Helsedirektoratet

Veileder IS-2070

Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker

Heftets tittel: Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker

Utgitt: 03/2013

Bestillingsnummer: IS-2070

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling minoritetshelse og rehabilitering

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet foreligger bare elektronisk.

070

Innhold

Lenker til relevante lover og forskrifter **6**

Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker **7**

1 Innledning - retningslinjenes bruksområde **9**

2 Instanser som behandler førerkortsaker og deres oppgaver **11**

2.1 Trafikkstasjonen/Regionvegkontoret 11
2.2 Politiet 11
2.3 Fylkesmannens oppgaver 11
2.4 Behandlende/attestutstedende lege 15
2.5 Førerkort etter fylte 75 år. 16

3 Dispensasjons- og evt. klagesaker **17**

3.1 Behovsvurdering 17
3.2 Sammensatte sykdomsbilder 19
3.3 Krav til søknaden 19
3.4 Krav til vedtaket 20
3.5 Effektuering av vedtak 21
3.6 Klagebehandling 21
3.7 "Oppsettende virkning"? 22
3.8 Ny behandling etter tidligere vedtak i klageinstansen 22
3.9 Hvilket fylke? 22
3.10 Kontroll av oppstilte vilkår 22
3.11 Arkivering 22
3.12 Praktisk kjørevurdering 23
3.13 Øvingskjøring 23

4 Førerkortklasser **25**

4.1 Gruppe 1 (lette kjøretøy) 25
4.2 Gruppe 2 (tyngre kjøretøy) 25
4.3 Gruppe 3 (buss, kjøreseddel med mer) 25

5 Spesielle forhold ved visse kjøretøygrupper **27**

5.1 Tilhenger, kl. E 27
5.2 Klasse C1 vs. klasse C 27
5.3 Minibuss, klasse D1 vs. buss, klasse D 27
5.4 Utrykningskjøring med utrykningskjøretøy 28
5.5 Trafikklærere 29
5.6 Førerkort klasse AM 29
5.7 Førerkort klasse AM kode 147 – mopedbil 30
5.8 Unntak fra førerkortplikten 30

5.9 Kjøreseddel for drosje eller buss 31

6 Nedsatt synsstyrke – visus 33

6.1 Forskriftens krav 33
6.2 Hva omfattes av forskriftens krav? 33
6.3 Risikoen ved nedsatt visus 33
6.4 Saksopplysninger ved visusnedsettelse 33
6.5 Dispensasjon ved kl. A, B, S, M og T 34
6.6 Dispensasjon ved kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v. 34
6.7 Vilkår og varighet ved nedsatt visus 34

7 Synsfeltutfall (kapitlet er under revisjon) 35

7.1 Forskriftens krav 35
7.2 Hva omfattes av forskriftens krav? 35
7.3 Risikoen ved synsfeltutfall 35
7.4 Saksopplysninger ved synsfeltutfall 36
7.5 Dispensasjonspraksis for gruppe 1 (kl. A, B, S, M og T) 37
7.6 Dispensasjonspraksis for kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v. 37
7.7 Førerkort for begrenset geografisk område ved synsfeltutfall eller svekket visus 37

8 Fargesyn 39

9 Nedsatt mørkeadaptasjonsevne 40

10 Samsyn, dobbeltsyn 41

10.1 Forskriftens krav 41
10.2 Hva omfattes av forskriftens krav? 41
10.3 Dispensasjonspraksis for kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v. 41

11 "Seksmånederskravet" ved tapt syn på ett øye 42

12 Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser 43

12.1 Forskriftens krav 43
12.2 Hva omfattes av forskriftens krav? 43
12.3 Dispensasjonspraksis ved bevissthetstap generelt 47
12.4 Synkope 51
12.5 Bevissthetsforstyrrelser av annen, usikker eller uklassifiserbar årsak 55
12.6 TIA som anfallslidelse? 56
12.7 Narkolepsi og katapleksi 56

13 Psykiske lidelser 57

13.1 Forskriftens krav 57
13.2 Hva omfattes av forskriftens krav? 57
13.3 Meldeplikt 58
13.4 Attest ved søknad om dispensasjon 58
13.5 Dispensasjonspraksis 58

14 Psykisk utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser 61

14.1 Forskriftens krav 61

14.2 Hva omfattes av forskriftens krav? 61
14.3 Risiko, attest og dispensasjonspraksis 61

15 Kognitiv svikt - Demens 63

15.1 Forskriftens krav 63
15.2 Hva omfattes av forskriftens krav? 63
15.3 Risiko, attest og dispensasjonspraksis 63

16 Medikamenter 67

16.1 Forskriftens krav 67
16.2 Hva omfattes av forskriften? 67
16.3 Melding 68
16.4 Dispensasjonspraksis 68
16.5 Medikamentene 68
16.6 Veiledende medikamenttabell 72

17 Rusmiddellidelser 75

17.1 Forskriftens krav 75
17.2 Rusmidler og rusmiddellidelse 75
17.3 Rusmiddellidelse i førerkortsammenheng 75
17.4 Melding 77
17.5 Dispensasjonspraksis 77
17.6 Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) 78

18 Nevrologiske lidelser (unntatt "anfallslidelser") 81

18.1 Forskriftens krav 81
18.2 Hva omfattes av forskriftens krav? 81
18.3 Apoplexi, hemiplegi, halvsidig neglekt 81

19 Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) 83

19.1 Forskriftens krav 83
19.2 Hva omfattes av forskriftens krav? 83
19.3 Attest 84
19.4 Risikovurdering og dispensasjonspraksis 84
19.5 Praktisk kjørevurdering 86

20 Generell helsesvekkelse pga. alder eller sykdom 87

20.1 Forskriftens krav 87
20.2 Hva omfattes av forskriftens krav? 87
20.3 Dispensasjon 87

21 Respirasjonssvikt 89

21.1 Forskriftens krav 89
21.2 Hva omfattes av forskriftens krav? 89
21.3 Dispensasjonspraksis 89
21.4 Søvnapnoe 89

22 Diabetes mellitus 91

22.1 Forskriftens krav 91

22.2 Hva omfattes av forskriftens krav? 91
22.3 Legeattest 92
22.4 Type-1 diabetes vs. type-2 diabetes 92
22.5 Hypoglykemi 93
22.6 Dispensasjon 93
22.7 Begrenset kjøring som nødvendig del av annen virksomhet 95
22.8 Vilkår ved dispensasjon (type-1 diabetes og type-2 diabetes) 96
22.9 Varighet når kravene (for lavere klasser) er oppfylt (type-1 diabetes og type-2 diabetes) 96

23 Hjerte- og karsykdommer 97

23.1 Forskriftens krav og omfang 97
23.2 Attest ved hjertesykdom 97
23.3 Koronarsykdom: Angina pectoris og gjennomgått hjerteinfarkt 98
23.4 Hjertesvikt 100
23.5 Hjerteklaffesykdom - klaffeopererte 100
23.6 Hjertearytmier 100
23.7 Implantert cardioverter-defibrillator (ICD) 102
23.8 Kardial synkope 105
23.9 Hjertetransplanterte 106
23.10 Høyt blodtrykk 106
23.11 Vilkår for dispensasjon ved hjertesykdom 107

24 Hørselssvekkelse 109

24.1 Forskriftens krav 109
24.2 Hva omfattes av forskriftens krav? 109
24.3 Risiko og dispensasjonspraksis 109

25 Førlighetssvekkelse 111

25.1 Forskriftens krav 111
25.2 Helseattest i førlighetssaker 111
25.3 Fylkesmannens oppgave i førlighetssaker 111

26 Førerkort med geografisk begrensning 113

26.1 Hjemmel 113
26.2 Saksgang 113
26.3 Opplysninger om begrensningen 113
26.4 Geografisk begrensning - eksempel 114
26.5 Tilfelle der det frarådes å gi dispensasjon med geografisk begrensning: 114

