

# Strålevett

Medlemsblad - Foreningen for el-overfølsomme



Utgave 2 2015

## El-overfølsomhet og trygderettigheter

Status 2015

• *Av Gunnar Munkejord*



FORENINGEN FOR EL-OVERFØLSOMME  
[www.felo.no](http://www.felo.no)



## Foreningen for el-overfølsomme

Foreningen for el-overfølsomme (FELO) ble etablert i 1993 og ble medlem av Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) i 2007. FELO har nå over 700 medlemmer.

Foreningens formål er å:

- være interesseorganisasjon for personer som har plager og/eller helseskader som følge av eksponering for elektromagnetiske felt (EMF) og/eller stråling
- gi støtte og praktisk hjelp til personer som er plaget av EMF og/eller stråling
- spre informasjon om el-overfølsomhet og sikre el-overfølsomme universell tilgjengelighet
- være en pådriver for utredning og forskning om el-overfølsomhet

FELO arbeider for:

- tilrettelegging av hjem og arbeidsplass slik at de som er rammet kan fortsette å delta aktivt i samfunnet
- at el-overfølsomhet tas hensyn til ved ”universell utforming”
- rett til trygd og yrkesskadeerstatning når deltagelse i arbeidslivet ikke er mulig
- at farene med stråling tas på alvor, så nye tilfeller av el-overfølsomhet kan unngås
- å informere og samarbeide med myndighetene

Foreningen kan nås via kontakttelefonen: 33 48 13 00 på tirsdager kl 10-12 og kl 15-17, via epost: [post@felo.no](mailto:post@felo.no) eller via websiden: [www.felo.no](http://www.felo.no).

Postadresse: Fagerliveien 13, 0587 Oslo

### STRÅLEVETT

Medlemsblad til Foreningen for el-overfølsomme (FELO)  
Utgis fire ganger årlig.

FELOs epostadresse: [post@felo.no](mailto:post@felo.no)  
FELOs kontakttelefon 33 48 13 00  
(tirsdager 10-12 og 15-17)

### I redaksjonen:

Solveig Glomsrød (redaktør)  
Bente Gilbu Tilset  
Marit Kaarhus

Rapporten kan bestilles som trykksak fra FELO  
eller lastes ned fra FELOs nettsted [www.felo.no](http://www.felo.no)

## Forord

Dette nummeret av Strålevett er en spesialutgave om trygderettigheter. Temaet er svært viktig, ettersom mange el-overfølsomme får avslag på sine søknader om trygd.

Gunnar Munkejord har hatt hovedansvar for utarbeidelse av rapporten. Han har gjort et stort og viktig arbeid med å samle dokumentasjon fra konkrete trygdesaker og fra saksbehandling i offentlige organer. Dokumentasjonen er sammenstilt og diskutert, slik at det kommer klart frem hvordan reglene i folketrygdloven bør forstås. Arbeidet har vært bredt forankret i FELOs styre, og rapporten oppsummerer foreningens synspunkter og samlede erfaringer.

En hovedkonklusjon er at el-overfølsomme har rett til arbeidsavklaringspenger og trygd, på lik linje med andre

arbeidsuføre. Rapporten forventes å være til god hjelp for våre medlemmer, ettersom den også viser hvilke krav som må være oppfylt når det gjelder dokumentasjon fra lege og fra arbeidsrettede tiltak. Erfaringsmessig er det ofte vanskelig å fastsette diagnose i forbindelse med el-overfølsomhet. Derfor er det verdifullt at også anbefalte diagnosekoder er omtalt.

Hensikten med rapporten er å hjelpe el-overfølsomme og å spre informasjon om el-overfølsomhet. FELO håper den vil være et nyttig verktøy for el-overfølsomme i sitt møte med leger og saksbehandlere i NAV.

Solveig Glomsrød  
Leder av FELO



Tittel: El-overfølsomhet og trygderettigheter - Status 2015  
Forfatter: Gunnar Munkejord  
Utgivelsesår: 2015  
Trykk: Eiker Trykkeri AS  
ISBN: 978-82-998421-4-3

© Foreningen for el-overfølsomme (FELO), Fagerliveien 13, 0587 Oslo



## INNHold



### Om forfatteren

Gunnar Munkejord, født 1967, er utdannet som sivilingeniør i datateknikk. Han arbeidet i Kongsberg Gruppen fram til 2006 da han ble sykemeldt på grunn av helseplager i forbindelse med el-overfølsomhet. Gunnar ble uføretrygdet i 2014. I de senere årene har han vært en aktiv pådriver for at trygderettighetene til pasienter med el-overfølsomhet skal bli bedre kjent.

Forord ..... 3

### El-overfølsomhet og trygderettigheter - status 2015

Bakgrunn.....	5
Rapportens struktur.....	5
Arbeidet i Stortinget .....	6
El-overfølsomhet.....	6
Legehåndboka.....	7
Årsaksforhold .....	7
Medisinske vilkår .....	8
Sykdomsbegrepet .....	8
Diffuse lidelser .....	8
Rettsavgjørelser .....	8
Gjeldende praksis.....	9
Oppdaterte retningslinjer .....	9
Bemerkninger til oppdateringen.....	9
Utredning av pasienten .....	10
Målet for utredning av pasienten .....	10
Diagnoser og tilleggsbelastninger.....	11
Behandling.....	12
Skjønnsutøvelse .....	12
Medisinsk dokumentasjon.....	13
Sykdomskravet .....	14
Diagnose.....	14
Funksjonsnedsettelse .....	14
Arbeidsevne .....	14
Pågående utredning.....	15
Varighetskravet.....	15
Arbeidsrettede tiltak.....	15

### Appendiks A:

Utdrag fra Sandmanutvalgets rapport (NOU 2000: 27) .....	16
---	----

### Appendiks B:

Trygderettens bemerkninger i ankesak 11/02208 .....	17
--	----

### Appendiks C:

Skriftlig spørsmål fra Kjell Ingolf Ropstad (KrF) til arbeidsministeren .....	18
--	----

### Appendiks D:

Skriftlig spørsmål fra Kjell Ingolf Ropstad (KrF) til arbeidsministeren .....	20
--	----

### Appendiks E:

Skriftlig spørsmål fra Kjell Ingolf Ropstad (KrF) til arbeidsministeren .....	22
--	----

Gunnar Munkejord

## El-overfølsomhet og trygderettigheter – status 2015

### Bakgrunn

Det har lenge rådet stor usikkerhet blant fastleger og i NAV om hvordan trygdesaker for pasienter med el-overfølsomhet skal behandles. I tilfeller der uførheten er opplagt, får pasienten ofte trygd til slutt, men det er heller ikke sjelden at det ender opp med avslag. Avslagene synes ofte å bygge på et rent formelt grunnlag; pasientene blir nektet trygd fordi helseplager i forbindelse med el-overfølsomhet formelt sett ikke blir anerkjent som sykdom.

Siden konsekvensene av slike avslag er så alvorlige at syke, arbeidsuføre mennesker risikerer å miste inntekt, hus og hjem, har flere stortingsrepresentanter fra KrF og FrP engasjert seg i saken på vår pasientgruppes vegne. Det primære målet har vært å få oppdatert og konkretisert NAVs eksisterende retningslinjer slik at de kan gi bedre veiledning om hvordan saksbehandlingen skal være.

På tross av at arbeidsministeren og Arbeids- og velferdsdirektoratet har inntatt en utpreget restriktiv holdning i denne saken, har stortingsrepresentantenes engasjement ikke vært resultatløst. Det mest konkrete resultatet kom i januar 2015 da ansvarlige myndigheter valgte å oppdatere retningslinjene slik at trygderettighetene til vår pasientgruppe kommer klarere fram.

Som pasientforening har FELO et splittet syn på denne oppdateringen. På den ene siden anser FELO at endringen

er en svært viktig bekreftelse på trygderettighetene til el-overfølsomme. På den andre siden er de nye formuleringene så kortfattede og generelle at det ville være urealistisk å forvente at de skulle kunne løse alle de formelle og praktiske problemene som pasienter med el-overfølsomhet møter i trygdesystemet.

Disse problemene er imidlertid grundig belyst i den øvrige dokumentasjonen. Gjennom hele åtte runder med saksbehandling i Storting, departement og direktorat har det kommet fram mye bakenforliggende informasjon, både om hvilke juridiske betraktninger som ligger til grunn for retningslinjenes formuleringer, og om hvordan man praktisk sett bør tilnærme seg regelverket.

Denne rapporten gjennomgår sakens dokumentasjon, sammenholdt med FELOs erfaringsgrunnlag fra konkrete trygdesaker. På denne bakgrunn beskrives det hvordan vilkårene i folketrygdloven bør forstås og vurderes når trygdesaker angående el-overfølsomhet blir behandlet i helsevesenet og i NAV. FELO håper rapporten vil bidra til å klargjøre regelverket slik at trygdesaker for pasientgruppen i større grad kan bli behandlet ut fra realitetene i hver enkelt sak, uten at feiltolkninger og unødvendige misforståelser kommer i veien for rettmessige vedtak.

---

### Rapportens struktur

Siden både leger og saksbehandlere har en travel hverdag, er rapporten skrevet på en kompakt og konsentrert måte.

For at rapporten skal være mest mulig konkret, er det tatt utgangspunkt i vilkårene for arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, men siden mange av prinsippene er generelle, vil de også kunne gjelde for andre offentlige støtteordninger og trygdeytelser.

Den sentrale delen av sakens dokumentasjon er inkludert i appendikser på slutten av rapporten. Dersom det skulle være ønskelig med mer informasjon, svarer FELO gjerne på henvendelser fra pasienter, helsevesen eller NAV.



