiktsmessig behandling og attføring, jf. § 12–5. Når en person først er innvilget uførepensjon, vil trygdeetaten allerede ha vurdert det slik at ytterligere behandling og attføring ikke vil føre frem. Dersom sykdommens betydning for inntektsevnen skulle anses avgjørende for om en sykdom er «alvorlig» i relasjon til § 3–21, ville innskjerpingen fra 1. januar 1998 faktisk sett ikke innebære noe mer enn et skjerpet krav til dokumentasjon.²⁰⁸

Spidsberg synes altså å mene at man i så fall bare hadde skjerpet kravet til dokumentasjon av at all hensiktsmessig attføring faktisk var gjennomført. Alternativet ville vært å bruke alvorlig funksjonssvikt som kriterium, altså at man måtte fungere ekstraordinært dårlig for å få tillegget. Det ville imidlertid være vanskelig å forene med det faktum «at det er mulig å være *delvis* ufør av en ‘alvorlig’ sykdom»²⁰⁹ (min utheving).

²⁰⁷ Marienborg (2021) s. 171.

²⁰⁸ Spidsberg (2005).

²⁰⁹ Marienborg (2021) s. 170.

8.7 Konklusjon

Basert på den historiske gjennomgangen av sykdomsbegrepet, ser også jeg det slik at det var lovgivers intensjon å skjerpe kravet til den medisinske lidelsen i seg selv. Det var fordi man mente at visse sykdommer rent generelt skulle kunne overvinnes, slik at disse personene reelt hadde mulighet til å opparbeide seg inntekter, selv om de ikke fikk det til. Et slikt «hypotetisk» kriterium er uheldig.

Krav til en spesiell grad av funksjonssvikt fremstår ikke som et godt alternativ. Det ville nok føre til samme type forskjellsbehandling av personer med mer eller mindre alvorlig funksjonssvikt men med like små muligheter til å opparbeide seg pensjonsgivende inntekt.

Spørsmålet blir om det gir mening å stille krav til sykdommen i seg selv.

9 Sykdomsbegrepet i medisinen

9.1 Ontologisk og relasjonelt sykdomsbegrep

Bjørn Hofmann viser til antikkens debatt som sykdomsbegrepet, der hovedspørsmålet var «om sykdom er noe spesifikt som kan sorteres som distinkte sykdommer, eller om sykdom er noe generelt som ikke lar seg klassifisere, men som gir seg til kjenne ved individuelle forekomster.»²¹⁰

I følge Hofmann «har vi en tendens til å oppfatte sykdom som enhetlige fenomener [...] Sykdommen skyldes underliggende fenomener (sykdomsmekanismer) og utgjør en enhet med egen eksistens [...] Oppdagelsen av bakteriene forsterket [denne] ontologiske sykdomsoppfatningen.»²¹¹

Utfordringen med dette begrepet er at det vi kaller en sykdom kan bestå av flere nivåer av underliggende mekanismer, i tillegg til observerbare symptomer. Dette illustreres med et eksempel:

Lungebetennelse [...] blir beskrevet som en bakteriell infeksjon av en hel lungelapp. Bakteriene bryter ned lungevev og fine bronkier. Immunsystemet reagerer med forsvarsmekanismer og

²¹⁰ Hofmann (2004).

²¹¹ Hofmann (2004).

personen har nedsatt lungefunksjon, hoste og slim, feber og redusert allmenntilstand. Hva er selve sykdommen? Er det bakteriene (årsaken), deres virkning på vevet (degenerering), immunsystemets forsvar (reaksjon), den reduserte lungefunksjonen (funksjonell status), eller feberen, hosten og den reduserte allmenntilstanden (symptomene, virkningen)? Eller er det alle disse fenomenene til sammen? Hvis alle fenomenene er sykdommen «pneumoni», har da en person med oppblomstring av pneumokokker i lungene, men som ikke har feber, sykdommen pneumoni? Eller har en person som har symptomene, men der man ikke finner noen bakteriell årsak, sykdommen?²¹²