27 Vilkårskoder for førerkort 115

27.1 Fellesskapskoder (EU-koder) 115
27.2 Nasjonale koder – bare for kjøring i Norge 116

28 Vedlegg (forslag til standardbrev) 117

28.1 Mal - Helsekravet oppfylt 117
28.2 Mal - Helsekravet ikke oppfylt 118
28.3 Mal - Innvilget dispensasjon 119
28.4 Mal - Avslag dispensasjon 121
28.5 Mal – Kjørevurdering 122

28.6 Mal - Oversending av klagesak til Helsedirektoratet 123
28.7 Forslag til standardbrev til attestutstedende lege når denne har avgitt NA-0202 med konklusjon i strid med premissene 124
28.8 Mal – Tilbakekall av førerett 125

Lenker til relevante lover og forskrifter

Vegtrafikkloven

Førerkortforskriften (hele)

Førerkortforskriftens vedlegg 1 – Helsekrav

Helsepersonelloven (hele)

Helsepersonellovens § 34 – om meldeplikt – og § 15 om attester

Forskrift til helsepersonelloven § 34 om meldeplikt

Yrkestransportloven kap.7a om kjøreseddel

Utrykningsforskriften

Veiledning om førerkort for publikum

Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker

Gitt av Helsedirektoratet den 15.03.2013 i henhold til Vegdirektoratets forskrift 19. januar 2004 nr. 2998 om førerkort m.m. vedlegg 1 § 6 siste ledd.

Fylkesmannen på søkerens hjemsted kan etter § 6 første ledd i særlige tilfelle dispensere fra bestemmelsene i § 2, § 3 og § 4, det vil si fra helsekravene for førerett. Helsedirektoratet kan gi nærmere regler om legeundersøkelse av dem som skal ha helseattest for førerkort eller kompetansebevis m.m. etter vegtrafikklov-givningen. Helsedirektoratet kan fastsette nærmere retningslinjer for fylkes-mennenes behandling av slike saker. Det er slike retningslinjer som gis her i IS-1348.

De forrige utgavene av retningslinjene var fra juli 2010 og september 2011. Det var i den første tatt inn endringer som skyldtes implementering av nytt EU-direktiv for kravene til syn, diabetes og anfall (spesielt epilepsi). Flere av de andre kapitlene var også utvidet og ajourført i henhold til Helsedirektoratets praksis i klagesaker

På bakgrunn av innspill fra embetene og fordi det fra 1. august 2011 ble gjort visse endringer i vedlegg 1 til førerkortforskriften, ble en ny utgave av retningslinjene lagt ut i september 2011. Forskriftsendringene gjaldt spesielt diabetes og førerkort i gruppe 2 mens de øvrige justeringene særlig var i kapitlene om psykiske lidelser (tidligere kalt sinnslidelser), medikamenter og rusmiddelmisbruk.

På grunn av mye oppmerksomhet omkring de sistnevnte kapitlene satte Helsedirektoratet ned ei arbeidsgruppe for å se nærmere på dem. Etter et langt og omfattende arbeid og flere høringsrunder legges nå fram reviderte kapitler 13, 16 og 17. I samarbeid med nevrologer har vi dessuten bearbeidet kapittel 12 om anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser. Kapittel 26 er bearbeidet i samsvar med Vegdirektoratets retningslinjer. Det også gjort enkelte endringer og ajourføringer i andre av kapitlene. Til slutt er tatt inn et nytt sett med maler (forslag til standardbrev).

<u>Hovedpoenger i revisjonen:</u>

Kap. 12: Ansvarlig behandlers vurdering er vesentlig, blant annet når det gjelder nedtrapping av medisinering. Antiepileptika er tatt ut av medikamenttabellen i pkt. 16.4. fordi fordelene ved bruk er større enn ulempene, jf. omtalen av *Kap. 16*.

Kap. 13: Det er funksjon ikke diagnose som er avgjørende. Det legges betydelig vekt på ansvarlig behandlers vurdering og anbefaling. Det må foreligge en forpliktende behandlingsplan for at det skal kunne gis dispensasjon. Ved første gangs dispensasjon , ved fornyelser dersom det er endringer i klasse eller helsetilstand og alltid ved de tyngre førerkortklasser skal behandlingsplanen være utformet av psykiater eller psykologspesialist.

Kap. 16: Forbruk skal dokumenteres ved legens forskrivningsjournal. I tabellen er de fleste medikamentgruppene med få unntak tatt ut. Årsaken er at vi anser at brukere av eksempelvis antidepressiva, antiepileptika og antipsykotika utgjør mindre risiko i trafikken når de tar sine medisiner ennn når de ikke tar dem. For benzodiazepinene og lignende medikamenter, er grensene satt noe ned.

Kap. 17: Kapitlet *b*etegnes nå som *rusmiddellidelse*. Alkohollidelser er skadelig bruk av alkohol og/eller alkoholavhengighet. Tiden som kreves for å kunne gi dispensasjon respektive si at helseskravet er oppfylt, er justert og harmonisert mot kravene i LAR. Det heter nå «… en lengre periode (*normalt 1 år, minst 6 måneder*), og søkeren …». Et detaljert kontrollopplegg er skissert. Vilkår for dispensasjon er for de fleste *fravær av alkoholmisbruk*, ikke alltid *totalavhold*.

Kap. 26 (geografisk begrensning): Kapitlet er sterkt revidert. Slike dispensasjoner skal være reine unntak.

Helsedirektoratet vil gjerne ha tilbakemeldinger på retningslinjene.

1 Innledning - retningslinjenes bruksområde

Retningslinjene gjelder fylkesmennenes behandling av førerkortsaker, og er ikke ment som rettledning for attestutstedende leger, som henvises til IS-1437. (Denne vil også snart bli revidert.) Retningslinjene her kan likevel være av interesse når attestutstedende lege ønsker å orientere seg om fylkesmennenes behandling av slike saker. Særlig gjelder dette vurdering av om en førerkortinnehaver kan få dispensasjon.

Fylkesmennene skal foruten å gi råd og veiledning om helsekravene i førerkortsaker, motta og vurdere meldinger fra leger, psykologer og optikere om personer som ikke fyller førerkortforskriftens helsekrav. Denne veilederen gir anvisning på når helsekravet ikke er oppfylt og fylkesmannen skal sende melding til politiet med tilråding om at førerkortet helt eller delvis inndras.

Videre skal fylkesmannen vurdere og fatte vedtak i søknader om dispensasjon fra helsekravene. Veilederen gir detaljert anvisning på hvorledes disse søknadene skal behandles og vurderes. Når ikke annet er nevnt, gjelder omtalen i IS-1348 denne dispensasjonspraksisen. Helsedirektoratet er klageinstans for vedtak fattet av fylkesmannen i dispensasjonssaker.

2 Instanser som behandler førerkortsaker og deres oppgaver

2.1 Trafikkstasjonen/Regionvegkontoret

Utsteder, fornyer og utvider førerkort, forutsatt bl.a. at søkeren fyller førerkortforskriftens helsekrav. Vegdirektoratet er klageinstans for vedtak fattet av Regionvegkontoret, jf. forskriftens § 14-1. Samferdselsdepartementet er klageinstans for vedtak fattet av Vegdirektoratet i første instans. Vegmyndigheten kan stille vilkår for føreretten når det er saklig grunn til det, også når helsekravene er oppfylt.