## Arbeidet i Stortinget

Arbeidet med å klarlegge trygderettighetene til el-overfølsomme startet i Stortinget våren 2011. Det formelle virkemiddelet som har blitt brukt for å drive saken framover, er skriftlige spørsmål fra Stortinget til arbeidsministeren. Ved hjelp av en serie på hele åtte slike spørsmål har det gradvis kommet fram mer informasjon om hvordan man bør forholde seg til regelverket. De viktigste avklaringene kom på plass allerede i forrige stortingsperiode, men det var først i 2015 at retningslinjene ble oppdatert.

De politiske sidene av saken behandles ikke nærmere i denne rapporten. Imidlertid vil FELO benytte anledningen til å få uttrykke takknemmelighet for den innsatsen de involverte stortingsrepresentantene har vist på vår pasientgruppes vegne. For forrige stortingsperiode gjelder dette Kjell Ingolf Ropstad (KrF) og Øyvind Vaksdal (FrP), og for inneværende periode gjelder det Olaug Vervik Bollstad (KrF).

## El-overfølsomhet

Det er vanlig at det oppstår misforståelser om hva el-overfølsomhet er fordi tilstanden og pasientenes årsaksforklaring blir blandet sammen. At pasientens årsaksforklaring ikke er vitenskapelig anerkjent blir ofte oppfattet som at tilstanden ikke finnes. En tilsvarende påstand ville være å si at ME ikke finnes siden man ikke vet hva tilstanden

skyldes. Slike misforståelser oppstår imidlertid lettere for el-overfølsomhet siden tilstanden og pasientenes årsaksforklaring er så nært knyttet sammen. Tilstandsbennevnelsen i seg selv kan i så måte være en kilde til misforståelser.

Den korrekte definisjonen av el-overfølsomhet, som også brukes av WHO, er at det er en tilstand som karakteriseres av at pasientene har helseplager som de selv mener oppstår når de eksponeres for elektromagnetiske felt og/eller stråling (EMF). Pasientenes egen årsaksforklaring er dermed at de er overfølsomme for disse feltene. Denne årsakssammenhengen er i følge gjeldende praksis i trygdesystemet, Verdens helseorganisasjon (WHO)<sup>1</sup> og et ekspertutvalg som ble nedsatt av Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttets rapport 2012:<sup>3</sup> ikke tilstrekkelig forskningsmessig dokumentert. Dette betyr imidlertid ikke at tilstanden ikke finnes.

WHO har anerkjent at tilstanden eksisterer, og uavhengig av om de bakenforliggende mekanismene er av fysiologisk eller psykologisk natur, har de også anerkjent at de somatiske symptomene er reelle og at tilstanden kan være invalidiserende. Kunnskapsnivået om el-overfølsomhet er imidlertid lavt, og tilstanden har ennå ikke fått en egen, spesifikk sykdomsdiagnose. El-overfølsomhet er dermed formelt sett ikke klassifisert som en sykdom, men er likevel anerkjent som en eksisterende tilstand. Dette er nærmere omtalt på side 19.

1)\* <http://www.who.int/peh-emf/publications/facts/fs296/en/>

I følge WHO kan tilstandens samlede symptomer ikke forklares på bakgrunn av andre kjente syndromer. Selv om symptomene ikke har blitt formelt standardisert, er de velkjente på bakgrunn av studier foretatt av både WHO og andre organisasjoner.

Vanlige symptomer er brennende/ sviende/kriblende/ prikkende hud, utmattelse, ledd- og muskelsmerter, kramper, hodepine, svimmelhet, kvalme, hjerterytmeforstyrrelser, lysømfintlighet, konsentrasjonssvikt og søvnproblemer. Det kan være stor variasjon i symptomene fra pasient til pasient.

Et typisk kjennetegn på el-overfølsomhet er at pasientene i størst mulig grad prøver å unngå kilder til EMF som de selv mener de ikke tåler. I alvorlige tilfeller kan dette medføre at pasientene må spesialtilpasse sine boliger og leve mer eller mindre isolert fra samfunnet.

El-overfølsomhet er å anse som en diffus tilstand i den forstand at det som regel er beskjedne objektive funn ved klinisk undersøkelse. I likhet med ME og fibromyalgi blir el-overfølsomhet også ofte karakterisert som en funksjonell tilstand. Med dette mener man at pasientene har somatiske plager som både er uforklarlige og upåvisbare.

Det er vanlig å anta at funksjonelle tilstander har psykosomatiske årsaksforhold, men når det gjelder el-overfølsomhet er en slik forklaringsmodell ikke forskningsmessig dokumentert. Det finnes for eksempel ingen forskningsstudier som viser at psykoterapi kan redusere symptomene til pasienter med el-overfølsomhet. Tvert imot viser en nyere finsk studie <sup>2</sup> at slik behandling ikke har noen effekt. Liknende resultat ble funnet for kognitiv terapi i Sverige. <sup>3</sup>

I begge disse studiene rapporterte de el-overfølsomme at det mest effektive tiltaket for å bli bedre var å unngå EMF. Erfaringsmessig vil også ofte psykologien spille en viktig rolle for hvordan pasientene opplever sykdomsbildet. Man må regne at effekter som klassisk betingning og placebo vil kunne oppstå. I tillegg vil pasientene naturlig nok kunne bli nedstemte og slitne av de utfordringene tilstanden fører med seg.

2)\* Hagström M., Auranen J., Ekman R.: "Electromagnetic hypersensitive Finns: Symptoms, perceived sources and treatment, a questionnaire study." *Pathophysiology*, 2013 (20)117.

3)\* Lidmark, A.M. og Wikmans T.: "Are they really sick? A report on Persons Who Are Electrosensitive and/or Injured by Dental Material in Sweden" *Journal of Orthomolecular Medicine*, 2008 (3) 231.

4)\* <http://amv.legehåndboka.no/arbeidsrelater-te-sykdommer/helseplager-tilskrevet-miljofaktorer-45210.html>

## Legehåndboka

Et stort problem for pasienter med el-overfølsomhet er at møtet med helsevesenet ofte preges av usikkerhet. Pasientene føler at de ikke blir forstått, og det er vanskelig for legene å vite hvordan de skal forholde seg til tilstanden. I 2014 kom det imidlertid en positiv utvikling på dette området. Legehåndboka ble da utvidet med en veileder for helseplager tilskrevet miljøfaktorer. <sup>4</sup> Veilederen omhandler ikke bare el-overfølsomhet, men også lignende tilstander som multipel kjemisk overfølsomhet og amalgamforgiftning.

I veilederen framheves det at selv om årsaksmekanismene til helseplagene ennå ikke er kjente, er symptom bildet ofte godt beskrevet og felles for en rekke pasienter. Det er også kjent hvilke situasjoner som forverrer helseplagene. Selv om det ikke finnes spesifikke behandlingstilbud, kan enkelte pasienter få økt livskvalitet av kognitiv terapi. Veilederen framhever imidlertid at terapi vanskelig kan fjerne årsakene til problemene.

## Årsaksforhold

FELO står på medlemmenes side i diskusjonen om årsaksforhold. Vi mener at det finnes mange forsknings- og erfaringsmessige holdepunkter for at pasientene bør tros på at plagene deres skyldes at de er overfølsomme for EMF. Hittil har imidlertid ikke dette synet vunnet fram i forvaltningen eller i rettssystemet her i landet. Årsaksforholdene er dermed formelt sett å anse som ukjente.

Dette er selvsagt frustrerende både for FELO som pasientforening og for pasientene det gjelder. I en trygderettslig sammenheng er imidlertid årsaksforholdene ikke en kritisk faktor. Som det vil redegjøres for senere i denne rapporten, er kjente årsaksforhold ikke avgjørende for pasientenes trygderettigheter.



## Medisinske vilkår

Hovedvilkårene for arbeidsavklaringspenger og uføretrygd kan sammenfattes med at det skal være sannsynliggjort at det foreligger en sykdom, skade eller lyte som medfører en funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at den utgjør hovedårsaken til at pasientens inntekstevne/arbeidsevne er redusert med minst 50 %. For trygdesaker angående el-overfølsomhet er skade og lyte ikke relevant, og det må dermed vurderes om det foreligger sykdom.

## Sykdomsbegrepet

Folketrygdloven krever at det skal legges til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskaplig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Det kan være vanskelig å vite hvordan dette kravet skal tolkes for tilstander som el-overfølsomhet. Intensjonen bak kravet kommer imidlertid klarere fram når man tar i betraktning regelendringene som fant sted i 1991 og 1995.

Som det framgår av Sandman-utvalgets rapport (NOU 2000: 27), kapittel 5.4.1 (appendiks A), ble regelverket strammet inn i 1991 ved at det ble innført et særvilkår om at diffuse lidelser, det vil si tilstander uten objektive funn, bare kunne godkjennes dersom det forelå bred medisinsk faglig enighet i det enkelte tilfellet. I en prinsipiell kjennelse i 1994 fastslo imidlertid Trygderetten at likhetshensyn talte imot en slik streng tolking av sykdomsbegrepet. På bakgrunn av denne kjennelsen ble særvilkåret opphevet i 1995. Som en følge av dette ble gjeldende praksis endret slik at diffuse lidelser nå skal vurderes på lik linje med andre, mer tradisjonelle lidelser.

Etter regelendringen i 1995 er det ikke bare alminnelig anerkjente sykdommer som gir rett på trygd. Det er ikke hver enkelt tilstand, men sykdomsbegrepet i seg selv, det vil si definisjonen av hva sykdom er, som skal være vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Mer uformelt kan man si at regelverket ikke inneholder en fast definisjon av hva sykdom er, men at den sykdomsdefinisjonen som til enhver tid gjelder i legevitenenskapen og i helsevesenet også skal gjelde i trygdesystemet.

