

Trygderettens grunngitte kjennelser i saker med personlighetsforstyrrelser 1986–2001

Bakgrunn. I de siste tiår er personlighetsforstyrrelser viet stor oppmerksomhet innen klinisk psykiatrisk forskning, selv om den teoretiske forståelse av disse tilstandene er omtvistet. Hensikten med studien var å undersøke om nyere erkjennelse på dette området har påvirket Trygderettens praksis i ankesaker.

Materiale og metode. Undersøkelsen inkluderer saker registrert i perioden 1986–2001 i rettens database. Denne inneholder informasjon om grunngitte kjennelser og diagnoser, klassifisert i henhold til ICD-9 og ICD-10.

Resultater. Trygderetten avsa 159 grunngitte kjennelser i saker med personlighetsforstyrrelse som hoveddiagnose, noen ledsaget av annen psykisk komorbiditet (19%), alkohol- og rusmisbruk (25%) og somatiske lidelser (16%). 57% av sakene gjaldt krav om uførepensjon. Andelen grunngitte kjennelser til gunst for den ankende part steg fra 18% til 79%. Det totale antall avgjorte saker i Trygderetten har økt fra 2 386 i 1986 til 5 762 i 2001. Andelen kjennelser til gunst for den ankende part økte mer for personlighetsforstyrrelser enn for andre diagnosegrupper, som nevrososer og somatiske tilstander.

Fortolkning. I de senere år er sykdomsbegrepet blitt mer nyansert og personlighetsforstyrrelser klarere avgrenset. Trygderetten har gjennom sin praksis bidratt til grensdragningen mellom sykdom og sosial dysfunksjon i forvaltningen av trygdelovgivning.

I de senere tiår er personlighetsforstyrrelser blitt viet betydelig oppmerksomhet innen psykiatrisk forskning og praksis hva gjelder forståelse, evaluering, diagnostikk og behandlingsmuligheter. Personlighetsforstyrrelser er emnet for flere nyere norske lærebøker (1–3) og for doktoravhandlinger basert på behandlingserfaring ved en psykiatrisk dagavdeling og for innlagte pasienter (4, 5). Avhandlingene rapporterer om bedret mestring av symptomer. Innen et nettverk av dagavdelinger er det utviklet behandlingstilbud med gruppeanalyse som terapeutisk verktøy (3). I en oversiktsartikkel er det gjort rede for ulike modeller for for-

Herman Anker

herman.anker@trygderetten.no

Trygderetten

Postboks 8022 Dep

0030 Oslo

Anker H.

Decisions of the National Insurance Court in Norway related to personality disorders, 1986–2001.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1497–500

Background. During the past decades, much clinical research in psychiatry has been devoted to personality disorders. The aim of the present study was to examine whether recent experience in this area has influenced the decisions in cases appealed to the National Insurance Court.

Material and methods. The study includes cases recorded in the court database over the period 1986–2001. This database contains information on decisions with diagnoses classified according to ICD-9 and ICD-10.

Results. The court issued 159 decisions in cases with personality disorder as the main diagnosis, some associated with other psychiatric co-morbidity (19%), with alcohol and drug abuse (25%), and with somatic illness (16%). 57% of the cases were related to disability pension claims. The proportion of rulings in favour of the complaining party increased from 18% to 79%. The total number of court rulings rose from 2,386 in 1986 to 5,762 in 2001. The proportion of decisions in favour of the complaining party increased more for personality disorders than for other diagnostic groups such as neurosis and somatic conditions.

Interpretation. In recent years a broader concept of illness has won acceptance and a clearer clinical definition of personality disorders has been developed. The National Insurance Court has contributed to the definition of legal guidelines at the crossroads of medicine and social dysfunction.

☞ Se også side 1454

ståelse av disse tilstandene, og den rådende faglige usikkerhet som preger området blir understreket (6).

Denne utviklingen har sitt motstykke i trygdemedisinsk praksis. Personlighetsforstyrrelse fremstår nå ofte som diagnose i behandlende legers erklæringer ved krav om trygdeytelser. Supplerende psykiatrisk undersøkelse avdekker ikke sjelden alvorligere personlighetsforstyrrelser, som paranoide, schizoide og emosjonelt ustabile tilstander. Slik diagnostisk evaluering av den medisinske prognose og for muligheten til bedring av inntektsevnen er viktig for trygdeetatens vurdering av krav.