Man kan også se det slik at «[d]en historiske utviklingen og de raske endringene i moderne medisinsk taksonomi (klassifiseringssystem) gjør det nærliggende å oppfatte sykdom som en sosial konstruksjon. Kreft og tuberkulose var en gang samme sykdom [...] Sykdommers historiske flyktighet gjør det nærliggende å tenke seg at kulturelle oppfatninger avgjør hva som er sykdom.»²¹³

I tillegg har vi det relasjonelle sykdomsbegrepet, der «en moderne versjon [...] ser sykdom som funksjonsavvik. [...] Hvis hjertet har redusert funksjon, er det sykt. Hjertets funksjon forstås gjerne som dets evne til å pumpe blod.»²¹⁴

Et problem er da at hva som er den «normale» funksjonen man skal måle mot ikke er klart. Hva som er normale blodtrykkverdier varierer for eksempel fra land til land.²¹⁵

9.2 Hvilket begrep viser seg i trygden?

Motsetningen mellom det ontologiske og det relasjonelle sykdomsbegrepet viser seg i gjennomgangen av historiske lovforarbeider. Når man gjennomgående har stilt krav til den medisinske lidelsen i seg selv, viser det et syn på sykdom som enhetlige fenomener. Sett på den måten gir det mening å tenke seg sykdommer som i prinsippet har den samme typen effekt på alle den rammer. Da kan man også skille ut tilstander som skal kunne overvinnes. Når man har akseptert at en liten medisinsk uførhet kunne gi stor ervervsmessig uførhet, var det bare på grunn av faktorer helt adskilt fra selve sykdommen, som for eksempel utdanningsnivå.

En relasjonell modell har blant annet blitt fremhevet i NOU 1977: 14, av konsensusgruppen i TRR-1994-21 og av Georg Espolin Johnson (2016). Det vises blant annet til den

²¹² Hofmann (2004).

²¹³ Hofmann (2004).

²¹⁴ Hofmann (2004).

²¹⁵ Hofmann (2004).

biopsykososiale modellen, der psykososiale forhold anses å spille en rolle for selve sykdommen – også på den måten at psykiske forhold påvirker hvilke konsekvenser en rent somatisk sykdom får for den enkelte. Det relasjonelle begrepet synliggjør at de forskjellige faktorene er for tett sammenvevd til at det gir mening å skille ut en medisinsk lidelse som noe separat. Sagt på en annen måte er de psykososiale faktorer å anse som elementer i selve sykdommen eller sykdomsutviklingen. I den grad man kan snakke om rent medisinske faktorer, ser Johnson en tendens til «overvurdering av presisjonsnivået i den medisinske diagnostikken av de mest relevante diagnosene»²¹⁶ i ung ufør-tilfellene.

Ut fra dette bør vi avvise synet på «alvorlig sykdom» i ung ufør-tilfellene som sier at det er mulig å skille ut sykdommer der det må anses påregnelig at uførhet vil oppstå, og andre sykdommer der det ikke er påregnelig. Den biopsykososiale modellen viser at samspillet mellom ulike faktorer skaper så store variasjoner i konsekvensene av en sykdom for den enkelte at det ikke gir mening å snakke om alvorligheten av lidelsen i seg selv. Når konsekvensene for inntektsevnen heller ikke er et godt kriterium, fremstår det problematisk å overhodet opprettholde noe skille mellom unge uføre. Det kan tyde på at kravet til alvorlig sykdom bør fjernes helt.

For det andre blir det lettere å akseptere diffuse lidelser som sykdom i en relasjonell forståelse. Som beskrevet ovenfor er de underliggende sykdomsprosessene komplekse, og det at en sykdom er diffus – dårlig avgrenset – sier bare noe om at vi (ennå) ikke kjenner til hva som har ført til symptomene. At det ikke er noen grunn til å kreve klare bekreftelser fra medisinske undersøkelser underbygges av utviklingen i diagnosesystemene. Denne utviklingen har gått klart i retning av å anerkjenne selvrappporterte symptomer som sykdom, uten at årsaken er kjent.