## Diffuse lidelser

Diffuse lidelser kan være vanskelig å diagnostisere siden årsaksforholdene kan være uklare og siden symptomene og plagene oftest ikke er objektivt påvisbare. Noen tilstander er etterhvert blitt såpass velkjente, for eksempel ME og fibromyalgi, at de har blitt standardisert med spesi-

fikke sykdomsdiagnoser. Når det gjelder el-overfølsomhet, har kunnskapsnivået vært for lavt til at tilstanden hittil har latt seg standardisere. Dette betyr imidlertid ikke at pasientene er friske eller at de ikke har rett på trygd. Siden særvilkåret fra 1991 har blitt opphevet, kan også helseplager i forbindelse med el-overfølsomhet anses som sykdom i trygdemessig forstand.

Dette kommer klart fram både av rettsavgjørelser og av skriftlige svar fra arbeidsministeren til Stortinget. Det framgår også av NAVs oppdaterte retningslinjer.



## Rettsavgjørelser

Trygderettens ankesak 11/02208 (appendiks B) omhandlet en kvinne som hadde vært utenfor arbeidslivet i åtte år på grunn av helseplager i forbindelse med el-overfølsomhet. Kvinnen bodde isolert i et gammelt, avsidesliggende hus ute i skogen og klarte ikke engang å handle sin egen mat. Hun fikk sykepenger til å begynne med, men fikk avslag på søknad om rehabiliteringspenger. Hun søkte senere om uførepensjon, men fikk avslag både fra NAV Forvaltning og NAV Klageinstans. Begrunnelsen for avslagene var alltid den samme: El-overfølsomhet er ikke en vitenskapelig anerkjent sykdom.

Kvinnen anket saken videre til Trygderetten, og kjennelsen ble avsagt 16.12.2011. Det ble her fastslått at kvinnens egen forklaring på helseplagene, det vil si at hun var overfølsom for EMF, ikke kunne godkjennes som årsaksforklaring, men at dette ikke kunne være avgjørende for hennes trygderettigheter. Det sentrale spørsmålet måtte være om det var sannsynliggjort at kvinnens sykdomsbetingende plager medførte en funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at hun måtte anses som varig ufør i pensjonsbetingende grad. Trygderetten viste til dom fra Borgarting lagmannsrett av 24.2.2003 (LB-2001-3483), som stadfestet at også funksjonelle lidelser omfattes av sykdomsbegrepet i folketrygdloven § 12-6.

Trygderetten kunne ikke se at NAV hadde vurdert disse sammenhengene. De anså dette som en saksbehandlingsfeil, og saken ble dermed sendt tilbake for ny behandling.



## Gjeldende praksis

Problemstillingen fra Trygderetten ble tatt opp av stortingsrepresentant Kjell Ingolf Ropstad (KrF) i to skriftlige spørsmål til arbeidsministeren, Dokument nr. 15:2023 (2011–2012) (appendiks C) og 15:388 (2012–2013) (appendiks E). I svarene bekreftet og utdypet arbeidsministeren Trygderettens kjennelse ved å gi en klar og tydelig beskrivelse av gjeldende praksis.

Det finnes to potensielle argumenter for at el-overfølsomhet ikke omfattes av sykdomsbegrepet i folketrygdloven. Det ene argumentet er at el-overfølsomhet formelt sett ikke er klassifisert som en sykdom siden WHO ennå ikke har standardisert tilstanden med en spesifikk sykdomsdiagnose. Det andre argumentet er at overfølsomhet for EMF i følge gjeldende praksis ikke kan godkjennes som årsaksforklaring siden fenomenet ikke er tilstrekkelig forskningsmessig dokumentert.

Det følger av gjeldende praksis at disse argumentene ikke kan være avgjørende for pasientenes trygderettigheter. Arbeidsministeren bekreftet dette i sine skriftlige svar til Stortinget ved å fastslå at også pasienter med tilstander uten spesifikke sykdomsdiagnoser eller kjente årsaksforhold må anses som syke i trygdemessig forstand dersom de har symptomer og plager som medfører betydelig redusert funksjons- og arbeidsevne.

Dersom man i løpet av utredningen ikke finner andre spesifikke sykdommer som kan forklare sykdomsbildet, må symptomdiagnoser brukes for å spesifisere tilstanden, og formelt sett betyr dette at det er symptomene og plagene i seg selv som utgjør sykdommen.

## Oppdaterte retningslinjer

I forrige stortingsperiode ble det sendt i alt sju skriftlige spørsmål fra Stortinget til arbeidsministeren angående trygderettighetene til vår pasientgruppe. Selv om dette førte til at de underliggende problemstillingene i stor grad ble avklart, var ansvarlige myndigheter ikke villige til å oppdatere NAVs offisielle retningslinjer.

Etter regjeringsskiftet i 2013 sendte FELO en detaljert bekymringsmelding til KrFs stortingsgruppe, med FELOs syn på problemstillingen. På bakgrunn av dette tok stortingsrepresentant Olaug Vervik Bollestad (KrF) saken opp med den nye arbeidsministeren og argumenterte for at det burde utarbeides retningslinjer for behandling av trygdesaker for pasienter med el-overfølsomhet.

Selv om også svaret fra den nye arbeidsministeren var negativt, viste det seg et halvt år senere, i januar 2015, at ansvarlige myndigheter likevel hadde valgt å oppdatere retningslinjene, ikke for el-overfølsomhet spesielt, men for diffuse tilstander generelt. Oppdateringen kom med som en del av en større omskriving i forbindelse med at uførepensjon ble omgjort til uføretrygd.

NAVs retningslinjer distribueres ved hjelp av rundskriv som er systematisert i henhold til paragrafnummereringen i lovverket. Endringen som angår vår pasientgruppe, ble lagt inn i NAVs rundskriv for folketrygdloven § 12-6 (det vil si i de retningslinjene som omhandler sykdomskravet for uføretrygd). Endringen består i at et avsnitt som tidligere stod under de spesifikke retningslinjene for ME, har blitt generalisert og flyttet slik at det nå utdyper sykdomsbegrepet generelt. De nye formuleringene er som følger:

*Kravet til dokumentasjon, observasjonstid og funksjons-  
evnebeskrivelser vil være større i tilfeller av uklare sykdoms-  
tilstander eller mer diffuse tilstander der man ikke har noen  
kjent årsak. I slike tilfeller kan det være beskjedne objektive  
funn ved klinisk undersøkelse.*

## Bemerkninger til oppdateringen

For el-overfølsomhet og en rekke andre lidelser uten kjente årsaksforhold benyttes symptomdiagnoser. Etter FELOs vurdering er den største svakheten med oppdateringen av NAVs retningslinjer at bruk av slike symptomdiagnoser ikke er omtalt. Denne problemstillingen er imidlertid grundig belyst i stortingsdokumentene vi har inkludert i denne rapporten.

Bakgrunnen for retningslinjenes nye formuleringer om krav til grundig dokumentasjon og funksjonsevnebeskrivelse kommer fram i arbeidsministerens svar i Dokument nr. 15:2023 (2011–2012) (appendiks C). Statsråden klargjør her at når sykdom ikke kan påvises ut fra objektive funn, må det brukes skjønn for å vurdere om pasienten er syk og arbeidsufør. For at NAV skal kunne behandle slike saker, kreves det at de blir særlig grundig beskrevet. Den medisinske dokumentasjonen må dermed inneholde både detaljerte beskrivelser av faktiske forhold og skjønnsmessige vurderinger.

Når det gjelder formuleringen om økt krav til observasjonstid, henger dette sammen med at diffuse tilstander kan være vanskelige å vurdere. Spesielt gjelder dette prognose og forventet varighet av lidelsen. Sykdomsforløpet må dermed observeres over tid slik at man får bygget opp et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag til å foreta en pålitelig vurdering av om pasientens tilstand oppfyller vilkårene for uføretrygd.

## Utredning av pasienten

Siden kunnskapsnivået om el-overfølsomhet er lavt og siden det ikke finnes standardiserte diagnosekriterier, må hver enkelt pasient utredes og vurderes spesielt, ut fra de spesifikke symptomene og plagene vedkommende har. På bakgrunn av prøver og egne faglige overveielser av sykdomsbildet må fastlegen da vurdere hvilke spesialistutredninger som er nødvendige for å utelukke andre alvorlige, behandlingstrengende sykdommer.

Det ligger imidlertid i tilstandens natur at det kan være belastende for pasienten å gjennomføre slike utredninger. Det kan dermed være nødvendig for fastlegen å veie hensynet til pasienten opp mot sannsynligheten for at potensielle spesialistutredninger kan føre fram. Dette kan i praksis være en vanskelig avveining. Når det gjelder trygdesøknader, kan det på den ene siden ikke være en gyldig avslagsbegrunnelse at pasienten ikke er i stand til å gjennomføre omfattende utredninger. På den andre siden bør det kunne forventes av både fastlegen og pasienten at nødvendige og mulige utredninger foretas.

I legehåndboka 5)\* framheves det at siden ingen supplerende undersøkelser eller prøver kan brukes til å bekrefte eller sannsynliggjøre tilstanden, må det brukes klinisk skjønn i hva som rekvireres. Det advares mot en for omfattende utredning, siden dette kan bidra til at tilstanden sementeres.

Når man skal lete etter alternative sykdommer, kan det være nærliggende å vurdere andre diffuse tilstander som har overlappende symptomer med el-overfølsomhet, for eksempel ME og fibromyalgi. Siden disse tilstandene verken har påvisbare symptomer eller kjente årsaksforhold, kan de være vanskelige å diagnostisere. Det er dermed ikke utenkelig at tilstandene kan forveksles.

Det er også vanlig at pasienter med el-overfølsomhet blir utredet med hensyn til psykosomatiske diagnoser.