2.2 Politiet

Tilbakekaller førerett ved helsesvikt, ved manglende edruelighet og vandel, og ved manglende kunnskaper eller kjøreferdighet, jf. vegtrafikkloven § 34, og behandler søknad om gjenerverv av førerett. Når føreretten er tapt av helsemessige grunner, kan den ikke gjenerverves før fylkesmannen har gitt dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav, alternativt at helsekravene igjen er oppfylt, f.eks. etter forskriftsfestet anfallsfri periode. Søker henvender seg da til politiet. Det er trafikkstasjonen som utsteder nytt førerkort etter innhentet samtykke fra politiet. Politiet utsteder, fornyer og tilbakekaller kjøreseddel, jf. lov av 21.6.2002 nr. 45 om yrkestransport (yrkestransportloven) § 37a og § 37f. Politidirektoratet er klageinstans for vedtak fattet av politiet.

2.3 Fylkesmannens oppgaver

2.3.1 Dispensasjonssaker

Fylkesmannen behandler søknader om dispensasjon fra helsekravene, jf. førerkortforskriftens vedlegg 1, § 6, første ledd. Helsedirektoratet er etter førerkortforskriften § 14-1 klageinstans (se nedenfor).. Fylkesmannen kan også dispensere i saker om kjøreseddel, selv om dette ikke fremgår uttrykkelig av yrkestransportloven, og i saker om utrykningskjøring, jf forskrift av 12. juni 2009 nr. 637 om opplæring og kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy § 1 siste ledd. Det vises til kap. 3 for videre omtale av dispensasjonssaker.

2.3.2 Melding om ikke oppfylte helsekrav

Fylkesmannen vurderer melding fra lege, psykolog eller optiker om at innehaver av førerkort ikke fyller helsemessige krav, jf. helsepersonelloven § 34, jf. § 76, jf. FOR-1984-07-13 nr 1467 fastsatt med hjemmel i den tidligere legeloven. Dersom meldingen ikke inneholder tilstrekkelige opplysninger, må fylkesmannen sørge for at dette innhentes. Etter § 3 i forskriften skal altså fylkesmannen melde til politiet

dersom førerkortet bør inndras helt eller delvis fordi helsekravene ikke er oppfylt. Denne meldingen sendes når fylkesmannen finner at helsekravene ikke vil være oppfylt etter 6 måneder. I meldingen til politiet må det framgå tydelig hvilke klasser som bør inndras. Dersom det bare er helsekravene til høyere klasser som ikke er oppfylt, må man påse at det ikke anbefales inndragning av samtlige klasser. Fylkesmannen må basere sin uttalelse på en konkret vurdering av de nødvendige medisinske opplysninger. Uttalelsen må i nødvendig utstrekning begrunnes, jf. bl.a. likhetsprinsippet. Det skal ikke samtidig fattes vedtak om å nekte dispensasjon, hvis det ikke foreligger dispensasjonssøknad fra førerkortinnehaveren.

Fylkesmannen kan bli bedt om å utsette melding til politiet i påvente av supplerende spesialistvurderinger eller til søknad om dispensasjon er ferdigbehandlet. Dette bør imøtekommes dersom opplysningene i meldingen fra legen tyder på at det kan gis dispensasjon. Dersom opplysningene viser at helsekravene ikke er oppfylt og dispensasjon er lite sannsynlig, skal melding ikke utsettes.

Fylkesmannens melding til politiet er ikke enkeltvedtak. Mottar fylkesmannen ”klage” over inndragningsanbefalingen, anbefaler vi likevel at den realitetsbehandles (men altså ikke i form av enkeltvedtak), med svar til ”klager”. Dette gir langt enklere saksbehandling enn om vedkommende først må klage over politiets inndragningsvedtak, før politiet ber fylkesmannen om å revurdere sin melding.

Søker bør så tidlig som mulig gjøres oppmerksom på sin adgang til å søke dispensasjon, slik at saken kan avgjøres i form av enkeltvedtak. Det må imidlertid ikke gis inntrykk av at dispensasjon vil bli gitt, dersom det er lite sannsynlig. Dersom praksis er fast, som ved synkope hos ICD bærer (6 mnd. observasjonstid), må man ikke bruke standardtekst som ”oppfordrer” til dispensasjonssøknad etter kortere tid. Ved bruk av standard tekstmaler, må man dessuten påse at teksten er tilpasset det aktuelle tilfellet. Eksempelvis må det ikke brukes ”avslutningsformulering” for ”anfallstilstander”, med angivelse av tilbakelevering via politiet etter karenstidens utløp, dersom forholdet gjelder tilstand der førerkort ikke kan tilbakeleveres uten dispensasjon, f.eks. ved ICD. Se forslag til brevmaler i kapittel 28.

Dersom det allerede ved meldingen er klart at det kan gis dispensasjon jf. konklusjon med tilråding om dispensasjon i NA-0202, bør fylkesmannen fatte vedtak om det. Det må deretter meldes til politiet med kopi til trafikkstasjonen, at helsekravene ikke er oppfylt, men at det er gitt dispensasjon med angivelse av klasser, varighet og evt. vilkår. Politiet må da inndra det gamle førerkortet og vedkommende få utstedt nytt, i samsvar med dispensasjonen. Denne fremgangsmåten sparer søker for et avbrudd i føreretten (for de klassene det er dispensert for).

En lege i Norge skal alltid vurdere om pasienten fyller de norske helsekravene til førerkort. For personer med norsk førerkort er dette en selvfølge enten innehaveren er norsk statsborger eller ikke. Det samme skal gjelde om vedkommende har utenlandsk førerkort, og uavhengig av om innehaveren har norsk eller utenlands statsborgerskap.

Ved ikke oppfylte helsekrav skal legen alltid forholde seg til det norske regelverket.

For fylkesmannen gjelder det samme: Mottatt melding (advarsel) skal alltid vurderes med spørsmål om det skal sendes melding til politiet eller ikke. Søknad om dispensasjon skal alltid vurderes og avgjøres etter det norske regelverket.

2.3.3 *Klage på inndragningsvedtaket.*

Når førerkortinnehaveren er uenig i inndragningsvedtaket, kan dette klages inn for Politidirektoratet. Klagen sendes det politidistriktet som har fattet inndragnings-vedtaket, og må redegjøre for hvorfor vedkommende mener at helsekravene likevel er oppfylt. Nye opplysninger herunder eventuelle nye legeattester vedlegges. Politiet skal så sende klagen til fylkesmannen og be om at saken blir vurdert på nytt. Hvis fylkesmannen opprettholder sin tilrådning, sendes de dokumentene som er lagt til grunn, over til politiet. Klagen sendes så med politiets redegjørelse over til Politidirektoratet. Etter avtale mellom de to direktoratene vurderer Helsedirektoratet om vedkommende fylte helsekravene på meldings- og inndragningstidspunktet, og avgir uttalelse om dette til Politidirektoratet som fatter den endelige avgjørelsen på klagen.

Som nevnt i punkt 2.3.2, vil det være mest hensiktsmessig at vedkommende med en gang søker fylkesmannen om dispensasjon i stedet for å klage på politiets vedtak. Ved en dispensasjonssøknad vil fylkesmannen alltid først vurdere om helsekravene er oppfylt før han vurderer om det likevel kan gis dispensasjon fra ikke oppfylte helsekrav. Noen velger imidlertid å bruke den formelle klageadgangen fordi de mener at de fyller helsekravene og derfor er uenige i grunnlaget for inndragningen.