Trygderetten ble opprettet i 1967 for å

styrke rettssikkerheten til folketrygdens brukere. Hovedregelen i lov om anke til Trygderetten er at kjennelser skal begrunnes. Hvis retten enstemmig finner at anken ikke kan føre frem og resultatet av kjennelsen ikke antas å få betydning utover den foreliggende sak, kan retten unnlate å gi begrunnelse utover det avslaget baseres på, og avsier da en «ikke-grunngett kjennelse». Stadfestelse av vedtak om avslag kan avgjøres ved ikke-grunngett kjennelse, mens omgjøring til gunst for den ankende part bare kan skje ved «grunngitte kjennelser». Med gunstprosent menes andel saker der den ankende part gis medhold, ved at retten helt eller delvis omgjør eller opphever vedtak om avslag. Figur 1 viser saksflyten i Trygderetten.

Hensikten med denne undersøkelsen var å belyse om nyere erkjennelse omkring personlighetsforstyrrelse har påvirket Trygderettens praksis, som er retningsgivende for rettsanvendelsen i trygdeforvaltningen.

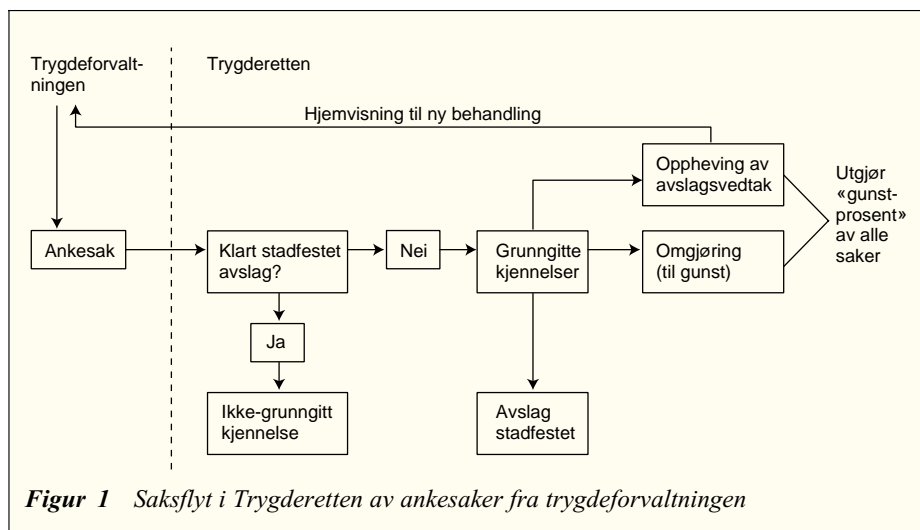
Materiale og metode

Trygderetten har en database (SIFT) over vanlige grunngitte kjennelser, med opplysninger om lovanvendelse, diagnose, resultat og et kort saksresymé. Tilsvarende informasjon om ubegrunnede kjennelser er ikke tilgjengelig. Trygderetten nyttet tidligere den samme diagnoselisten som Rikstrygdeverket, ICD-9, der patologisk personlighet var samleddiagnose for personlighetsforstyrrelser. Fra 2000 har retten brukt ICD-10-klassifikasjonen til koding av diagnoser i SIFT (7). Tilstander registrert som patologisk personlighet uten nærmere angivelse ble kodet som spesifisert personlighetssforstyrrelse (F60.9).

Fullstendige data om saker innen diagnosegruppen personlighetsforstyrrelser ble innhentet for tidsrommet 1986–2001. Diagnoser, komorbiditet, hvilket stønadsområde saken gjaldt og Trygderettens avgjørelse ble registrert for hver sak. For sammenlikning av endring i forekomst av saker over tid ble det telt opp saker med diagnosen nevrose og tre somatiske diagnoser (artrose, koronarsykdom og kronisk obstruktiv lungelidelse) i samme tidsrom. Forskjeller i forekomst ble sammenliknet med z-test for sammenlikning av andeler i to uavhengige proporsjoner, og 5% ble valgt som signifikansnivå.

Resultater

Diagnosene fremgår av tabell 1. I alt 165 saker var registrert med diagnosene patologisk personlighet, personlighetsavvik eller personlighetsforstyrrelse. Etter eksklusjon av



feilklassifiserte saker gjenstod 159 saker, fordelt på 100 menn i alderen 19–79 år og 59 kvinner i alderen 22–70 år. Det var kun mindre forskjeller mellom kjønnene i fordelingen av diagnoser, med unntak av gruppen emosjonelt ustabile tilstander, der andelen kvinner var høyere.