Det kan imidlertid ikke forventes at psykiatere eller psykologer skal ta stilling til årsaksforholdene i klare tilfeller av el-overfølsomhet. Selv om det ofte blir spekulert på om tilstanden har psykosomatiske årsaksforhold, er denne forklaringsmodellen ikke forskningsmessig dokumentert. Psykosomatiske diagnoser kan dermed bare settes i spesielle tilfeller der det fines klare holdepunkter for at pasientens symptomer har et psykologisk opphav. I praksis viser det seg at slike diagnoser blir lite brukt for vår pasientgruppe.

## Målet for utredningen av pasienten

Selv om forskningen ennå ikke har gitt noen endelige svar på hva el-overfølsomhet skyldes, har det kommet på plass mange grunnleggende forskningsresultater de senere årene. Spesielt bør arbeidet til professor Martin L Pall fra Washington State University fremheves. Professor Pall sto for et forskningsmessig gjennombrudd i 2013 da han påviste mekanismene for en biokjemisk reaksjonskjede som settes i gang i cellene i kroppen når de eksponeres for EMF. 6)\*

Disse mekanismene iverksettes av elektromagnetiske felt som er så svake at det har vært vanlig å anta at de ikke kan påvirke kroppsvev på noen som helst måte. Funnene er oppsiktsvekkende.

Den første artikkelen professor Pall publiserte om dette emnet, bygget på resultatene fra en lang rekke tidligere studier foretatt av andre forskningsteam. Denne artikkelen kom på "World Medical Discovery"-listen i 2013 over de viktigste artiklene innen medisin. I sitt senere arbeid har professor Pall etablert konkrete teorier for hvordan de påviste mekanismene kan forårsake el-overfølsomhet, men det gjenstår fremdeles mye forskningsarbeid for å bekrefte eller avkrefte teoriene.

Dette viser at medisinske utredninger for vår pasientgruppe ligger i skjæringspunktet mellom det alminnelige helsevesenet og forskning. Forventningene til resultater av den medisinske utredningen må derfor ikke være urimelig høye. Det er viktig å huske at det primære målet for utredningen er å utelukke andre spesifikke sykdommer, ikke å lete etter alternative årsaksforklaringer for el-overfølsom-

5)\* <http://amv.legehandboka.no/arbeidsrelaterte-sykdommer/helseplager-tilskrevet-miljofaktorer-45210.html>

6)\* Pall ML (2013): Electromagnetic fields act via activation of voltage-gated calcium channels to produce beneficial or adverse effects.

het. Det er en forskningsmessig oppgave å avklare hva el-overfølsomhet skyldes. Uansett kan det ikke forventes at legene skal være i stand til å løse en slik oppgave som del av en trygdesak.

Også i legehåndboka <sup>7</sup> presiseres det at prøver og supplerende undersøkelser bør ha som hovedmål å utelukke diagnostiserbare sykdommer.

Dersom man ikke finner andre sykdommer som kan forklare sykdomsbildet, medfører dette at årsaksforholdene for pasientens plager må anses som uavklarte. Som det framgår av stortingsdokumentene og NAVs oppdaterte retningslinjer, er dette imidlertid ikke avgjørende for pasientens trygderettigheter.

## Diagnoser og tilleggsbelastninger

Diagnosebruken for pasienter med el-overfølsomhet var et av temaene som ble tatt opp i en spørreundersøkelse blant medlemsmassen til FELO i 2007-2008. <sup>8</sup>

Undersøkelsen gir ikke et sikkert statistisk grunnlag når det gjelder bruken av enkeltdiagnoser. Hovedgrunnen til dette er at ikke alle diagnosebenevnelsene var like presist oppført av respondentene, og at det som regel manglet spesifikke koder. Det må også antas at flere av diagnosene kan ha blitt satt på et usikkert grunnlag i en tidlig fase av utredningen av pasienten. På tross av dette mener vi at spørreundersøkelsen gir et godt overordnet bilde av problemstillingen.

Av spørreundersøkelsen framgår det at det er stor variasjon i hvilke diagnoser som brukes for vår pasientgruppe. Det er vanlig at det i løpet av utredningen settes flere diagnoser som dekker ulike deler av sykdomsbildet. De vanligste diagnostiske kategoriene er utmattelse, muskulære plager og lettere psykiske plager. Som tidligere nevnt, ser det imidlertid ut til at psykosomatiske diagnoser er lite brukt. I spørreundersøkelsen kom det bare fram en håndfull slike diagnoser.

Det er verd å merke seg at pasientenes sykdomsbilde ikke alltid bare består av de typiske symptomene og plagene som gjelder for el-overfølsomhet. Det er vanlig at det også kan utvikle seg andre helseplager på grunn av belastningene som tilstanden fører med seg.



De fleste vil nok si seg enige i at det er urimelig å tvinge sterkt klaustrofobiske mennesker inn i trange heiser, selv om heisene objektivt sett er trygge. El-overfølsomme pasienter møter stadig denne typen belastninger i hverdagen, noe som kan forverre de somatiske symptomene. Som en følge av dette kan pasientene ha store problemer med å oppholde seg i det offentlige rom. Dette kan i sin tur føre til sosial isolasjon, som i seg selv også kan være sterkt belastende.

Når man må leve med store belastninger på daglig basis over lang tid, kan problemene bygge seg opp slik at tilleggsbelastningene til slutt ender opp som egne sykdomstilstander. Pasienter med el-overfølsomhet får dermed ofte det man kan kalle følgediagnoser på grunn av plager som utmattelse, depresjon og angst. Siden disse tilstandene er velkjente, kan de bli tillagt stor vekt i vurderingen av trygdesaker. Det kan se ut til at det ofte ikke er el-overfølsomheten i seg selv, men følgediagnosene som i praksis avgjør trygdesakene.

7)\* <http://amv.legehandboka.no/arbeidsrelaterte-sykdommer/helseplager-tilskrevet-miljofaktorer-45210.html>

8)\* Solberg, L. A. og Tilset B. G.: "El-overfølsomme i Norge. Rapport fra spørreundersøkelse 2007-2008."

Foreningen for el-overfølsomme (2010). ISBN 978-82-998421-0-5.



## Behandling

Det finnes ingen kjent medisinsk behandling for el-overfølsomhet, men det kan likevel ikke utelukkes at pasienter kan ha enkeltsymptomer som kan la seg behandle. Det kan imidlertid være svært belastende for pasienter med el-overfølsomhet å gjennomføre omfattende behandling, og man bør dermed være tilbakeholden med behandlingsformer som er av usikker eller eksperimentell karakter.

Eksempelvis er FELO i utgangspunktet ikke avvisende til psykoterapi, men siden denne behandlingsformen ikke har noen dokumentert effekt for el-overfølsomhet i seg selv, mener vi at man bør vurdere nytteverdien nøye på bakgrunn av den enkelte pasients spesifikke sykdomsbilde.

På tross av manglende medisinske behandlingstilbud er det fullt mulig å begrense helseplagene til pasienter med el-overfølsomhet på en effektiv måte. Dette betinger imidlertid at man fokuserer på praktisk rettede tiltak som tar utgangspunkt i pasientenes egne erfaringer med tilstanden. Erfaringsmessig viser det seg nemlig at både de somatiske plagene og de psykiske belastningene blir vesentlig redusert dersom forholdene blir lagt til rette slik at pasientene kan unngå kilder til EMF som de selv opplever at de ikke tåler. Denne erfaringen blir også støttet av de tidligere nevnte finske og svenske studiene, samt av spørreundersøkelsen (Ref. 2) og 8.)) som ble gjennomført i Norge. Vi i FELO bidrar gjerne med praktiske råd om hvilke tiltak som kan være til hjelp for pasientene.

## Skjønnsutøvelse

I trygdesaker der sykdom ikke kan påvises ut fra objektive funn, må det brukes skjønn for å vurdere de medisinske vilkårene. Mange fastleger er usikre på hvordan de skal forholde seg til slike saker.

Siden leger er forpliktet til å behandle trygdesaker nøytralt og objektivt, kan det være vanskelig å vite hvor langt de kan gå når det gjelder å utøve skjønn. Det synes dermed å være en vanlig oppfatning blant fastleger at de først og fremst må konsentrere seg om å legge fram fakta, og så må skjønnsutøvelsen overlates til NAV.

Dette kan sette NAV i en vanskelig situasjon. Når de skal behandle trygdesaker, er de nødt til å forholde seg til innhentet informasjon, og dersom de ikke mottar klare vurderinger fra fastlegen, kan det være vanskelig for dem å vurdere saken på egen hånd.

Trygdesaker for vår pasientgruppe har dermed en tendens til å falle mellom to stoler. NAV forventer at fastlegene skal ta stilling til sakene, mens fastlegene forventer at NAV skal stå for utøvelsen av skjønn. Det er også naturlig, for begge parter, å lene seg på dokumentasjon fra spesialisthelsetjenesten. Spesialistene har imidlertid ikke anledning til å foreta generelle skjønnsmessige vurderinger. De må begrense seg til sitt eget fagfelt, og det diagnostiske rammeverket som da gjelder, er svært strengt. Strengheten skyldes at man i helsevesenet ønsker å unngå feildiagnostisering og feilbehandling.

I trygdesystemet er det imidlertid andre prinsipper som gjelder. Som det framgår av stortingsdokumentene og trygderettskjennelsen, skal folketrygdlovens vilkår ikke bevises, men sannsynliggjøres. Det følger også av de grunnleggende rettsprinsippene som gjelder for NAVs forvaltning av lovverket, at tvilen skal komme pasienten til gode. Disse prinsippene gjelder også når det skal vurderes om det foreligger sykdom, og man har dermed anledning til å bruke stor grad av skjønn i vurderingen.

Denne problemstillingen tas opp i Dokument nr. 15:2023 (2011–2012) (appendiks C). Arbeidsministeren avklarer her at når det gjelder de medisinske vilkårene, er det behandlede lege, det vil normalt si fastlegen i den typen saker det her er snakk om, som må ta hovedansvaret for skjønnsutøvelsen. Skjønnen og beslutningsgrunnlaget må imidlertid dokumenteres grundig slik at NAV får tilstrekkelig informasjon til å vurdere saken opp mot gjeldende regelverk.