2.3.4 *Uttalelse/anbefaling til vegmyndigheten – vilkår/tidsbegrensning når helsekrav er oppfylt*

I noen tilfelle vil fylkesmannen komme til at helsekravene er oppfylt. Da må fylkesmannen uttale det overfor vegmyndigheten eller politiet, avhengig av hvilken instans som henvendte seg eller skal følge opp saken. Det kan også i slike tilfelle være relevant å anbefale at førerett gis på vilkår og/eller med særlig tidsbegrensning. Forutsetningen er selvsagt at vilkårene og/eller tidsbegrensningen er nødvendig for at kjøring kan skje på trygg måte, for at helsekravene skal være oppfylt eller for at tilstand med forventet progresjon skal kunne følges opp.

Eksempler:

- Tidsbegrensning ved forventet progressiv øyelidelse eller førlighetsproblem.
- At førerkortinnehaveren følger kontroller og tar anbefalt medikasjon, f.eks. ved epilepsi/andre typer anfall med residivrisiko, etter karenstidens utløp, eller ved diabetes.
- Totalt alkoholavhold, der dette er nødvendig for å unngå risiko i trafikken, f.eks. ved alkohol(abstinens)-utløste krampeanfall (EU-kode 05.08)

Vegmyndigheten kan utstede førerkort med relevant kode i slike tilfelle, jf. kap. 27. Fylkesmannen kan eventuelt foreslå bruk av slik kode.

Om tidsbegrensning av førerkort ved og etter dispensasjon fra anfallskravet, vises også til pkt. 3.4.3, 12.5.4 og 12.6.6.

2.3.5 *Opplysninger fra tilsynssaker*

Opplysninger i fremkommet i tilsynssak (f.eks. resepttilsyn, forskrivningssaker), kan benyttes i førerkortsaker. Statens helsetilsyn har vurdert spørsmålet, og bl.a. uttalt (brev 14.09.2009 2009/740 I LAB) at dersom ”enkelte pasienter står på et medikamentregime som klart er uforenlig med å kjøre bil, anser vi det som helt korrekt av Helsetilsynet i fylket å utlevere opplysningene til fylkesmannen, som er korrekt myndighet for spørsmål om førerkort”. Videre ”har Helsetilsynet i fylket således klar lovhjemmel til å utlevere denne typen informasjon til fylkesmannen. Fylkesmannen må deretter på sin side anses å ha en klar lovhjemmel etter samme bestemmelse for å utlevere opplysningene til politiet.” Vi viser til forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6.

Dersom det ikke allerede fra tilsynssaken er tilstrekkelige opplysninger til å gjøre en endelig vurdering, foreslår vi at fylkesmannen i slike tilfelle først skriver til legen og ber ham/henne redegjøre for medisinbruken i relasjon til førerkortet. Kopi sendes førerkortinnehaveren. Dersom legen velger å melde forholdet til fylkesmannen, følges vanlig framgangsmåte. Hvis legen derimot fastholder at kjøring er forsvarlig, tilskrives innehaveren med anmodning om uttalelse innen f. eks. et par uker. Fylkesmannen vurderer de foreliggende opplysningene og sender eventuelt melding til politiet (med kopi til innehaveren og legen).

2.3.6 *Saksbehandlers kompetanse*

For å kunne vurdere søkers helseforhold og attestene i saken, bør den som behandler dispensasjonssaker ha helsefaglig bakgrunn og erfaring. Saksbehandler som ikke er lege, må kunne rådføre seg med lege. Denne veilederen er ingen lærebok i medisin, og forutsetter grunnleggende kunnskaper. Den som underskriver dokumentet, må uansett påse at vurderingene er medisinsk begrunnet og at skjønnsutøvelsen er adekvat.

2.3.7 *Legeerklæring om unntak fra plikten til å bruke bilbelte*

Forskrift av 21. september 1979 nr. 7 om bruk av personlig verneutstyr under kjøring med motorvogn, pålegger i § 1 enhver å bruke bilbelte der det er montert. Det gjøres visse unntak, bl.a. når vedkommende har med legeerklæring om fritak fra plikten til å bruke bilbelte. Det finnes et eget EØS-skjema for dette som ligger på Helsedirektoratets nettsider. Samferdselsdepartementet har i rundskriv til landets leger N-5/2002 gitt retningslinjer for vurderingen.

Ansvaret for håndhevelsen av ordningen med fritak fra bilbeltepåbud ved legeattest, er overført fra Samferdselsdepartementet til helsemyndigheten (brev fra Samferdselsdepartementet 18.02.10, 09/1046 GM). Fylkesmannen kan bli rådspurt i forbindelse med utstedelse av legeattest for bilbeltefritak. Retningslinjene i ovennevnte rundskriv gjelder inntil videre, men vil bli nærmere vurdert og evt. revidert.

Sentrale momenter er:

- Bilbeltebruk har stor sikkerhetsmessig betydning. Kollisjonsputer kan skade en person som ikke bruker bilbelte ved sammenstøt, og reduserer dermed ikke behovet for å bruke bilbelte.

- Det finnes ikke medisinske tilstander som generelt medfører at bilbelte ikke bør brukes.
- Ved fysisk funksjonshemming som gjør bruken av bilbelte svært vanskelig, kan det være aktuelt å gi legeerklæring om bilbeltefritak. I slike tilfelle vil som regel den praktiske manøvreringsevnen være vurdert av trafikkstasjonen, og vi finner det naturlig at man i den anledning vurderer og uttaler seg om bilbeltebruk er praktisk gjennomførbart.
- Graviditet er ikke fritaksgrunn.
- Det bør følges en meget restriktiv praksis med å gi fritak av psykiske grunner.
- Bilbeltefritak skal ikke gis for mer enn inntil to år av gangen. Erklæring uten tidsangivelse er ikke gyldig.

Helsedirektoratet ønsker en mest mulig restriktiv praksis på dette området. Fritak fra bilbeltepåbudet ved legeattest omtales også i IS-1437.

2.4 Behandlende/attestutstedende lege

Behandlende/attestutstedende lege leverer premissene for forvaltningens vurdering og vedtak. Attesten skal redegjøre for tilstanden i samsvar med de faktiske forhold (!). og legen skal svare på om helsekravene er oppfylt for den førerkortklassen(e) det søkes om. Det nye helseattestskjemaet NA-0202 fra 2012 er utformet med dette for øye.

Legen har ingen dispensasjonsadgang, men kan under konklusjonen på side 4 tilrå at det blir gitt dispensasjon dersom han finner dette tilrådelig. Fylkesmannen er ikke bundet av legens synspunkter på førerkortspørsmålet. Mange leger synes å glemme sin rolle som "sakkyndig" i førerkortsaker. I denne sammenheng skal legen ikke være sin pasients "advokat". Noen leger har lite kjennskap til førerkortklassene og helsekravene. Leger kan også ha ulik innstilling til hvilken risiko som kan aksepteres. Likebehandlingsprinsippet tilsier at legens opplysninger utgjør faktagrunnlag for fylkesmannens vurdering og vedtak i samsvar med disse retningslinjer, mens avgjørelsen tas av forvaltningen.