Komorbiditet var registrert i mange saker og ble skjønsmessig inndelt i tre kategorier: psykiske, misbrukspregede og somatiske lidelser. I 31 saker forekom symptomer på angst, depresjon, manisk-depressiv lidelse, tilpasningsvansker og posttraumatisk stressforstyrrelse. Misbruk av alkohol, narkotika og/eller legemidler ble registrert i 39 saker. De vanligste ledsagende somatiske

tilstandene i 25 saker omfattet ryggplager, fibromyalgi, diabetes og migrene.

Tabell 2 viser fordelingen av kjennelser og ulike stønadsområder. Det var liten forskjell i fordelingen mellom kjønnene. Retten omgjorde eller opphevet 68 % av trygdeattens avslag til gunst for den ankende part. I uførepensjonssaker ble avslag oftest stadfestet når medisinsk behandling eller attføring ikke ble ansett som forsøkt i tilstrekkelig grad. De hyppigste årsaker til oppheving og hjemvisning til ny behandling var mangelfulle eller sterkt motstridende medisinske opplysninger.

Gruppen «unge uføre» gjelder krav om garanterte fremtidige pensjonspoeng som

kompensasjon for at tidlig uførhet er til hinder for å opptjene tilleggspensjon i trygden (8). Av disse 25 sakene ble ti omgjort eller opphevet.

Stønadsgruppen «andre» gjelder enkelt saker om sykepenger, grunn- og hjelpestønad, virkningstidspunkt, krigspensjon og tilbakekreving.

Trygderettens praksis for grunngitte kjennelser i saker om personlighetsforstyrrelser fremgår av tabell 3, som er inndelt i tre perioder. Tabellen viser markerte endringer i antall saker og fordelingen av kjennelser. I årene 1986–90 ble trygdeattens avslag oftest stadfestet. Under de neste to perioder økte antallet avgjorte saker betydelig. I tiden 1996–2001 ble de fleste avslagsvedtak omgjort eller opphevet til gunst for den ankende part.

Tabell 4 viser antall saker i trygderetten totalt, andel grunngitte kjennelser og forekomst og gunstprosent for diagnosene personlighetsforstyrrelse, nevrose og tre somatiske diagnoser samlet. I perioden 1986–2001 var antall grunngitte kjennelser forholdsvis stabilt, men siden antallet saker totalt ble nærmere fordoblet, sank den relative andelen saker som ble avgjort ved grunngitt kjennelse fra 53 % til 28 %. I løpet av perioden økte andelen grunngitte kjennelser innen diagnosegruppen personlighetsforstyrrelse fra 0,21 % til 1,34 %, om lag en seksdobling. Parallelt økte andelen grunngitte kjennelser innen diagnosegruppen nevroser til det dobbelte og andelen med de tre store somatiske diagnosene artrose, koronarsykdom og kronisk obstruktiv lungelidelse til litt under det femdobbelte. Gunstprosenten var i første femårsperiode signifikant lavere for personlighetsforstyrrelser enn for de tre somatiske lidelsene, mens den i siste femårsperiode var like høy. Gunstprosenten i forhold til nevroser endret seg fra å være om lag lik i første femårsperiode til å være signifikant høyere i siste femårsperiode.

Tabell 1 Trygderettens grunngitte kjennelser i saker om personlighetsforstyrrelse 1986–2001. Diagnoser, klassifisert etter ICD-10, N = 159

	Antall	
F60	Spesifikke personlighetsforstyrrelser	
F60.0	paranoid	8
F60.1	schizoid + schizotyp (F21)	5
F60.2	dyssosial	11
F60.3	emosjonelt ustabil, borderline	27
F60.4	dramatiserende	1
F60.5	tvangspreget	1
F60.6	engstelig, unnvikende	12
F60.7	avhengig, astenisk, passiv	7
F60.8	andre spesifikke: eksentrisk, narsissistisk, passiv-aggressiv, umoden	5
F60.9	uspesifisert: karakternevrose, patologisk personlighet, ikke nærmere angitt	68
F 61	Blandede og andre personlighetsforstyrrelser	7
F62.0	Vedvarende personlighetsforandringer som ikke skyldes skade eller sykdom i hjernen (katastrofer, langvarig fangenskap, trussel om drap, tortur, konsentrasjonsleir)	5
F07	Personlighetsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser som skyldes sykdom, skade og dysfunksjon i hjernen	2
Totalt		159

Diskusjon

Det kan reises kritikk mot den diagnostiske presisjon i legeerklæringer og kodingen i SIFT, men dette skaper neppe systematiske tolkingsfeil. Undersøkelsen har også den begrensning at den kun belyser grunngitte kjennelser som er registrert i SIFT, ettersom ikke-grunngitte kjennelser som stadfester avslag, ikke inngår i databasen.