## Medisinsk dokumentasjon

Etter FELOs erfaring er det først og fremst i trygdesaker der man ikke kommer fram til spesifikke sykdomsdiagnoser, at det oppstår formelle problemer. Stortingsdokumentene gir imidlertid klare føringer for hvordan slike saker bør dokumenteres. Siden føringene er relativt generelle, kan sakene likevel legges fram på mange forskjellige måter. For at det ikke skal oppstå misforståelser, er det viktig at dokumentasjonen er mest mulig komplett og presis i forhold til regelverket. En hensiktsmessig praktisk tilnærming til dokumentasjonskravet kan være som følger:

1. Beskrivelse av sykdomsbildet. Som for andre diffuse tilstander, må fastlegen her i stor grad basere seg på pasientens egen beskrivelse av helseplagene.
2. Skjønnsmessig vurdering av om symptomene og plagene er reelle.
3. Skjønnsmessig vurdering av om pasienten har blitt tilstrekkelig utredet til at man kan utelukke andre alvorlige, behandlingstrengende sykdommer som forklaring på sykdomsbildet. Grunnlaget for denne vurderingen vil være sykdomsbildet, prøver og spesialistutredninger.
4. Skjønnsmessig vurdering av om symptomene og plagene medfører en funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at pasienten må anses som syk og arbeidsufør. For at de medisinske vilkårene skal være oppfylte, må inntektsevnen/arbeidsevnen være redusert med minst 50 % og funksjonsnedsettelsen må være hovedårsaken til reduksjonen.
5. Eventuell sykdom må spesifiseres med en eller flere symptomdiagnoser som er egnet til å beskrive pasientens tilstand.
6. Skjønnsmessig vurdering av prognose/varighet.
7. Beskrivelse av funksjonsnedsettelsen og arbeidsevnen.
8. Beskrivelse/dokumentasjon av gjennomgått utredning og behandling og eventuelle videre planer. For at uføretrygd skal kunne innvilges, må utredning og hensiktsmessig behandling for å bedre arbeidsevnen være fullført.
9. Dokumentasjon av gjeldende praksis. Etter vår erfaring er gjeldende praksis så lite kjent at vi tror det kan være nødvendig for fastleger å dokumentere at regelverket faktisk har blitt fulgt. Vi håper at denne rapporten, særlig med tanke på de inkluderte stortingsdokumentene, kan være hensiktsmessig å vise til i en slik sammenheng.



## Sykdoms-kravet

Det er flere grunner til at det kan oppstå problemer med vurderingen av sykdomskravet i trygdesaker angående el-overfølsomhet. Det oppstår ofte misforståelser om hva el-overfølsomhet faktisk er fordi tilstanden og pasientenes årsaks-

forklaring blir blandet sammen. Det kan også være problematisk at pasientenes årsaksforklaring ikke er vitenskapelig anerkjent og at tilstanden ennå ikke har blitt standardisert og klassifisert som en spesifikk sykdom.

Dette betyr imidlertid ikke at pasientene er friske, verken i den alminnelige betydningen av ordet eller i trygdemessig forstand. Det det betyr, er at hver enkelt pasient må vurderes spesielt ut fra de spesifikke symptomene og plagene vedkommende har. Når det da skal avgjøres om pasienten er frisk eller syk i trygdemessig forstand, vil det sentrale punktet være å vurdere hvordan helseplagene påvirker pasientens evne til å fungere i samfunnet og i arbeidslivet.

Disse sammenhengene kommer tydelig fram i arbeidsministerens svar til Stortinget i Dokument nr. 15:2023 (2011–2012) (appendiks C). Statsråden klargjør her at dersom det ikke er mulig å finne spesifikke sykdommer som kan forklare pasientens sykdomsbilde, kan symptomene og plagene i seg selv, spesifisert ved hjelp av symptomdiagnoser, aksepteres som sykdom i trygdemessig forstand. Forutsetningen er at symptomene og plagene må være alvorlige nok til å medføre betydelig redusert funksjons- og arbeidsevne.

I praksis kan de tre vurderingene det her er snakk om, nemlig funksjonsevnevurderingen, sykdomsvurderingen og arbeidsevnevurderingen, være krevende å koordinere. Strukturelt sett vil den førstnevnte vurderingen være utgangspunktet for de to siste. I en mer presis trygderettslig terminologi kan man si at det må vurderes om symptomene og plagene medfører en funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at pasienten må som anses som syk og arbeidsufør.

En slik overordnet vurdering kan imidlertid ikke alltid foretas av fastlegen alene. Det vil kunne finnes tilfeller der det ikke er mulig å avklare arbeidsevnen på et rent medisinsk faglig grunnlag, men der helseplagene likevel medfører en alvorlig nok funksjonsnedsettelse til at pasienten må anses som syk. I slike tilfeller må den endelige fastsettelsen av arbeidsevnen foretas av NAV, men det er da viktig at den medisinske dokumentasjonen inneholder en klar sykdomsvurdering.

## Diagnose

Det er opp til legen å avgjøre hvilke symptomdiagnoser som er best egnet til å beskrive pasientens sykdom. Det finnes anbefalinger i legehåndboka.<sup>7</sup> Det finnes også anbefalinger fra Nordisk Ministerråd i år 2000. I forbindelse med klassifisering av yrkesrelaterede lidelser ble det da anbefalt at diagnose-kode "R68.8 Andre spesifiserte generelle symptomer og tegn" brukes for el-overfølsomhet, såfremt pasienten har et sammensatt symptom-bilde som ikke domineres av ett spesifikt symptom. Dette gjelder innen spesialistsystemet ICD-10. Fastlegene bruker et annet diagnosesystem, ICPC-2. Tilsvarende diagnose innen dette systemet er "A29 Generelle symptomer/plager IKA", hvor IKA står for "ikke klassifisert andre steder".

## Funksjonsnedsettelse

For de mest alvorlige tilfellene av el-overfølsomhet vil funksjonsnedsettelsen være tydelig. Typisk sett kan pasienten ikke oppholde seg i det offentlige rom uten at symptomene forverres i vesentlig grad. Uavhengig av hvilke fysiologiske eller psykologiske årsaksmekanismer som måtte ligge bak forverringen, er dette åpenbart å anse som en svært alvorlig funksjonsnedsettelse.

For mindre alvorlige tilfeller kan vurderingen være vanskeligere. Pasientens tilstand kan variere over tid, og det må tas høyde for slike variasjoner. En grundig funksjonsevnevurdering vil også kreve at det legges vekt på både de somatiske symptomene og på den psykiske belastningen pasienten utsettes for når han eller hun er nær kilder til EMF.

## Arbeidsevne

Enkelte el-overfølsomme kan ha en så alvorlig funksjonsnedsettelse at den i seg selv utelukker ethvert arbeid. Som

7)\* <http://amv.legehandboka.no/arbeidsrelaterete-sykdommer/helseplager-tilskrevet-miljofaktorer-45210.html>



oftest vil man da søke om 100 % uføretrygd. I slike tilfeller kan fastlegen selv fastslå at pasienten er arbeidsufør.

I mindre alvorlige tilfeller kan det være vanskelig for fastlegen å vurdere arbeidsevnen på egen hånd. Selv om funksjonsnedsettelsen skal være hovedårsak til reduksjon i arbeidsevne, kan det også være nødvendig å ta hensyn til andre forhold som alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn, arbeidsmarked og lignende. Denne helhetlige vurderingen av pasientens inntekts- og arbeidsevne foretas av NAV, og baseres på dokumentasjon fra lege og fra arbeidsrettede tiltak. Det er derfor svært viktig at legen gir en grundig beskrivelse av hva funksjonsnedsettelsen består i og hvilke konkrete helsemessige hensyn som må tas ved valg av yrke eller arbeidsplass.

## Pågående utredning

Når det gjelder søknad om arbeidsavklaringspenger, kan det være et problem at utredning av el-overfølsomme pasienter kan ta lang tid og strekke seg ut over perioden med utbetaling av sykepenger. Dette skyldes i særlig grad at det må påregnes lang observasjonstid før man kan anse utredningen som ferdigstilt. Som arbeidsministeren beskriver i Dokument nr. 15:2023 (2011–2012) (appendiks C), åpner regelverket for at arbeidsavklaringspenger da kan innvilges mens utredningen pågår.

Når de medisinske vilkårene skal vurderes i en slik situasjon, vil beslutningsgrunnlaget være begrenset. Vurderingene vil dermed være preget av usikkerhet, men de må likevel utføres etter beste evne. Pasienten kan tross alt ikke lastes for at tilstanden er krevende å utrede og vurdere. Dette er et typisk eksempel på en situasjon der tvilen må komme pasienten til gode.

Problemstillingen blir til en viss grad tatt opp i NAVs rundskriv for folketrygdloven § 11–5 (i retningslinjene som omhandler sykdomskravet for arbeidsavklaringspenger). Formuleringene er imidlertid ganske uklare, sannsynligvis fordi de først og fremst er utformet for å dekke spesifikke sykdommer der observasjonstiden er en del av diagnosekriteriene. For eksempel kan en diagnose på ME bare settes etter en observasjonstid på tre år. I rundskrivet står det følgende:

*Rent unntaksvis må det kunne godkjennes en symptomdiagnose for eksempel der sykdommens art er årsaken til at man ennå ikke har kommet fram til en sykdomsdiagnose.*

## Varighetskravet

Når det gjelder søknad om uføretrygd, må fastlegen skjønnsmessig vurdere om sykdomstilstanden er varig. Med varig menes ikke livsvarig, men langvarig. Standardkravet er at uførheten skal ha en antatt varighet på ca. 7 år eller lenger, regnet fra det tidspunktet da inntektsevnen/ arbeidsevnen ble nedsatt med minst 50 % (det vil normalt si fra den dagen pasienten først ble sykemeldt). I Dokument nr. 15:177 (2012–2013) (appendiks D), bekreftet arbeidsministeren at denne regeltolkingen også gjelder for vår pasientgruppe.