I diagnosemanualen ICD-11 – som foreløpig ikke er tatt i bruk i Norge – er kronisk smerte og akutt smerte blitt egne hovedkategorier, og smertetilstander anerkjennes fullt ut selv om man ikke kjenner den bakenforliggende årsaken. Man skiller heller mellom typer av smerte, som man deretter kan koble på underkategorier som grad av smerte og om smerten er konstant eller varierende. For eksempel finnes diagnosekode MG30.01 Kronisk utbredt smerte. Det er en underdiagnose i kategorien MG30.0 Kronisk primær smerte, det vil si at smertetilstanden ikke bare ses som konsekvensen av en annen sykdom, men er den primære sykdommen.²¹⁷

De nyeste kriteriene for diagnostisering av fibromyalgi måler videre selvangitte plager som utmattelse, hukommelsesproblemer, depresjon og smerter i forskjellige områder av kroppen. Lidelsen er altså definert som *mer diffus* – mindre klart avgrenset – enn tidligere, da kriteriene

²¹⁶ Johnson (2016) s. 327.

²¹⁷ Se ICD-11: «Pain», med underkategorier: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f661232217>

bare gikk ut på at man måtte ha smerter på et tilstrekkelig antall punkter på kroppen. Nå er det et samspill mellom ulike somatiske, psykiske og kognitive faktorer som definerer tilstanden. Man har sett at dette fører til høyere reliabilitet²¹⁸ (pålitelighet av diagnostiseringen på tvers av tilfeller). Selv om tilstanden avgrenses mindre klart, er det altså et symptombilde som er utbredt og må anerkjennes som sykdom.

I medisinen har man altså kommet til en anerkjennelse av at letingen etter årsaken til en rekke tilstander har lite for seg. Man har heller utformet kategorier av symptomer etter hvordan de erfaringsvis opptrer i befolkningen.

9.3 Hva med medikalisering?

Hvordan kan vi da vite at diffuse plager egentlig er sykdom? Medisinen ser ikke ut til å ha store planer om å hjelpe oss med hensyn til objektive funn. Samtidig vil jeg ikke trekke i tvil fenomener som den tidligere beskrevne nocebo-effekten, der negative forventninger eller overdrevent fokus på en tilstand utløser eller forverrer symptomer.

Det jeg vil til livs er tanken om at visse tilstander kan endres, og andre ikke. Trygdehistorikken viser tydelig at man mente diffuse lidelser i prinsippet kunne endres. Man så ikke så nøye på hvordan den enkeltes forutsetninger for endring spilte inn på dette. I det følgende vil jeg bare trekke frem noen eksempler for å illustrere poenget.

Som ansatt i NAV treffer jeg mange med diffuse symptomer som har fått avslag på uføretrygd fordi det ikke er ansett å foreligge sykdom. Blant denne gruppen gjør vi ulike funn når vi får nærmere kjennskap til personens bakgrunn og får gjennomført egne spesialistutredninger.

Vi ser at mange «somatiserer» psykiske plager. Det kan for eksempel være personer med krigstraumer som på grunn av lite utdanning eller kulturelle forhold ikke har et språk for psykiske plager. Kroppen blir i stedet bærer av plagene, og de kommer til uttrykk som utbredte muskelsmerter uten påvisbare funn. Andre ganger finner vi det som må omtales som lettere psykiske lidelser, og der det for de fleste vil finnes et virksomt behandlingstilbud, mens sykdommen for denne personen blir fullstendig invalidiserende som følge av manglende kognitive forutsetninger for å nyttiggjøre seg behandlingen som finnes. Det er vanlig at helsevesenet ikke har oppdaget den faktisk foreliggende sykdommen.