2.4.1 Legeattester med feil og mangler

Leger som gir ufullstendige attester, attester i strid med de faktiske forhold, eller med konklusjon i strid med forutsetningene, bør gjøres oppmerksom på dette. Det vil bedre etterlevelsen av bestemmelsene og redusere forvaltningens merarbeid som følge av utilstrekkelige eller feilaktige attester. Det kan vises til helsepersonelloven § 15: ” Den som utsteder attest, erklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, erklæring o.l. skal være korrekt og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Attest, erklæring o.l. skal inneholde alle opplysninger som helsepersonellet bør forstå er av betydning for mottageren og for formålet med attesten, erklæringen o.l. Helsepersonellet skal gjøre det klart dersom attesten, erklæringen o.l. bare bygger på en begrenset del av de relevante opplysningene helsepersonellet har. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal

ikke utstede attest, erklæring o.l.” (Jf. helsepersonelloven kap. 11 om reaksjoner m.v. ved brudd på lovens bestemmelser.)

I grovere tilfelle oppstår spørsmålet om fylkesmannen kan opprette tilsynssak med tanke på reaksjoner mot helsepersonellet. Helsepersonellet har en klar plikt til å drive i samsvar med regelverket, og må påregne at tilsynsmyndigheten følger opp informasjon om kritikkverdig virksomhet som er mottatt i forbindelse med andre forvaltningsoppgaver. Informasjon om legers virksomhet fra førerkortsaker kan altså være et grunnlag for å opprette tilsynssak mot legen. (Se pkt. 2.3.5).

2.5 Førerkort etter fylte 75 år.

Førerkort i gruppe 1 gjelder til vedkommende fyller 75 år. Hvis vedkommende ønsker fortsatt førerett (gjelder spesielt klasse B), må det ved søknad om fornyelse framlegges vanlig helseattest NA-0202, eventuelt også NA-0202b. Legen skal under Konklusjon på side 4 krysse av Ja for gruppe 1 og anføre for hvor lang tid føreretten bør gis. Denne angis fortrinnsvis i hele år. Søkeren tar med seg helseattesten til trafikkstasjonen og får utstedt nytt førerkort med varighet som foreslått av legen.

Fra 75 år kan varigheten være inntil 3 år. Fra fylte 78 år er maksimal varighet 2 år.

Dersom legen finner at helsekravene ikke er oppfylt, krysses av Nei for gruppe 1. Vedkommende vil da ikke få utstedt nytt førerkort. Siden det ikke er aktuelt å inndra et førerkort som er utgått, skal legen ikke sende melding til fylkesmannen.

Hvis legen mener det bør kunne gis dispensasjon, fylles ut nedre del på side 4 av NA-0202 og det søkes fylkesmannen om dispensasjon. Fylkesmannen tilrås å være tilbakeholden med å gi dispensasjon i disse sakene.

3 Dispensasjons- og evt. klagesaker

Forvaltningslovens regler for bl.a. saksbehandling og vedtak må overholdes. Saksbehandlingen skal være forsvarlig. Det skal foretas en konkret og individuell, helhetlig vurdering av saken. Det må ikke gis inntrykk av overflatisk, summarisk vurdering. Saken har ofte stor betydning for den det gjelder. Søknad om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav fremmes for fylkesmannen, som fatter vedtak i samsvar med forvaltningsloven, førerkortforskriften og disse retningslinjer. Dispensasjon kan kun gis når søkeren, til tross for at vedkommende ikke oppfyller et eller flere av helsekravene, vurderes å kunne kjøre sikkert, jf. førerkortforskriftens vedlegg 1 § 1, første ledd. Etter vedlegg 1 § 6, første ledd kan dispensasjon gis i særlige tilfeller. Det er et særlig tilfelle hvis det kan godtgjøres at søkerens sykdom/tilstand ikke medfører den risiko for trafikksikkerheten som forskriften legger til grunn for den generelle regel. Det må som regel også foreligge et særlig behov for dispensasjon, men kravet til behovets styrke avtar ved tilstander med lav risiko, jf. pkt. 3.1 nedenfor. Når risikoen anses minimal, skal dispensasjon ikke nektes på grunnlag av behovsvurdering.

Fylkesmannen kan ikke gi dispensasjon i strid med forskriftens vedlegg 1 § 1 første ledd eller forskriftens intensjoner.

3.1 Behovsvurdering

Søkers behov for dispensasjon skal veies mot risikoen for trafikksikkerheten og andre momenter i saken, som for eksempel likebehandlingsprinsippet. Når risikoen er lav, bør det stilles mindre strenge krav til behovet. Personer med sykdom/tilstand som hos den aktuelle søker medfører minimal risiko, bør ikke nektes førerett i en klasse de ellers kunne ha innehatt. Dette gjelder spesielt ved fornyelser, men også ved førstegangsutstedelser, forutsatt at risikoen er svært lav og tilstanden stabil. Når det gis dispensasjoner på dette grunnlag, må søkeren gjøres oppmerksom på at fornyelse ikke kan påregnes dersom sykdommen utvikler seg ugunstig. Her nevnes noen momenter til vurdering av behov:

- Yrkessjåfører har et åpenbart og meget tungtveiende behov. På den annen side vil sjåførvirksomhet ofte gi økt risiko (lang tid i trafikken, kjøring uansett "dagsform", tungt kjøretøy, passasjerer osv.). Sjåføryrke tilsier dermed et tungtveiende behov, men dette moment vil ikke alltid veie tyngre enn risikoen. Særlig bør unge søkere, når tilstanden er permanent og økt risiko kan ventes, som f.eks. ved diabetes, vurdere å finne et annet yrke. Omskolering blir ikke lettere med årene. Ved vesentlig risiko knyttet til helsetilstanden er fremtidig, mangeårig sjåførkarriere ikke å anbefale.

- Kjøring som begrenset del av annen yrkesutøvelse kan utgjøre et like tungtveiende behov som yrkessjåførvirksomhet, dersom kjøringen er helt nødvendig for å kunne utøve yrket. Eksempler kan være landbruksavløsere, entreprenører og håndverkere. Det begrensede omfanget kan tale for

dispensasjon, men det må stilles vilkår som hindrer ordinær sjåførvirksomhet. Klageinstansen har hatt enkelte uheldige erfaringer med slike løsninger, idet det har vist seg at kjøringen i virkeligheten har hatt et langt større omfang enn omsøkt.

- Kjøring til og fra arbeid er ofte fremsatt som behov, og kan veie tungt. Ofte vil det imidlertid finnes alternative løsninger, selv om disse er mindre praktiske.
- Uføretrygdede hevder av og til å ha behov for førerkort i ulike klasser eller kjøreseddel for å kunne utøve tidligere yrke på deltid eller angivelig uten betaling. Helsedirektoratet mener en 100 % uføretrygdet sjelden vil ha et sterkt, yrkesmessig behov for dispensasjon, da arbeidsuførhet er en forutsetning for uføretrygden. Dersom søkeren er uføretrygdet for den tilstanden som diskvalifiserer for førerkort, må denne antas å være forholdsvis alvorlig, idet trygdeetaten har lagt til grunn at den gjør søkeren helt arbeidsufør. Sykdommen kan ikke samtidig være alvorlig overfor trygdeetaten, og mild overfor vegmyndigheten og helsemyndigheten.