At saker med personlighetsforstyrrelser utgjør en stigende andel av grunngitte kjennelser, parallelt med at det er blitt relativt færre slike kjennelser, kan tale for at denne typen saker oftere enn tidligere fremstår som vanskelige, med usikkerhet om de medisinske forhold. Derfor ender de ofte med grunngitt kjennelse. Det bidrar nok til denne situasjonen at sakene gjerne er komplekse, med hyppig komorbiditet, inkludert rusmiddelmissbruk. Både absolutt og relativt er økningen for denne diagnosegruppen større enn for nevroser og de tre utvalgte somatiske diagnosegruppene.

Funnene gir grunnlag for refleksjon over utviklingen i Trygderettens diagnostiske panorama og praksis.

Er utviklingen spesiell for personlighetsforstyrrelser, eller en del av en større trend? Statistikk for Trygderettens praksis i årene 1986–2001 gjenspeiler viktige endringer.

I perioden 1986–2001 var gunstprosenten totalt sett forholdsvis stabil. Blant grunngitte kjennelser var gunstprosenten svakt økende (tall ikke vist), mens gunstprosenten for personlighetsforstyrrelser økte signifikant fra periode til periode. Tilsvarende signifikant økning i tre suksessive perioder ble ikke observert for de andre diagnosene vi så på. Vi kan altså slutte at utviklingen for personlighetsforstyrrelser er spesiell. Flere faktorer antas å ha påvirket denne utviklingen.

Personlighetsforstyrrelser er en heterogen gruppe som defineres og klassifiseres noe ulikt av amerikansk psykiatri i DSM-IV (9) og i WHO's internasjonale ICD-10 (7). Begge klassifikasjonene inneholder diagnostiske kriterier som er deskriptive for symptomer og atferd. De to diagnose-systemene representerer nyanser i teoretisk forståelse, med liten trygdemedisinsk konsekvens. Allmennlegene bruker ICPC-listen, som kun har én felles diagnosekode for personlighetsforstyrrelse, P80.

Kan forekomsten av personlighetsforstyrrelser i befolkningen ha endret seg i tiden 1986–2001?

Opplysningene om prevalens av personlighetsforstyrrelser i den voksne befolkningen er usikre og rapporteres i seks ulike studier å variere mellom 6 % og 23 %, avhengig av undersøkelsesmetode (4). En norsk studie viser en prevalens på 13 % (10). Karterud og medarbeidere angir at minst 10 % av befolkningen har såpass store problemer med selvfølelse, egen identitet og forholdet til andre mennesker at det har betydelige sosiale og helsemessige konsekvenser (3). Prevalensen av personlighetsforstyrrelser har neppe økt, men individer med slike tilstander kan ha fått større vansker med å tilpasse seg sosiale forventninger og krav i arbeidslivet, som har fått mindre toleranse for avvik. Disse for-

Tabell 2 Trygderettens grunngitte kjennelser i saker om personlighetsforstyrrelser 1986–2001. Kjennelser fordelt på stønadsområder, N = 159

Stønadsområder	Uførepensjon	Ung ufør	Attføring	Yrkes sykdom	Andre	Totalt (%)
Stadfestelse	18	15	8	1	9	51 (32)
Omgjøring	58	9	4	3	12	86 (54)
Oppheving	15	1	2	0	4	22 (14)
Totalt	91	25	14	4	25	159 (100)

Tabell 3 Trygderettens grunngitte kjennelser i saker om personlighetsforstyrrelser 1986–2001, fordelt på tre femårsperioder

Periode	Saker totalt	Stadfesting (%)	Omgjøring (%)	Oppheving (%)
1986–90	17	14 (82)	3 (18)	0
1991–95	30	13 (43)	17 (57)	0
1996–2001	112	24 (21)	66 (59)	22 (20)
Totalt	159	51 (32)	86 (54)	22 (14)

hold kan ha påvirket inngangen av trygdekrav under denne kategori diagnoser, slik den gjenspeiles i ankesaker til Trygderetten.