²¹⁸ NTNU (2020): <https://www.ntnu.no/ism/fibromyalgi-kriterier>

Folkehelseinstituttet viser i sitt innspill til det nåværende Kvinnehelseutvalget til at personer med omfattende «livsbelastninger i oppvekst [...] har 20 års redusert levetid av somatiske årsaker [og] betydelig økt forekomst av overvekt, muskel/skjelettlidelser, hjertesykdom, lunge sykdom, brudd, immunologiske og hormonelle sykdommer i tillegg til rusproblemer, psykiatriske lidelser og vansker i arbeidslivet.»²¹⁹

Dessuten er det store kjønnsforskjeller:

Kvinner og menn opplever ulike belastninger og stress i oppveksten, hvor kvinner f.eks. oftere blir utsatt for overgrep og vokser opp under andre forventninger. Denne type ulikheter kan være bidra til forskjeller i helseutfordringer senere i livet [...] Tenåringsjenter og unge kvinner har økende forekomst av diagnostiserte psykiske lidelser. Vi vet for lite om hvordan dette henger sammen med stress og press i skolen, erfaringer fra sosiale medier, eller med erfaringer med seksuell trakassering, overgrep og andre traumeerfaringer. [...] Epidemiologisk litteratur viser at langvarig smerte er mer utbredt blant kvinner enn menn [...] Kjønnsforskjellene er også vist når smertefølsomhet måles i laboratorieforsøk [...] Dyreforskning tyder på at kjønnsforskjellene for både akutt og langvarig smerte blant annet avhenger av kjønnsforskjeller i immunforsvaret.²²⁰

Samlet sett viser det ovennevnte at mange ulike forhold kan ligge bak likeartede symptomer, og det er store variasjoner i sykdomsuttrykket. Det siste ser medisinen ut til å ta på alvor gjennom å endre den diagnostiske klassifiseringen i retning av symptombaserte kategorier. Når årsaksforklaringer forlates, maskeres samtidig andre faktorer. Det kan derfor godt tenkes at det skjer medikalisering av sosiale problemer, som lettere kunne blitt endret hvis de var blitt behandlet nettopp som sosiale problemer.

Motsatt kan de samme diffuse symptomene skjule alvorlige plager. Fibromyalgi diagnostiseres gjennom angivelse en rekke subjektive symptomer, men krever ikke at andre sykdommer utelukkes for å stille diagnosen. At årsak har betydning viser også eksempelet med diffuse symptomer som skjulte en traumelidelse som ikke var blitt oppdaget. Det kan få store konsekvenser for den langsiktige prognosen fordi tidlig behandlingsintervensjon er viktig.

Når diffuse symptomer kan maskere alt fra mindre alvorlige sosiale problemer til svært alvorlige sykdommer, kan vi ikke anta at fordi en tilstand ikke er godt avgrenset, er den heller ikke alvorlig. Et mer nyansert bilde får frem at likeartede symptomer kan ha svært forskjellige årsaker. Det vil også si at mange kan være arbeidsuføre på grunn av like symptomer, mens det hos noen vil skyldes forhold man kan gjøre noe med, uten at det hører naturlig hjemme i

²¹⁹ FHI (2022), <https://files.nettsteder.regjeringen.no/wpuploads01/sites/472/2022/08/Innspill-fra-FHI.pdf>

²²⁰ FHI (2022)

helsevesenet. Folkehelseinstituttet påpeker for eksempel at vi har «lite kunnskap om i hvilken grad og hvordan miljøet på skolen påvirker utvikling av psykisk helseproblem blant jenter på andre måter enn blant gutter.»²²¹

Det er samtidig viktig å fremheve at den samme sykdommen kan bli mer alvorlig for enkelte enn for andre, på grunn av det biopsykososiale samspeillet som må ses som en del av «selve sykdommen».