- Dersom det kan dokumenteres at tilstanden som utløste uføretrygden er helbredet, eller vesentlig bedret, kan det være grunnlag for dispensasjon. Men det må fortsatt være samsvar mellom de trygde- og førerkortmessige konsekvenser av sykdommen. Uføretrygden kan også være tilstått på grunnlag av tilstand som ikke har førerkortmessige konsekvenser. Det kan da foreligge sosiale behov, jf. nedenfor.
- Sosiale behov kan ha svært ulik vekt i totalvurderingen. Dersom kjøringen har preg av yrkeskjøring, f.eks. organisert persontransport i frivillig arbeid, kan dette ofte også tilsi økt samlet risiko.
- For gruppe 1 kan det som regel legges til grunn at det foreligger allmenne behov for dispensasjon.
- Arbeidsledighet, med argumentasjon om mulighet for arbeid forutsatt førerkort kl. C1, C, D1, D eller kjøreseddel m.v., bør som regel ikke godtas som tungtveiende behov. Sjåførvirksomhet er sjelden eneste mulighet for arbeid, og er dessuten et usikkert alternativ hos en som ikke fyller helsekravene. Et unntak kan være arbeidsledighet hos en som har en lang sjåførkarriere bak seg, og søker fornyelse av førerkortet. Forsiktighet bør likevel utvises dersom tilstanden medfører vesentlig risiko.

Behov kan ikke uten videre rangeres. Det må veies mot risikoen. Dette innebærer at selv mindre tungtveiende, men likevel legitime behov/ønsker, f.eks. veteranbilkjøring, kan være tilstrekkelig ved tilstander med lav risiko, mens tilstander med høy risiko kan veie tyngre enn selv sterke, yrkesmessige behov.

3.2 Sammensatte sykdomsbilder

Som regel vil det være ett medisinsk problem som tilsier at forskriftens krav ikke er oppfylt, og som dermed er hovedtema i saken. Når det er flere forhold, f.eks. både hjertesykdom og diabetes, bør den trafikksikkerhetsmessig mest alvorlige tilstanden tillegges hovedvekten. Dersom det er flere problemer som hver for seg taler imot dispensasjon, kan det tilsi avslag, selv om man ikke uten videre kan ”summere” de ulike forhold. Det må gjøres en konkret vurdering av i hvilken grad risikoen ved de ulike helseproblemer påvirker hverandre, og om samlet risiko med rimelighet kan sies å utgjøre en ”sum” av enkeltforholdene. Ved sammensatt helsesvikt (jf. kap. 20), kan flere forhold som hver for seg ikke strider mot kravene, sammen tilsi at kravene ikke oppfylles (§ 2 nr. 6). For eksempel kan en gammel person med visus 0,5, lett kognitiv reduksjon (f.eks. MMS 27), mindre synsfeltutfall og lett førlighetssvekkelse, samlet vurderes til å ikke fylle helsekravene, selv om hvert av helseproblemene isolert sett ikke er diskvalifiserende.

3.3 Krav til søknaden

3.3.1 Legeattest ved søknad/klage

Den som ønsker dispensasjon må selv søke om dette, ev. ved fullmektig/advokat. For at en lege skal kunne opptre som pasientens fullmektig, må han eller hun legge frem skriftlig fullmakt, hvis ikke legen også er advokat, jf. forvaltningsloven § 12 siste ledd. Legen kan i forståelse med søkeren/klageren fremlegge legeattest mv. for fylkesmannen som supplement til søknaden/klagen fra den det gjelder. Dersom legen opptrer som fullmektig for pasienten, kan han/hun imidlertid i prinsippet ikke også utstede legeerklæring i saken. Dette følger av helsepersonelloven § 15 siste setning som først og fremst er en presisering, men også en utvidelse av forvaltningsloven § 6.

Søknad om dispensasjon skal som regel vedlegges utfylt NA-0202, også når viktige opplysninger er gitt i eget brev. Ikke sjelden har søker andre helseproblemer enn det den aktuelle spesialist har angitt i sin attest.

I noen saker kommer spesialistattester i form av tekstscannede dokumenter fra fastlegen. Disse er ikke alltid korrekt scannet eller komplette, og det kan være vanskelig å fastslå med sikkerhet hvilken spesialist som har forfattet originalteksten. Helsedirektoratet mener man som regel må kunne be om kopi av original-dokumentet.

3.3.2 Foreligger alle nødvendige opplysninger?

Fylkesmannen skal påse at saken er tilstrekkelig belyst, jf. forvaltningsloven § 17. Behov for dispensasjon bør dokumenteres, spesielt hvis de antas å være av avgjørende betydning. Dersom søker ikke har vedlagt tilstrekkelige opplysninger, må fylkesmannen innhente de som mangler, evt. via søkeren. Alle opplysninger vedlegges saken.

3.4 Krav til vedtaket

3.4.1 Begrunnelse

Det skal fremgå tydelig hvilke(n) førerkortklasse(r) saken gjelder, og hvilke vedtak som tidligere er fattet. Vedtak om avslag skal alltid begrunnes, jf. forvaltningslovens § 24. Minstekrav til begrunnelsens innhold følger av forvaltningslovens § 25. Vi viser til denne bestemmelse. Det skal bl.a. fremgå hvilke forhold i den konkrete sak fylkesmannen har lagt vekt på, og den betydning disse antas å ha for trafikksikkerheten. Det er ikke nok å vise til retningslinjene. Hvis retningslinjene siteres, må man klargjøre hva anvendelse av retningslinjene innebærer i det konkrete tilfelle. Tekst som hentes fra retningslinjene eller dokumentmaler/makroer må tilpasses den aktuelle sak.

Også ved innvilget dispensasjon skal det framgå hva fylkesmannen har lagt vekt på.

3.4.2 Vilkår

Eventuelle vilkår er del av vedtaket og må være begrunnet. Det skal kun stilles vilkår som er nødvendige for å redusere risikoen ved tilstanden, og sikre at eventuelle forverringer som kan få følger for føreretten, blir oppdaget.

3.4.3 Dispensasjoners varighet – fornyelse

Varigheten av dispensasjon må angis. Dersom tilstanden er helt stabil, kan dispensasjon gis uten tidsbegrensning. Ofte må man imidlertid sikre anledning til revurdering. Dispensasjon bør da gis med tidsbegrensning. Ved søknad om fornyet dispensasjon, skal det kreves dokumentasjon av at det ikke er inntrådt forverring av tilstanden. I så tilfelle kan fylkesmannen normalt fatte vedtak om ny dispensasjon uten videre. Dersom behovet er endret, f.eks. ved at søker er gått av med pensjon, må dette tas i betraktning. Aktuelle tidsbegrensninger er omtalt i avsnittene om de respektive tilstander. Tidsbegrensning reduserer i seg selv ikke risikoen ved tilstanden, og er derfor ikke hensiktsmessig dersom tilstanden anses stabil.

Når det dispenseres fra kravet til anfallsfri periode, skal dispensasjonen ikke gis for lengre tid enn til helsekravene igjen er oppfylt, forutsatt fortsatt anfallsfrihet. Det bør samtidig gis en anbefaling om hvor lang gyldighetstid førerkortet bør ha. Dersom tilstanden må revurderes, kan man anbefale gyldighetstid som tilsvarer ønsket tidspunkt for revurdering. Dersom det dispenseres fordi anfallets årsak er sikkert eliminert, eller man har kommet til at anfallet var bagatellmessig og neppe trafikksikkerhetsmessig relevant (som omtalt i kap. 12), kan førerkortet anbefales gitt vanlig gyldighet. Etter en forsvarlig observasjonstid (6 mnd) med anfallsfrihet vil det ofte være aktuelt å anbefale ett års førerkortvarighet i første omgang.. Ved fortsatt anfallsfrihet, og når det ikke er nødvendig med oppfølging/revurdering, bør det anbefales vanlig gyldighetstid.

For gruppe 2 og 3 skal førerkortet, etter førerkortforskriftens § 4.1, ha maksimal gyldighetstid fem år (tre år ved diabetes), men likevel bare

a) til fylte 71 år, dersom vedkommende har fylt 66 år

b) på ett år, dersom vedkommende har fylt 70 år

Ved hver fornyelse må det framlegges legeattest. Dersom helsekravet ikke er oppfylt, kan førerkort ikke utstedes uten at fylkesmannen har gitt dispensasjon.