Siden prognosen for pasienter med el-overfølsomhet kan være uklar, kan det være nødvendig å observere sykdomsforløpet over lang tid før varighetskravet kan endelig avklares. Dersom de andre vilkårene er oppfylt, men prognosen er for usikker til at uføretrygd kan innvilges, skal pasienten fortsette midlertidig på arbeidsavklaringspenger fram til en endelig avklaring av varighetskravet kan foretas. Dette framgår av NAVs rundskriv for folketrygdloven § 11–6 (bokstav c).

Som hovedregel skal perioden med arbeidsavklaringspenger være i maksimalt fire år, men i spesielle tilfeller, for eksempel dersom det trengs mer tid for utredning eller rehabilitering, kan perioden i henhold til NAVs rundskriv for folketrygdloven § 11–10, forlenges.

## Arbeidsrettede tiltak

I tillegg til oppfyllelse av de medisinske vilkårene krever folketrygdloven at hensiktsmessige arbeidsrettede tiltak må være gjennomført for at uføretrygd skal kunne innvilges.

Arbeidsministerens beskrivelse av dette i Dokument nr. 15:2023 (2011–2012) (appendiks C) er hentet direkte fra NAVs rundskriv for folketrygdloven § 11–6 (bokstav c). Kravet er at pasienten, med mindre åpenbare grunner tilsier at det ikke er hensiktsmessig, må ha gjennomført eller forsøkt å gjennomføre arbeidsrettede tiltak.

For pasienter som er hardt rammet av el-overfølsomhet, kan det være svært vanskelig å gjennomføre arbeidsrettede tiltak. Det er dermed viktig å skille mellom tilfeller der pasienten ikke er villig til å stille opp, og tilfeller der tiltak av helsemessige grunner ikke lar seg gjennomføre. I tilfeller der helseproblemer hindrer gjennomføring av arbeidsrettede tiltak, kan ikke trygdesøknader avslås på grunn av mangelfull informasjon fra arbeidsrettede tiltak. Den medisinske dokumentasjonen må da tillegges større vekt.



## **APPENDIKS A: Utdrag fra Sandmanutvalgets rapport (NOU 2000: 27)**

### **Sykefravær og uførepensjonering — Et inkluderende arbeidsliv**

Kapittel 5.4.1 Innskjerpinger i de medisinske vilkårene for trygdeytelser m.v.

#### **Uførepensjon**

I 1991 ble det innført strengere medisinske krav for rett til uførepensjon (Ot.prp. nr 62 (1990-91)). Regelendringen innebar en skjerpning av kravet om årsakssammenheng mellom den medisinske lidelsen og nedsatt inntekts- eller arbeidsevne. Det ble i forskrift presisert at sykdom, skade eller lyte måtte være en vesentlig grunn til den reduserte arbeidsevnen. Dette innebar en skjerpning av kravet om årsakssammenheng mellom den medisinske lidelse og nedsatt arbeidsevne. Ingen diagnoser ble utelukket, men for lidelser uten objektive diagnostiske funn var de medisinske vilkårene bare oppfylt dersom det forelå bred medisinskfaglig enighet i det enkelte tilfellet. Dette førte til en viss innskjerpning av praksis bl a i forhold til såkalte «diffuse» lidelser.

Trygderetten uttalte i en prinsippkjennelse i 1994, hvor en

rekke sider ved sykdomsvilkåret ble behandlet blant annet at det ikke kan kreves varig sykdom som vilkår for rett til uførepensjon. Retten fant videre at likhetshensyn talte mot en snever avgrensning av «objektive diagnostiske funn». Saken gjaldt en anke over avslag på krav om uførepensjon fra en kvinne med diagnosen fibromyalgi.

På bakgrunn av Trygderettens kjennelse ble reglene endret i juni 1995. Lovendringen tok sikte på å klargjøre og presisere gjeldende regelverk. Departementet la til grunn at det fortsatt skal være en klar medisinsk avgrensning i uførepensjonsordningen. Varighetskravet som tidligere var regulert i forskrift ble tatt inn i loven. Den forskriftsbestemte særbehandling av lidelser uten objektive funn ble opphevet. Samtidig ble det presisert i loven at den medisinske lidelsen måtte være hovedårsaken til den nedsatte inntektsevnen. Videre ble det presisert at sosiale og økonomiske problemer ikke gir rett til uførepensjon. Personer med såkalte «diffuse lidelser» blir etter gjeldende praksis vurdert etter de samme kriterier som andre som søker uførepensjon.

Det er senere (1998) foretatt innstramminger i retten til garantert tilleggspensjon til personer som er født uføre eller er blitt uføre i ung alder hvor det ble stilt strengere krav til alvor og dokumentasjon av sykdom.

## APPENDIKS B:

### Trygderettens bemerkninger i ankesak 11/02208

Det spørsmål som foreligger for retten å ta stilling til, er om å ta stilling til, er om Ap<sup>8</sup> er berettiget til uførepensjon. Ankemotparten har avslått kravet om uførepensjon, og begrunnet dette med at det medisinske vilkåret i folketrygdloven § 12-6 ikke anses oppfylt. Lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) kapittel 12 har regler om uførepensjon. § 12-6 lyder:

«Det er et vilkår for rett til ytelse etter dette kapitlet at vedkommende har varig sykdom, skade eller lyte.

Når det skal avgjøres om det foreligger sykdom, legges det til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Sosiale eller økonomiske problemer gir ikke rett til ytelse etter dette kapitlet. Den medisinske lidelsen må ha medført en varig funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at den utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen/arbeidsevnen.»

Retten er kommet til at det på ankede vedtak må bli å oppheve. Retten vil bemerke:

Ap hevder å lide av overfølsomhet overfor elektromagnetisk stråling, og mener hun har diagnosen «el-allergi/el-overfølsomhet». Hvorvidt denne diagnosen kan betraktes som sykdom i folketrygdlovens forstand har vært vurdert av Trygderetten i en rekke saker, blant annet i ankesak nr. 10/02100, som gjaldt avslag på krav om rehabiliteringspenger. Denne ankesaken ble avgjort den 4. februar 2011. Det siteres fra rettens bemerkninger i kjennelsen, hvor det blant annet heter:

«El-overfølsomhet er ikke en anerkjent diagnose i skolemedisinen. Trygderetten har i flere ankesaker lagt til grunn at el-allergi ikke er alminnelig anerkjent som sykdom i medisinsk praksis, jf. ankesak nr. 95/03051, 03/04476, 03/05231, 07/02482 og 09/00037. Det er gjort en rekke undersøkelser som konkluderer med at en person som hevder å ha el-overfølsomhet ikke er i stand til å påvise stråling ved hjelp av symptomer, men også fikk symptomer når det ikke forelå stråling. Retten viser i denne sammenheng blant annet til følgende undersøkelser:

1. Rubin GJ, Das Munshi, Wessely S. Electromagnetic hypersensitivity: a systematic review of provocation studies. *Psychosom Med.* 2005 Mar-Apr; 67 (2):224-32.

2. Rubin GJ, Hahn G, Everitt BS, Cleare AJ, Wesseley S. Are some people sensitive to mobile phone signals? Within participants, double blind randomised provocation study. *BMJ* 2006 Apr15; 332 (7546):886-91.

3. Rösli M. Radiofrequency electromagnetic field exposure and non-specific symptom of ill health: a systematic review. *Environ Res.* 2008 Jun; 107 (2):277-87.

4. Rösli M, Frei P, Mohler E, Hug K. Systematic review on the health effects of exposure to radiofrequency electromagnetic fields from mobile phone base stations. *Bull World Health Organ.* 2010 Dec1; 88 (12):887-896.

Slik retten ser det er det grunn til å tro at psykiske mekanismer spiller en viktig rolle i A's symptombilde. (...)»

Den nevnte ankesaken gjaldt spørsmål om «sykdom» i relasjon til rehabiliteringspenger, men retten i denne saken finner at betraktningene har gyldighet også når det gjelder uførepensjon og slutter seg til sitatet. Retten finner det klart at diagnosen «el-allergi/el-overfølsomhet» ikke er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis, jf. Folketrygdloven § 12-6 andre ledd, første punktum. Uførepensjon kan dermed ikke tilstås på bakgrunn av denne diagnosen.

Retten vil imidlertid påpeke at el-allergi er en årsaksdiagnose og at Ap sin årsaksforklaring på egne plager ikke vil være avgjørende for hennes trygderettigheter. Det sentrale spørsmålet i saken må være om det er sannsynliggjort at Ap sine sykdomsbetingende plager medfører en funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at hun må anses varig ufør i pensjonsbetingende grad. Retten vil bemerke at det er alminnelig anerkjent at også funksjonell lidelse omfattes av sykdomsbegrepet i folketrygdloven § 12-6, jf. dom fra Borgarting lagmannsrett av 24. februar 2003 (LB-2001-3483). Retten kan ikke se at ankemotparten har vurdert dette, og finner at dette er en saksbehandlingsfeil. Retten finner det riktig at NAV tar stilling til dette spørsmålet som førsteinstans, og retten vurderer derfor ikke dette spørsmålet.

Anken har etter dette ført til at det påankede vedtaket oppheves og at saken hjemvises til ny behandling.