For sykdomsbegrepets del leder dette meg til den konklusjonen at selv om det kan være vanskelig å bevise om en funksjonssvikt faktisk skyldes sykdom, burde funksjonssvikt få mer avgjørende plass i det rettslige sykdomsbegrepet. Da følger jeg Gudrun Holgersen (1992) i hennes symptomteori, som gjenspeiler langvarig praksis fra Trygderetten som vektlegger arten og graden av symptomene personen utviser.

Holgersen ser det da som et «bevissspørsmål om symptomene faktisk foreligger, og forsøk på simulering vil kunne avdekkes gjennom bevisførselen.»²²² Den foreliggende oppgaven illustrerer forhåpentligvis at objektive medisinske funn fungerer dårlig som bevis generelt sett. Det arbeidsrettede tiltaksapparatet og oppfølgingsregimet i dag gjør at en person blir observert over lang tid og av forskjellige leger, arbeidskonsulenter og veiledere før en uføresak avgjøres. Denne bevissituasjonen kan tilsi at det er forsvarlig å gi funksjonsvurderinger mer avgjørende plass i det rettslige sykdomsbegrepet.

10 Domstolskontroll og rettskildesløyfer

I HR-2021-2276-A viste Høyesterett til at siden «vedtaket som er til prøving fullt ut er lovbundet, er det her ingen begrensinger i domstolenes kompetanse. Men domstolene må likevel være tilbakeholdne i overprøvingen av Trygderettens medisinskfaglige vurderinger.»²²³

Eckhoff og Smith viser til at forvaltningen i Norge har fått omfattende skjønnsmyndighet fra lovgiver, men at lovbestemmelser må tolkes med hensyn til hvor omfattende kompetansen er.²²⁴ «Lovtolkning er *alltid* en rettslig oppgave [...] Når lovteksten ‘gir anvisning på en rekke skjønnsstemaer der den konkrete vurderingen må foretas på grunnlag av et faglig og politisk

²²¹ FHI (2022)

²²² Holgersen (1992) s. 240.

²²³ HR-2021-2276-A, i avsnitt 26.

²²⁴ Eckhoff/Smith (2018) s. 373.

skjønn', kan domstolene 'overprøve forvaltningens generelle tolkning'.²²⁵ Men tolkningen kan også resultere i at ikke bare det generelle meningsinnholdet, men også «anvendelse på fakta i den enkelte sak, er fullt ut rettslig styrt. [Da] er kompetansen *lovbundet*.»²²⁶

Derfor kunne Høyesterett fullt ut prøve vilkåret om «alvorlig sykdom», men skulle være tilbakeholdne med tanke på den medisinskfaglige vurderingen. Imidlertid fant ikke Høyesterett noen fast og konsistent rettspraksis som kunne «avklare vurderingstemaet og terskelen nærmere.»²²⁷ Ut fra ordlyden («alvorlig») og uttalelser i forarbeider om at alvorligheten skulle knyttes til den medisinske lidelsen i seg selv, kom Høyesterett til sitt resultat.

Retten fant samtidig en nokså generell løsning som holdt seg fra å bli for medisinskfaglig anlagt. Man fant at alvorligheten måtte knyttes til lidelsen i seg selv, og bestemte terskelen relativt til «det medisinske minimum som kreves for å få ordinær uføretrygd.»²²⁸

For at en slik løsning skal fungere, må imidlertid de medisinskfaglige grunnbegrepene være tilstrekkelig avklart i utgangspunktet. Det må særlig være mulig å si at en medisinsk lidelse i seg selv kan være mer eller mindre alvorlig, uavhengig av den funksjonsnedsettelsen lidelsen medfører. Gjennomgangen av lovforarbeider har vist at man har hatt en stor tro på at dette er mulig, mens utviklingen i det medisinske sykdomsbegrepet nok tyder på det motsatte.