3.4.4 Underretting om klageadgang m.v.

Når fylkesmannen avslår dispensasjonssøknad, eller når det stilles vilkår, skal søkeren ifølge forvaltningslovens § 27 underrettes om klageadgang, klagefrist, klageinstans, fremgangsmåten ved klage, samt om retten etter forvaltningslovens §§ 18-19 til å se sakens dokumenter. Dette skal framgå av brevet

3.5 Effektuering av vedtak

3.5.1 Underretning av lege og forvaltningsorganer

Den instans som skal gjennomføre de praktiske følger av vedtaket (oftest politiet eller trafikkstasjonen) skal underrettes. Leger som har gitt sentrale attester i saken bør underrettes, særlig når vedtaket forutsetter legekontroll. Inneholder vedtaket sensitive personopplysninger som ikke alt er kjent for vedkommende instans, vil det være nødvendig å hindre at uvedkommende får kjennskap til disse.

Når det gjelder maler for brev, vises til kapittel 28.

3.5.2 Midlertidig kjøretillatelse i påvente av endelig vedtak

Søknad om fornyet dispensasjon fremmes ikke sjelden så tett opptil førerkortets utløpsdato at fylkesmannen ikke rekker å fatte vedtak før førerkortet utløper. Særlig når vedtak ikke kan fattes per omgående, pga. manglende opplysninger, men saksbehandler antar at fornyet dispensasjon kan gis, kan fylkesmannen rent unntaksvis bidra til uavbrutt førerett ved å anmode trafikkstasjonen skriftlig om at det gis midlertidig kjøretillatelse, jf. førerkortforskriften § 7-1.Vegdirektoratet ønsker ikke at det skal utstedes slike midlertidige kjøretillatelser. Søker skal generelt oppfordres til å fremme fornyelsessøknad i god tid (minst 2 måneder) med nødvendige opplysninger, slik at dispensasjonssaken kan behandles på vanlig måte.

3.6 Klagebehandling

Helsedirektoratet er klageinstans for fylkesmannens vedtak, jf. førerkortforskriften § 14-1, siste ledd. Forvaltningslovens saksbehandlingsregler gjelder. Før klagen sendes Helsedirektoratet, må fylkesmannen foreta forberedende klagebehandling, jf. forvaltningsloven § 33, herunder vurdere om vilkårene for å behandle klagen foreligger, og foreta de undersøkelser klagen gir grunn til. Fylkesmannen kan fatte nytt (endret) vedtak, jf. forvaltningsloven kap. IV-VI. Før saken i motsatt fall sendes Helsedirektoratet, skal den opplyses så godt som mulig, jf. forvaltningsloven § 33 og § 17. Alle tidligere dokumenter, inkludert søknaden, skal vedlegges. Det må fremgå klart hvilke(n) førerkortklasse(r) klagen gjelder. (Helsedirektoratet ber om at dokumentene legges omvendt kronologisk, med nyeste dokument først.)

3.7 "Oppsettende virkning"?

Utgangspunktet for søknad om dispensasjon er at helsekravene ikke er oppfylt. Søkeren har ikke førerett før dispensasjon er gitt. Det er derfor ikke relevant å vurdere "oppsettende virkning" av fylkesmannens vedtak. Se også avsnittet om melding til politiet, pkt. 2.3.2.

3.8 Ny behandling etter tidligere vedtak i klageinstansen

Fylkesmannen skal realitetsbehandle ny søknad om dispensasjon, selv om direktoratet tidligere har fattet endelig vedtak i saken. Hvis det ikke er tilkommet nye momenter av vesentlig betydning, skal fylkesmannen fastholde klageinstansens vedtak, og ikke overprøve risikovurderingen. De medisinske forhold må fremstå vesentlig annerledes enn ved klageinstansens saksbehandling, dersom fylkesmannen skal kunne komme til et annet resultat. Dersom klageinstansen har bedt om nye undersøkelser, eller på annen måte gitt premisser for saksbehandlingen, bør fylkesmannen ikke frafalle krav om nye undersøkelser, og ikke fatte vedtak i strid med premissene for direktoratets vedtak. Ved tvil kan direktoratet rådspørres.

3.9 Hvilket fylke?

Søker kan få utstedt førerkort ved trafikkstasjon i annet fylke enn der vedkommende er bosatt (f.eks. i det fylke arbeidsstedet ligger). Søknad om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav, eller forespørsler om helsekravene er oppfylt, må imidlertid behandles av fylkesmannen i søkerens hjemfylke i følge folkeregisteret. Det har forekommet at søker som har fått avslag på dispensasjonssøknad i hjemfylket har fremmet saken i annet fylke. Dersom søker flytter, og annet fylke har behandlet sak om førerkort og helse tidligere, bør dokumenter innhentes.

3.10 Kontroll av oppstilte vilkår

Når det stilles vilkår, f.eks. om kontrollopplegg, avhold fra alkohol e.l., vil dette i en viss utstrekning måtte bygge på tillit, idet forvaltningen vanskelig kan føre detaljert kontroll med etterlevelsen. Vesentlige brudd på vilkårene vil kunne medføre at dispensasjonen bortfaller (ev. tilbakekalles). Legen, og fylkesmannen, har meldeplikt etter helsepersonelloven § 34 med forskrift. Dersom det ved søknad om fornyelse eller utvidelse av dispensasjon fremkommer at vilkårene ikke har vært oppfylt, bør fylkesmannen være varsom med å gi ny dispensasjon..

3.11 Arkivering

Fylkesmannen skal arkivere de opplysninger som ligger til grunn for vedtak eller uttalelse i førerkortsaker, eller som vil være av betydning for eventuell senere behandling.

3.12 Praktisk kjørevurdering

Trafikkstasjonen kan utføre kjørevurdering for personer med nedsatt syn, helse eller førlighet, se retningslinjer gitt av Vegdirektoratet juni 2012. Målet med kjørevurderingen er å avklare om en kandidats funksjonsnedsettelse er forenlig med bilkjøring. Henvisning til kjørevurdering skal normalt komme fra fylkesmannen som en del av fylkesmannens saksbehandling. Dersom en lege mener praktisk kjørevurdering er nødvendig for å avgjøre om helsekravene er oppfylt, må legen melde dette til fylkesmannen. I noen tilfeller er det også en forutsetning for å kunne gi dispensasjon at det foreligger en praktisk kjørevurdering, jf. 6.4 og 7.4.

Retningslinjene redegjør detaljert for hvordan slik kjørevurdering skal gjennomføres etter det oppdraget som fylkesmannen gir i sin henvisning. I henvisningen må fylkesmannen gjøre oppmerksom på hvilke funksjoner det ønskes særlig oppmerksomhet på under kjørevurderingen, for eksempel syn, reaksjonsevne, førlighet osv. Medisinsk opplysninger skal bare formidles i den grad det er nødvendig for å få prøvd førers kjøreferdigheter. Trafikkstasjonen vil før kjørevurderingen ha en samtale med føreren hvor de kan be om helseopplysninger som har betydning for kjøringen.

Resultatet av kjørevurderingen munner ikke ut i bestått/ikke bestått som ved en førerprøve, men angis som **anbefalt/ikke anbefalt** eller **usikker**. En ny vurdering kan i helt spesielle tilfeller være aktuelt på et senere tidspunkt.