Sykdomsbegrepet har vært gjenstand for faglige diskusjoner under de senere årtier, med økt medikalisering av livsproblemer. Folketrygdens ytelser ved arbeidsuførhet er forankret i årsakssammenheng med sykdom, skade og lyte. Lovens § 12-6 presiserer at det «legges til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Sosiale eller økonomiske problemer gir ikke rett til uførepensjon».

I relasjon til sykdomsbegrepet i folketrygdloven er det i en konsensusrapport til Trygderetten utredet diffuse muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser og mentale dysfunksjoner (11). I rapporten drøftes ulike teoretiske modeller for sykdomsforståelse og kravet til vitenskapelighet og objektive diagnostiske funn. Utvalget

ser sykdom som et verdiladet «relasjonelt begrep som bestemmes i forholdet mellom den medisinske vitenskap, plager og ressurser hos den enkelte og samfunnets krav og forventninger». Rapporten anfører at når personlighetsavvik fører til et mønster av betydelige kontaktproblemer, eventuelt kombinert med rusmisbruk og suicidalforsøk, bør avviket legges til grunn og de psykososiale følger sees som sekundære. Videre understrekes at «disse tilstandene må vurderes ut fra symptomintensiteten, i hvilken grad pasienten er plaget av symptomene, og særskilt i hvilken grad tilstanden har varig innvirkning på arbeidsevnen, ervervsevnen og dagliglivets funksjoner».

Personlighetsforstyrrelser oppfattes ikke som sykdom av det psykiatriske fagmiljøet, der man understreker at individer med «uhensiktsmessige» trekk som ekstrem mistenksomhet, dyp krenkbarhet og dårlig impuls kontroll, er mer utsatt enn andre for

Tabell 4 Trygderettens kjennelser i 1986–2001. Andel grunngitte kjennelser, gunstprosent totalt og tall for noen utvalgte diagnosegrupper (personlighetsforstyrrelse, N = 159, nevrose, N = 343 og utvalgte somatiske diagnoser (artrose, koronarsykdom, og kronisk obstruktiv lungelidelse), N = 143)

Periode	Saker totalt	Alle kjennelser avgjørelser		Diagnoser								
		Grunngitte kjennelser	Andel til gunst av total	Personlighetsforstyrrelser			Nevrose			Somatiske		
				Antall grunngitte kjennelser	Andel av alle grunngitte kjennelser (%)	Andel med avgjørelse til gunst (%)	Antall grunngitte kjennelser	Andel av alle grunngitte kjennelser (%)	Andel med avgjørelse til gunst (%)	Antall grunngitte kjennelser	Andel av alle grunngitte kjennelser (%)	Andel med avgjørelse til gunst (%)
1986–90	15 355	8 138 (53)	23	17	0,21	18	66	0,81	36	15	0,18	60
1991–95	23 734	7 713 (33)	15	30	0,39	57	142	1,84	39	57	0,74	35
1996–2001	29 910	8 375 (28)	20	112	1,34	79	135	1,61	67	71	0,85	82

angst, depresjon og psykosomatiske plager. De tyr også oftere til misbruk av medikamenter eller rusmidler for å bøte på lav selvfølelse og sosiale hemninger (3). De alvorligste forstyrrelsene gir dessuten økt risiko for psykotiske gjennombrudd og suicidalfare. Vårt materiale bekrefter en hyppig forekomst av komorbiditet som medvirkende og forsterkende årsak til funksjonssvikt og uførhet.

Folketrygdloven er restriktiv i forhold til rusmisbrukere og stiller strenge krav til gjennomgått behandling og attføring. Trygderetten fant likevel grunn til omgjøring i nær halvparten av saker der dyssosial, emosjonelt ustabil, avhengig og unnvikende personlighetsforstyrrelse var knyttet til misbruk av alkohol og narkotika.

Vilkårene for «ung ufør» ble skjerpet med virkning fra 1.1. 1998 og gjelder «et medlem som blir ufør før fylte 26 år på grunn av alvorlig og varig sykdom, skade eller lyte som er klart dokumentert». Psykiske lidelser må ifølge Rikstrygdeverket være betydelig invalidiserende både i dagligliv og i forhold til arbeidslivet. Når slike krav fremsettes mange år etter at uførepensjon er innvilget, kan dokumentasjon av tidspunktet for bortfall av minst halve inntektsevnen være problematisk. Trygderetten avgjorde 40 % av disse sakene til gunst for den ankende part.