Siden lovforarbeidene i for liten grad har reflektert over medisinenes egne grunnlagsproblemer, har man etter mitt syn antatt en sykdomsforståelse som i dag ligger til dels langt fra den medisinske forståelsen man mener å basere seg på. Når forarbeidene i tillegg har vært konsistente over tid med tanke på synet på sykdom, var det vanskelig å komme til et annet resultat i saken for Høyesterett. Problemet blir at når lovbestemmelser lener seg på andre vitenskaper, men samtidig utvikler og opprettholder sin egen forståelse av dette fagfeltet, er det begrenset hva domstolskontrollen kan rette opp.

Dette fører til sist til en rettskildesløyfe som begynner med en «feil» forståelse av innholdet i et medisinsk fagbegrep. Denne forståelsen kan reproduseres gjennom forarbeider og praksis over lang tid. Ved domstolskontrollen vil lovgivers angivelse av kompetansen i lovbestemmelsen, og dermed forarbeidene til loven, være helt sentrale. Da legges samtidig deres forståelse av medisinske fagbegreper i stor grad til grunn for lovtolkningen. Det resultatet Høyesterett

²²⁵ Eckhoff/Smith (2018) s. 373.

²²⁶ Eckhoff/Smith (2018) s. 374.

²²⁷ HR-2021-2276-A, i avsnitt 46.

²²⁸ HR-2021-2276-A, i avsnitt 51.

kommer til blir retningsgivende for den videre forvaltningspraksisen, og forplanter seg videre oppover derfra igjen.

For å bryte sløyfen bør sykdomsbegrepet utredes mer helhetlig. Medisinens grunnlagsproblemer og nåværende forståelse av sykdom bør da få mer plass, samtidig som medikaliseringsdebatten dermed kan nyanseres.

Litteraturliste

Litteratur

Eckhoff, Torstein og Eivind Smith. *Forvaltningsrett*. Oslo: Universitetsforlaget, 2018.

Folkehelseinstituttet. «Innspill til Kvinnehelseutvalgets arbeid.» <https://files.nettsteder.regjeringen.no/wpuploads01/sites/472/2022/08/Innspill-fra-FHI.pdf> hentet 25.11.2022.

Hofmann, Bjørn. «Hva er sykdom?» <https://sykepleien.no/en/node/46577> hentet 17.11.2022.

Holgersen, Gudrun. «Sykdom som trygderettslig vilkår.» *Jussens venner* (1992) s. 225-252.

ICD-11. «Pain.» <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f661232217> hentet 25.11.2022.

Johnson, Georg Espolin. «Et kritisk blikk på medisinske vilkår for rett til ytelse som ung ufør.» I Førde, Reidun, Morten Kjelland og Ulf Stridbeck (red.). *Cand.mag., cand.med., cand.jur., cand.alt. Festskrift til Aslak Syse 70 år*. Oslo (2016) s. 321–332.

Kjønstad, Asbjørn og Imran Haider. *Innføring i Trygderett*. Oslo: Universitetsforlaget, 2018.

Kvinnehelseutvalget. «Mandat.» <https://www.kvinnehelseutvalget.no/mandat/> hentet 25.11.2022.

Marienburg, Eivind. «HR-2021-2276-A: Uklar avklaring om unge uføre.» *Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og trygderett* nr. 4 (2021).

NTNU. «Fibromyalgi-kriteriene.» <https://www.ntnu.no/ism/fibromyalgi-kriterier> hentet 25.11.2022.

Spidsberg, Roger. «Ung ufør-ordningen i folketrygden.» *Tidsskrift for Erstatningsrett* (2005).

Store norske leksikon. «Innholdsanalyse» <https://snl.no/innholdsanalyse> hentet 25.11.2022.

Lover

1960	Lov 22. januar 1960 nr. 1 om uføretrygd (uføretrygdloven).
1960	Lov 22. januar 1960 om attføringshjelp.
1966	Lov 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd (folketrygdloven 1966).
1966	Lov 16. desember 1966 nr. 9 om anke til trygderetten (trygderettsloven).
1991	Lov om endringer i lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd.
1995	Lov om endringer i lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd og i enkelte andre lover.
1997	Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven 1997).
2004	Lov 10. desember 2004 nr. 76 om arbeidsmarkedstjenester (arbeidsmarkedsløven).
2009	Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteløven).
2020	Lov 6. november 2020 nr. 127 om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid (integreringsloven).