8)\* Ap = ankende part



## APPENDIKS C: Skriftlig spørsmål fra Kjell Ingolf Ropstad (KrF) til arbeidsministeren

Dokument nr. 15:2023 (2011-2012)

Innlevert: 28.09.2012 - Sendt: 28.09.2012

Besvart: 09.10.2012 av arbeidsminister Anniken Huitfeldt

### Spørsmål

Kjell Ingolf Ropstad (KrF): Det framgår av flere rettsavgjørelser at funksjonelle lidelser uten kjente årsaksforhold også omfattes av sykdomsbegrepet i folketryktdloven § 12-6. Det synes at NAV mangler kjennskap til dette. Det medfører at arbeidsuføre mennesker risikerer urettmessig å miste inntekt.

Kan arbeidsministeren redegjøre for hvorfor de mangler kunnskap, og vil det bli utgitt retningslinjer for behandling av trygdesaker der pasienten har en funksjonell lidelse uten kjente årsaksforhold eller spesifikke sykdomsdiagnoser?

### Begrunnelse

Viser til Trygderettens ankesak 95/03051, 03/04476, 03/05231, 07/02482, 09/00037, 10/02100 og 11/02208 samt Dokument nr. 15:867 (2007-2008), 15:1513 (2010-2011), 15:1751(2010-2011), 15:68 (2011-2012) og 15:559 (2011-

2012). Det framgår her at NAV avviser trygdesøknader fra el-overfølsomme mennesker på grunn av manglende sykdomsdiagnose uten å vurdere om de har trygderettigheter på grunn av funksjonsnedsettelse. Dette skjer selv om de prinsipielle sidene har blitt stadfestet i tidligere dommer, for eksempel dom fra Borgarting lagmannsrett av 24.2.2003 (LB-2001-3483).

Ut fra stortingsdokumentene framgår det at både tidligere helseminister og arbeidsminister har kjent til pasientgruppens trygdeproblemer uten å gripe inn. Ut fra uttalelsen i Dokument nr. 15:867 (2007-2008) om at det er på det rene at mange mennesker med el-overfølsomhet har en sterkt redusert arbeidsevne, framgår det at pasientgruppens funksjonsnedsettelse har vært anerkjent i alle fall siden 2008. Jeg stiller meg da undrende til hvorfor statsråden ventet helt til Dokument nr. 15:559 (2011-2012) før hun klargjorde at funksjonsnedsettelse (på grunn av betydelige symptomer og plager) i seg selv kan anses som sykdom i trygdemessig forstand, uten at det trenger å foreligge kjente årsaksforhold eller spesifikke sykdomsdiagnoser. Den uklare ordlyden «personer som opplever å ha el-overfølsomhet også kan ha andre symptomer og tegn på sykdom som vil kunne fylle vilkårene» kan ikke betegnes som fullgod informasjon.

Rettsikkerheten til pasientgruppen det er snakk om kan ikke sies å være betryggende ivaretatt når det viser seg at NAV mangler kjennskap til hvordan denne typen



saker skal behandles. Når konsekvensene er så alvorlige at syke, arbeidsuføre mennesker risikerer urettmessig å miste inntekt, hus og hjem, bør situasjonen ikke få lov til å vedvare. Statsrådets redegjørelse i Dokument nr. 15:559 (2011-2012) kan bidra til hjelp i arbeidet med fastsettelse av hvilke prinsipp som skal gjelde.

## Svar

Anniken Huitfeldt: For å få uførepensjon må en blant annet ha en varig sykdom, skade eller lyte som har ført til en varig funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at den utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen (ev. arbeidsevnen dersom personen skal vurderes etter særregelen om nedsatt evne til å utføre arbeid i hjemmet). Når det skal avgjøres om det foreligger sykdom, legges det til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Det følger av folketrygdloven § 12-6.

Svaret i Dok. 15: 559 (2011–2012) var, etter det jeg har fått opplyst, basert på informasjon fra Arbeids- og velferdsdirektoratet om gjeldende praksis. Det går fram av svaret at en i diagnosesystemene både har symptomdiagnoser og spesifikke sykdomsdiagnoser. En symptomdiagnose vil kunne aksepteres som en sykdom når det foreligger symptomer og plager som gir nedsatt funksjons- og arbeidsevne i starten av et sykdomsforløp, spesielt når det dokumenteres pågående utredninger og avklaringer. Det forutsettes imidlertid at man innen rimelig tid får en avklaring av sykdomstilstanden og kan revurdere diagnosen til en spesifikk sykdomsdiagnose. I enkelte tilfeller kommer man ikke fram til en entydig sykdomsdiagnose til tross for at pasienten har betydelige symptomer og plager med nedsatt funksjon og vurderes som syk. Hvis trygdeytelser da fortsatt skal kunne innvilges med en symptomdiagnose, forutsetter dette at behandleren grundig dokumenterer sykdomsbildet, funksjonsnedsettelsen, hva funksjonsnedsettelsen fører til i forhold til redusert arbeidskapasitet, hvilken type utredning og behandling som er foretatt og hva som er videre planer og prognose. Behandleren må altså dokumentere at det foreligger en sykdom selv om diagnosen er basert på symptomer. I de aller fleste tilfeller vil man i et forløp som beskrevet over, underveis ha kommet fram til en spesifikk sykdomsdiagnose, eventuelt flere.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har retningslinjer for hvordan saksbehandlerne skal vurdere av om sykdomskravet i folketrygdloven § 12-6 er oppfylt. Ifølge direktoratet gjelder de samme retningslinjene ved behandling av saker med klare sykdomsdiagnoser og objektive funn,

som ved diffus sykdom uten klare objektive funn. I de siste sakene vil en grundig dokumentasjon være ekstra viktig. Behandler må vurdere om og dokumentere at sykdom foreligger til tross for at diagnose er en symptomdiagnose eller at diagnosen er uklar. Arbeids- og velferdsetaten må deretter foreta en vurdering av saken opp mot gjeldende regelverk. Ved diffus sykdom uten objektive funn vil god skjønnsutøvelse være viktig.

For å ha rett til uførepensjon må sykdommen videre ha ført til en varig funksjonsnedsettelse av en slik art at evnen til å utføre inntektsgivende arbeid er varig nedsatt med minst halvparten. Personen skal også ha gjennomgått hensiktsmessig behandling for å bedre arbeidsevnen og, med mindre åpenbare grunner tilsier at det ikke er hensiktsmessig, ha gjennomført eller forsøkt å gjennomføre arbeidsrettede tiltak. Vurderingen av om sykdomskravet er oppfylt er dermed bare en av de skjønsmessige vurderingene Arbeids- og velferdsetaten skal gjøre før de kan konkludere med om personen fyller lovens vilkår for å få uførepensjon.

Jeg ønsker i denne sammenhengen å gjøre oppmerksom på at brukeren blant annet skal få vurdert hvor mye arbeidsevnen er nedsatt, mulighetene for å komme i arbeid og hvilken type bistand som kan være aktuell for at brukeren skal klare dette, jf. arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 14a. Denne arbeidsevnevurderingen gjennomføres normalt før Arbeids- og velferdsetaten behandler en ev. søknad om uførepensjon. Brukerens helse vil være et sentralt element i vurderingen, men også andre forhold som for eksempel arbeidserfaring, utdanning, kompetanse, ferdigheter og interesser vil bli tillagt vekt. Arbeidsevnevurderingen vil gi grunnlag for å tildele arbeidsrettede tiltak, gi brukeren tilpasset oppfølging og for å vurdere hvilken livsoppholdsytelse som kan være aktuell.

Retningslinjer for vurdering av om lovens krav er oppfylt skal sikre en korrekt og felles forståelse i etaten, og jeg kan ikke se at det er grunnlag for påstanden om at Arbeids- og velferdsetaten mangler kjennskap til regelverket i den type saker som spørsmålet omhandler. Dette er imidlertid ingen garanti for at det ikke kan skje feil. Ettersom det ofte må utøves skjønn, vil det dessuten kunne være uenighet om hva som er en riktig avgjørelse i den konkrete saken. Brukere som er uenige i Arbeids- og velferdsetatens vurderinger kan derfor klage på vedtakene. Klageinstansens vedtak kan deretter ankes inn for Trygderetten som er et uavhengig domstolslignende organ. Jeg mener at brukernes rettssikkerhet dermed er godt ivaretatt.

## APPENDIKS D: Skriftlig spørsmål fra Kjell Ingolf Ropstad (KrF) til arbeidsministeren

Dokument nr. 15:177 (2012-2013)

Innlevert: 26.10.2012

Sendt: 29.10.2012

Besvart: 05.11.2012 av arbeidsminister Anniken Huitfeldt

### Spørsmål

Kjell Ingolf Ropstad (KrF): I følge de generelle retningslinjene for sykdomskravet i folketrygdloven § 12-6 er varighetskravet for uførepensjon anslått til ca. 7 år. Det fastslås at det kan brukes skjønn for å vurdere kravet. I dokument nr. 15:2023 (2011-2012) klargjør statsråden at retningslinjene også gjelder for funksjonelle lidelser uten kjente årsaksforhold.

Betyr dette at det er anledning for skjønnsmessige vurderinger av varighetskravet også for denne gruppen, eller må alle de 7 årene faktisk har gått for at kravet med sikkerhet skal kunne fastslås oppfylt?

### Begrunnelse

I en trygdesak angående uførepensjon for en el-overfølsom person har NAV godkjent at det foreligger betydelige symptomer og plager med medfølgende funksjonsnedsettelse slik at personen må anses som syk og arbeidsufør. Personen har vært sykemeldt og trygdet sammenhengende i 6 år. På bakgrunn av hvordan tilstanden er, hvor lenge den har vart og ut fra manglende tegn på bedring har behandlende lege skjønnsmessig vurdert at tilstanden må anses som varig. Rådgivende lege har imidlertid valgt å overstyre dette skjønnet på prinsipielt grunnlag. Han mener varighetskravet ikke kan vurderes skjønnsmessig i denne typen sak. I skriftlig uttalelse begrunner han dette med følgende: «Fordi årsaken her ikke er kjent, er det ikke mulig å uttale seg om prognosen.» Og videre: «Hvordan plagene vil utvikle seg er umulig å uttale seg om, og med utgangspunkt i de generelle retningslinjene at varigheten med sikkerhet bør være minst syv år, bør søknaden, etter min vurdering, avslås.» Selv om brukeren formelt har bedt om det, vil rådgivende lege ikke gi utfyllende informasjon om beslutningsgrunnlag og regel anvendelse.