Ved dokumentasjon av arbeidsuførhet har praktiserende leger erfart at enkelte diagnoser har vært lite akseptert av trygdeetaten, som for eksempel tretthet og slapphet, kroniske smertetilstander og avvikende personlighet. Det synes rimelig å anta at endringer i legers kunnskaper og diagnostiske praksis har medvirket til at krav om trygdeytelser nå oftere begrunnes med personlighetsforstyrrelse ved psykisk funksjonssvikt. Med større åpenhet omkring psykiske lidelser oppfattes disse tilstandene kanskje som mindre stigmatiserende, både av legene og deres pasienter.

Gjennom de siste årtier har Trygderetten bidratt til å nyansere forståelsen av uklare medisinske tilstander og tolkingen av trygdens regelverk (12). I en prinsippkjennelse i 1972 (ankesak nr. 1167/71) pekte retten på at psykopati var en godkjent psykiatrisk sykdomsbetegnelse som var dårligere avgrenset enn andre, men la avgjørende vekt på arten og alvorlighetsgraden av symptomene. I 1974 avsa Trygderetten en prinsippkjennelse (ankesak nr. 595/75) hvor den for første gang drøftet om alkoholisme *i seg selv* kunne godkjennes som sykdom i relasjon til folketrygdlovens vilkår for uførepensjon. En viktig prinsippkjennelse, «fibromyalgikjennelsen» (ankesak nr. 2922/93) fra 1994, la til grunn den sykdomsforståelse som kom til uttrykk i konsensusrapporten (11). En annen prinsippkjennelse i 1997 (ankesak nr. 1258/96) drøftet begrepet «lyte», som «må kunne omfatte tilstander som det ikke er naturlig å henføre under lovens begrep «sykdom» eller «skade», men som likevel ansees som medi-

sinsk invalidiserende». Her forelå lavt evnenivå i kombinasjon med sosial påvirkning av den mentale tilstand og misbruk hos en yngre mann som ble tilkjent uførepensjon, idet hans tilstand ble vurdert som et «lyte» i lovens forstand.

Som gruppe tilstander er personlighetsforstyrrelser gjennom de siste 15 årene blitt klarere avgrenset gjennom klinisk forskning, diagnostikk og behandlingserfaring. Trygderetten har ikke avgitt noen prinsippkjennelse om personlighetsforstyrrelser som årsak til uførhet. En rettslig belysning av grensen mot lytebegrepet kan være aktuelt.

Konklusjon

Andelen grunngitte kjennelser der personlighetsforstyrrelser utgjør det medisinske grunnlaget for rettens vurdering, er i større grad blitt avgjort til gunst for den ankende part enn ved andre diagnosegrupper. Denne utviklingen kan ha sammenheng med bedret diagnostisk dokumentasjon og holdningsendringer som avstigmatiserer psykisk funksjonssvikt. Trygderetten har gjennom sin praksis bidratt til grensedragningen mellom sykdom og sosial dysfunksjon i forvaltningen av folketrygdloven.

Litteratur

1. Torgersen S. Personlighet og personlighetsforstyrrelser. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
2. Evang A. Utvikling, personlighet og borderline. Oslo: Cappelen, 1998.
3. Karterud S, Urnes Ø, Pedersen G, red. Personlighetsforstyrrelser. Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling. Oslo: Pax, 2001.
4. Wilberg T. Clinical studies of personality disordered patients treated in a psychotherapeutic day unit, with emphasis on assessment, treatment and course. Doktoravhandling. Oslo: Instituttgruppe for psykiatri, Universitetet i Oslo, Divisjon for psykiatri, Ullevål universitetssykehus, 1999.
5. Gude T. Treatment response and one-year outcome in patients with anxious (Cluster C) personality disorders. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo, Modum Bads forskningsinstitutt, Divisjon for psykiatri, Ullevål universitetssykehus, Instituttgruppe for psykiatri, Universitetet i Oslo, 2001.
6. Wilberg T. Modeller for forståelse av personlighetspatologi. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 54–8.
7. International classification of diseases (ICD-10). Genève: WHO, 1993.
8. Gulbrandsen P, Holst K. Pensjonsberegning for unge uføre. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 627.
9. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. utg. (DSM-IV). Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
10. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 590–6.
11. Bruusgaard D, Heiberg AN, Lie RK, Malterud K, Noreik K, Westin S. Sykdomsbegrepet i folketrygdloven (§ 8-3). Oslo: Trygderetten, 1994.
12. Øie O-E. Trygderetten og dens rettsanvendelse. Oslo: Universitetsforlaget, 1994.