Forskrifter og instruksjer

1991	Forskrift 26. september 1991 nr. 628 om hvilke krav som skal stilles til sykdom, skade eller lyte og den nedsatte ervervsevne som vilkår for rett til uførepensjon.
2006	Forskrift 24. november 2006 nr. 1300 om menerstatning ved yrkesskade.
2013	Rundskriv R76-12-01 – Utfyllende regler til Arbeids- og velferdsetatens anvendelse av forskrift om arbeidsmarkedstiltak.
2015	Forskrift 11. desember 2015 nr. 1598 om arbeidsmarkedstiltak (tiltaksforskriften).

Forarbeider: NOU-er

NOU 1977: 14	Folketrygdens uførebegrep.
NOU 1978: 12	Pensjonsutredningen.
NOU 1990: 17	Uførepensjon.
NOU 1990: 23	Sykelønnsordningen.
NOU 1992: 26	Øking av sysselsetting i 90-årene.
NOU 1999: 13	Kvinnens helse i Norge.
NOU 2000: 27	Sykefravær og uførepensjonering.

NOU 2007: 4	Ny uførestønad og ny alderspensjon til uføre.
NOU 2011: 7	Velferd og migrasjon.
NOU 2017: 2	Integrasjon og tillit.
NOU 2019: 7	Arbeid og inntektssikring.
NOU 2021: 2	Kompetanse, aktivitet og inntektssikring.

10.1 Forarbeider: Stortingsmeldinger

St.meld. nr. 58 (1948)	Om folketrygden.
St.meld. nr. 12 (1951)	Om folketrygden.
St.meld. nr. 75 (1963-64)	Om folkepensjon.
St.meld. nr. 39 (1991-92)	Attføringsmeldingen.
St.meld. nr. 35 (1994-95)	Velferdsmeldingen.

10.2 Forarbeider: Proposisjoner og representantforslag

Ot.prp. nr 22 (1959)	<i>1. Om lov om uføretrygd. 2. Om lov om tillegg til lov om syke-trygd av 2. mars 1956. 3. Om lov om endringer i lov om syke-trygd av 2. mars 1956 m. fl. lover.</i>
Ot.prp. nr. 17 (1965-66)	<i>Om lov om folketrygd.</i>
Ot.prp. nr. 42 (1980-81)	<i>Om lov om endringer i lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd (Tilleggspensjon til fødte uføre og annen ufør ungdom. Regu-lering av grunnstønad, hjelpestønad m.v. uavhengig av folke-trygdens grunnbeløp. Nye regler for avrunding av trygdeytel-ser som utbetales i terminer.)</i>
Ot.prp. nr. 11 (1983-84)	<i>Om lov om endringer i lov av 17 juni 1966 nr 12 om folketrygd og i visse andre lover.</i>
Ot.prp. nr. 7 (1988-89)	<i>Om lov om endringer i lov av 17. juni 1966 nr. 12 Om folke-trygd og i visse andre lover.</i>
Ot.prp. nr. 8 (1988-89)	<i>Om lov om endringer i lov 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd.</i>
Ot.prp. nr. 3 (1990-91)	<i>Om lov om endringer i lov 17 juni 1966 nr 12 om folketrygd og i visse andre lover.</i>
Ot.prp. nr. 62 (1990-91)	<i>Om midlertidig lov om kompensasjonstillegg til ytelser fra fol-ke-trygden og om lov om endringer i lov 17 juni 1966 nr 12 om folketrygd.</i>
Ot.prp. nr. 90 (1991-92)	<i>Om lov om endringer i lov 17 juni 1966 nr 12 om folketrygd (Garantert tilleggspensjon for unge uføre).</i>