Det virker som en urimelig streng tolking av regelverket å forlange at denne pasientgruppen skal måtte vente alle de foreskrevne 7 årene for at oppfyllelse av varighetskravet skal kunne fastslås med sikkerhet.

Det står i sterk kontrast til retningslinjene for CFS/ME, som også er en lidelse med uavklarte årsaksforhold og usikker prognose, der det står at varighetskravet skal anses som oppfylt dersom funksjonsnedsettelsen har vart i minst 3 år uten sikker bedring.

### Svar

Anniken Huitfeldt: I begrunnelsen for spørsmålet vises det til en konkret sak. Opplysningene som er gitt er ikke tilstrekkelige til at Arbeids- og velferdsdirektoratet kan identifisere den omtalte enkeltsaken. Jeg må derfor gi et generelt svar.

For at en person skal kunne få uførepensjon må helseproblemene (sykdom, skade eller lyte) være varige. Helseproblemene må videre ha ført til en varig nedsettelse av funksjonsevnen. Den nedsatte funksjonsevnen må igjen ha ført til en varig nedsettelse av evnen til å utføre inntektsgivende arbeid (inntektsevnen) med minst halvparten. Dette følger av folketrygdloven §§ 12-6 og 12-7.

Vurdering av om sykdommen er varig må ses i sammenheng med kravet om at en som hovedregel skal ha prøvd medisinsk behandling og/eller arbeidsrettede tiltak før det kan gis uførepensjon (jf. folketrygdloven § 12-5). Det kan ikke slås fast at tilstanden er varig før behandling og arbeidsrettede tiltak er gjennomført så langt det er hensiktsmessig.

Det er gitt retningslinjer om hvordan varighetskravet skal forstås. Retningslinjene gjelder uavhengig av om inntektsevnen er nedsatt på grunn av sykdom med symptomdiagnose eller en spesifikk sykdomsdiagnose. Det går fram av retningslinjene at den nedsatte inntektsevnen skal ha en antatt varighet på ca. sju år eller lengre, regnet fra det tidspunktet da inntektsevnen ble varig nedsatt med minst halvparten (uføretidspunktet), for at tilstanden skal kunne anses som varig. Det skal dermed både legges vekt på den faktiske situasjonen før Arbeids- og velferdsetaten fatter vedtaket sitt og den forventede utviklingen i årene etter at vedtaket blir fattet. Det stilles altså ikke krav om at inntektsevnen allerede har vært nedsatt i sju år forut for vedtaket om uførepensjon. Samtidig vil kravet til varighet ikke være oppfylt når personen for eksempel har vært arbeidsufør i seks år på det tidspunktet kravet om uføre-



pensjon behandles, hvis det er sannsynlig at han eller hun vil kunne komme tilbake i arbeid i løpet av ett til to år. Ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratet blir varigheten i praksis sjelden anslått i form av et eksakt antall år. Spørsmålet om varighet kommer oftest opp i forbindelse med vurderingen av vilkåret om gjennomgått behandling og arbeidsrettede tiltak. Vurderingstemaet er da om bruker har forsøkt all hensiktsmessig behandling og arbeidsrettede tiltak for å komme tilbake i arbeid/bedre inntektsevnen, og således unngå at tilstanden blir varig. Selv om det på et tidspunkt er enighet om at det ikke kan oppnås mer gjennom behandling og arbeidsrettede tiltak, kan det være usikkert hvordan tilstanden vil utvikle seg på noe lengre sikt. Arbeids- og velferdsetaten må derfor ofte bruke skjønn i vurderingen av om varighetskravet er oppfylt.

Uførepensjonen skal sikre inntekt for personer som har fått inntektsevnen sin varig nedsatt pga. sykdom, skade eller lyte. Jeg har forståelse for at personer som over lengre tid har hatt betydelige helseplager har behov for å få avklart om de har rett til å få en varig ytelse fra folketrygden. Det er på den annen side viktig, både for den enkelte og for samfunnet, at flest mulig forsørger seg selv ved eget arbeid. Jeg er derfor svært opptatt av at det skal legges til rette for at alle som har mulighet for det skal få prøve seg i arbeid. I en situasjon der det er uklart om nedsettelsen av inntektsevnen er varig, vil det etter mitt syn normalt være best for brukeren å fortsette å få arbeidsrettet bistand fra Arbeids- og velferdsetaten og motta den midlertidige folketrygdytelsen arbeidsavklaringspenger.





## APPENDIKS E: Skriftlig spørsmål fra Kjell Ingolf Ropstad (KrF) til arbeidsministeren

Dokument nr. 15:388 (2012-2013)

Innlevert: 03.12.2012

Sendt: 04.12.2012

Besvart: 11.12.2012 av arbeidsminister Anniken Huitfeldt

### Spørsmål

Kjell Ingolf Ropstad (KrF): Vil retningslinjene for sykdomskravet i folketrygdloven § 12-6 bli oppdatert til å reflektere gjeldende praksis for bruk av symptomdiagnoser i trygdesaker der pasienten har en funksjonell lidelse uten kjente årsaksforhold?

### Begrunnelse

Viser til Dokument nr. 15:2023 (2011-2012). Statsråden avklarer her gjeldende praksis for bruk av symptomdiagnoser i trygdesaker der pasienten har en funksjonell lidelse uten kjente årsaksforhold. Det blir klargjort at retningslinjene for sykdomskravet i folketrygdloven § 12-6 også er ment å dekke denne typen lidelser. Jeg kan imidlertid ikke se at disse retningslinjene inneholder en tilsvarende avklaring som den som gis av statsråden. De

verken bekrefter eller avkrefter at symptomdiagnoser kan aksepteres. Det kan se ut til at retningslinjene ennå ikke er blitt oppdatert til å reflektere gjeldende praksis på dette området.

Det kan være et omfattende og krevende arbeid å finne ut av gjeldende praksis når saksbehandlere og leger på egenhånd må lete opp og sette seg inn i tidligere dommer og kjennelser. Arbeidet lettes og kvalitetssikres i vesentlig grad ved at man fra sentralt hold utarbeider retningslinjer som avklarer hvilken praksis som er gjeldende. Det er dermed viktig at retningslinjene holder høy kvalitet på områder med utfordringer i forhold til lovtolkning og skjønnsutøvelse. Siden det kan være vanskelig å fange opp problemstillingene etter hvert som de oppstår når et komplisert lov- og regelverk blir forvaltet, er det likevel naturlig at man ikke til en hver tid klarer å holde retningslinjene oppdatert. Alt synes imidlertid å ligge til rette for den oppdateringen det er snakk om.

Statsråden er kjent med problemstillingen, gjeldende praksis er avklart og det har gått mange år siden prinsippene ble rettslig stadfestet. Oppdateringen vil redusere risikoen for feiltolkninger og unødvendige misforståelser som kan medføre store økonomiske og psykiske belastninger for pasientgruppen det gjelder.

## Svar

Anniken Huitfeldt: Det er et vilkår for å få uførepensjon at personen har en varig sykdom, skade eller lyte (jf. folketrygdloven § 12-6). Arbeids- og velferdsetaten tar, etter en konkret vurdering av det enkelte tilfellet, stilling til om den som søker om uførepensjon fyller dette vilkåret.

Arbeids- og velferdsdirektoratet kan i rundskriv gi retningslinjer som gir nærmere veiledning om hvordan lov og forskrift skal forstås.

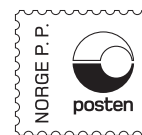
I direktoratets rundskriv til folketrygdloven § 12-6 står det: ”Ifølge andre ledd første punktum skal det legges til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Sykdomsbegrepet er derfor dynamisk i den forstand at innholdet vil forandres over tid i samsvar med utviklingen innenfor legevitenenskapen mv.”

Arbeids- og velferdsdirektoratet har informert meg om at denne formuleringen dekker alle typer sykdommer, dvs. også situasjoner der sykdommen ikke gir påvisbare objektive funn og hvor årsaksforholdet er usikkert. Rundskrivet til § 12-6 må også ses i sammenheng med det generelle rundskrivet til folketrygdloven kapittel 12 og rundskrivet til de øvrige paragrafene i kapitlet. Direktoratet mener videre at rundskrivet gir tilstrekkelig veiledning for vurderingen av om sykdomskravet i folketrygdloven § 12-6 er oppfylt. De minner samtidig om at det er ekstra viktig med grundig dokumentasjon i saker hvor det ikke er påvisbare objektive funn og hvor årsaksforholdene er usikre. I slike tilfeller må behandleren vurdere om, og eventuelt dokumentere at, personen har en sykdom til tross for at diagnosen er en symptomdiagnose eller at diagnosen er uklar.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har på denne bakgrunn opplyst at de ikke ser det som hensiktsmessig å endre rundskrivet på dette punktet. Jeg har ingen merknader til dette.



RETURADRESSE:  
Foreningen for el-overfølsomme  
v/S. Brænd  
Løvenskioldsvei 18 B, 1358 JAR



## Støttespillere

FELO ønsker nå å starte opp med en ½ annonseside i Strålevett som vi vil tilegne støtteannonser fra næringsliv og kommuner. Hvis du kjenner noen som ønsker å bli bidra med med annonse i vårt neste blad så ta kontakt.



Vi støtter FELO i deres arbeid med å fremme el-overfølsommes rettigheter

FELO takker vår første annonsør for den flotte støtten!

Her kan du få din støtteannonse!

ISBN 978-82-998421-4-3