Ot.prp. nr. 58 (1992-93)	<i>Om lov om endringer i lov 17 juni 1966 nr 12 om folketrygd og i visse andre lover (Yrkesrettet attføring).</i>
Ot.prp. nr. 64 (1992-93)	<i>Om lov om endringer i lov 17 juni 1966 nr 12 om folketrygd og i visse andre lover (Samleproposisjon).</i>
Ot.prp. nr. 42 (1994-95)	<i>Om lov om endringer i lov 17 juni 1966 nr 12 om folketrygd og i enkelte andre lover (Samleproposisjon).</i>
Ot.prp. nr. 29 (1995-96)	<i>Om ny lov om folketrygd (folketrygdloven).</i>
Ot.prp. nr. 8 (1996-97)	<i>Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (Oppfølging av Velferdsmeldingen).</i>
Dokument nr. 8:100 (1996-97)	<i>Forslag fra stortingsrepresentantene Ansgar Gabrielsen, Valgerd Svarstad Haugland, Asmund Kristoffersen, Eilef A. Meland og Tove Kari Viken om lov om endring i lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) (Endring av aldersgrense for garantert tilleggspensjon for fødte uføre og unge uføre).</i>
Ot.prp. nr. 29 (2001-2002)	<i>Om lov om endringer i folketrygdloven (tiltak for å redusere sykefravær mv.)</i>
Ot.prp. nr. 102 (2001-2002)	<i>Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (tidsbegrenset uførestønad).</i>
Ot.prp. nr. 9 (2004-2005)	<i>Om lov om endringer i folketrygdlova og i enkelte andre lover.</i>
Dok. nr. 8: 101 S (2013-2014)	<i>Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Olaug V. Bollestad om en offentlig utredning om kvinnehelse.</i>
Prop. 12 L (2018-2019)	<i>Endringer i folketrygdloven, sosialtjenesteloven og enkelte andre lover samt oppfølging av anmodningsvedtak om pleiepengeordningen (samleproposisjon høsten 2018).</i>

Forarbeider: Innstillinger

Innst. S. nr. 265 (1952)	<i>Innstilling fra sosialkomitéen om folketrygden.</i>
Innst. O. VIII (1959-60)	<i>Innstilling fra sosialkomitéen 1) om lov om uføretrygd. 2) om lov om attføringshjelp og 3) om lov om endringer i lov om sykestrygd av 2. mars 1956 med flere lover.</i>
Innst. O. VIII (1965-66)	<i>Innstilling fra sosialkomitéen om lov om folketrygd.</i>
Innst. O. nr. 48 (1980-81)	<i>Innstilling fra sosialkomitéen om lov om endringer i lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd.</i>

- Innst. O. nr. 66 (1990-91) *Innstilling fra sosialkomiteen om midlertidig lov om kompensasjonstillegg til ytelser fra folketrygden, og om lov om endringer i lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd.*
- Innst. O. nr. 63 (1994-95) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd og i enkelte andre lover.*
- Innst. S. nr. 180 (1995-96) *Innstilling fra sosialkomiteen om 1) velferdsmeldingen, 2) forslag fra stortingsrepresentant Erling Folkvord om endring i retten til uførepensjon og 3) forslag fra stortingsrepresentant Erling Folkvord om minstestandard for stønad til livsopphold.*
- Innst. O. nr. 46 (1996-97) *Innstilling fra sosialkomiteen om ny lov om folketrygd (folketrygdloven) m.v.*
- Innst. 139 S (2014-2015) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Olaug V. Bollestad om en offentlig utredning om kvinnehelse.*

Rettspraksis

- TRR-1971-1167 (Psykopatikjennelsen).
- TRR-1975-595 (Alkoholismekjennelsen).
- TRR-1987-2325 (Narkomanikjennelsen).
- TRR-1994-21 (Fibromyalgikjennelsen).
- TRR-2004-2936.
- TRR-2004-4943.
- LB-2018-29837.
- HR-2021-2276-A.