Fylkesmannen skal ta resultatet av kjørevurderingen med i sin vurdering av om det kan gis dispensasjon. Den må imidlertid ikke erstatte fylkesmannens vurdering av de helsemessige forhold. En slik praktisk kjørevurdering kan gjennomføres av person som ikke fyller helsekravene, uten at det gis dispensasjon for testen.

3.13 Øvingskjøring

Under henvisning til vegtrafikkloven § 21 finner Vegdirektoratet at den som skal øvingskjøre må fylle helsekravene (brev av 29.03.06, saksnr. 2004/76807-002 fra Vegdirektoratet). Det er ikke rutiner for å kreve/vurdere legeattest før øvingskjøring, og vi kan ikke se at slike kan innføres på en praktisk og kostnadseffektiv måte. Vi kan dermed ikke se at spørsmålet blir aktuelt for fylkesmennene annet enn ved forespørsler i enkeltsaker. Hvis fylkesmannen får en slik sak til behandling, og finner at kravene ikke er oppfylt, må den behandles som dispensasjonssak.

Øvingskjøring kan være nødvendig for å evaluere føreren som ledd i den endelige egnethetsvurderingen, f.eks. ved synsfeltutfall, kognitive problemer og generell helsesvekkelse. I slike tilfelle kan det gis dispensasjon for øvingskjøring i bil med dobbelt pedalsett, lavere førerkortklasser, dersom opplysningene tilsier at det ikke medfører spesielt høy risiko. Da ledsager i slike tilfelle har god kontroll over kjøretøyet, kan dispensasjonspraksis være liberal. For ”privat” øvingskjøring i bil uten dobbelt pedalsett, bør det bare gis dispensasjon innenfor retningslinjenes rammer. Det bør ikke gis dispensasjon for øvingskjøring til utvidet førerkort. For praktisk kjørevurdering ved trafikkstasjonen eller ved rehabiliteringsinstitusjon, som ledd i egnethets-/dispensasjonsvurdering, er det etter Vegdirektoratets oppfatning ikke nødvendig med vedtak om dispensasjon fra helsekravene bare for å gjennomføre testen.

4 Førerkortklasser

Det er følgende førerkortklasser:

4.1 Gruppe 1 (lette kjøretøy)

AM 145/146	tohjuls moped
AM 147	tre- og firehjuls moped
S	beltemotorsykkel/snøskuter
T	traktor
A1	lett motorsykkel
A2	mellomtung motorsykkel
A	motorsykkel
B1	firehjuls motorsykkel
B	personbil/varebil
B96	tilhenger til klasse B (vogntogvekt 3501 – 4250 kg)
BE	tilhenger til klasse B

4.2 Gruppe 2 (tyngre kjøretøy)

C1	lett lastebil 3500-7500 kg
C1E	tilhenger til klasse C1
C	lastebil
CE	tilhenger til klasse C

Kompetansebevis
yrkessjåfør: godstransport

4.3 Gruppe 3 (buss, kjøreseddel med mer)

D1	minibuss
D1E	tilhenger til klasse D1
D	buss
DE	tilhenger til klasse D

Kompetansebevis
yrkessjåfør: persontransport
utrykning (kode 160)
godkjenning som trafikklærer

Kjøreseddel
persontransport mot vederlag

Kjøreseddel er ikke en førerkortklasse, men dokumentasjon på en offentlig tillatelse som kreves for å drive persontransport mot vederlag.

Kompetansebevis, f.eks. for utrykningskjøring, - se punkt 5.6.

Trafikklærere, - se omtale i pkt. 5.7.

Helsekravene for kjøreseddel og kompetansebevis er som for Gruppe 3.

ATV – all terrain vehicle – er en samlebetegnelse på ”terrengkjøretøy” av ulik størrelse og motorkraft. Hvilken førerkortklasse som kreves, avhenger av kjøretøyet, og må evt. avklares med trafikkstasjonen. Som hovedregel følges dispensasjonspraksis for den nødvendige klassen.

5 Spesielle forhold ved visse kjøretøygrupper

5.1 Tilhenger, kl. E

Et vogntog (CE) kan antas å medføre større sikkerhetsrisiko enn en lastebil (C). Videre kan mangel på kl. E hindre langtransportvirksomhet som kan være ekstra krevende helsemessig. Disse forhold kan tilsi strengere dispensasjonspraksis for kl. CE enn for kl. C. Dispensasjonspraksis bør ellers kun unntaksvis være strengere for en klasse med tillegg "E" enn for klassen alene. (Dette gjelder også B/BE.) I disse retningslinjene er derfor "E" utelatt, unntatt der det har spesiell betydning.

5.2 Klasse C1 vs. klasse C

Lastebiler inntil 7,5 tonn (C1) kan forårsake stor skade, og de brukes ofte til yrkeskjøring. Store privatbiler kan også volde betydelige skade på andre trafikanter. Dette tilsier at dispensasjonspraksis for C1 ikke uten videre kan være mer liberal enn for kl. C. Det er to viktige unntak:

1) Spesielle behov for kjøring av tung privatbil eller campingbil. Når det er spesielle, forståelige behov for slikt kjøretøy, kan dispensasjon vurderes gitt innen forskriftens helsekrav for kl. B, ved tilstander med moderat risiko. Det kan være aktuelt å gi begrensning til aktuelt kjøretøy, EU-kode 51. Ikke alle ”bobiler” krever kl. C1, da flere har tillatt totalvekt høyst 3,5 tonn.

2) Kl. C1 nødvendig for leilighetsvise transportoppdrag med lett lastebil som ledd i annen virksomhet, f.eks. kjøring av gårdsbil, håndverkerbil osv. Dispensasjon kan i disse tilfellene gis for fornyelse etter en vesentlig mer liberal praksis enn det som gjelder kl. C. Dette gjelder ikke ved regulær sjåførvirksomhet, f.eks. for distribusjonssjåfører.

Ved tilstander med forholdsvis høy risiko bør dispensasjonspraksis ikke være vesentlig mer liberal enn for kl. C, heller ikke i tilfelle som nevnt over. Det kan være nødvendig å nekte dispensasjon for kl. C1 også for fornyelser.

5.3 Minibuss, klasse D1 vs. buss, klasse D

Helsekravene for kl. D1 og D er like. Minibuss brukes ofte privat for å spare avgift og kjøre i kollektivfelt. De mindre minibussenes størrelse og vekt er som regel ikke forskjellig fra bil som kan kjøres med kl. B. Det er derfor hensynet til passasjersikkerheten, ikke kjøretøyet som sådan, som hindrer en liberal praksis. For de større minibussene (lengde høyst 8 meter og inntil 16 passasjerer) stiller det seg annerledes. Vegdirektoratet har stilt seg avvisende til å gi førerkort i kl. D1 med begrensninger i passasjerantallet, idet kjøretøyets klassifikasjon som minibuss er knyttet nettopp til dette. Ved vurdering av dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav, bør kl. D1 som regel vurderes som kl. D, evt. noe mer liberalt der risikoen er begrenset. Enkelte unntak er nevnt i de respektive kapitler. Dersom dispensasjon

gis etter særskilt behovsvurdering, jf. nedenfor, bør dispensasjonen begrenses til å gjelde omsøkt bruk. Ved anfallslidelser, medikamentoverforbruk, synsfeltinnskrenkninger eller diabetes skal dispensasjonspraksis være forsiktig, også når det foreligger særlige behov, og det ikke dreier seg om yrkesmessig kjøring.

5.3.1 Behovsvurdering ved klasse D1

En person anses å ha et sterkt behov for dispensasjon hvis vedkommende kan fremlegge vektige praktiske grunner for sin søknad. Det kan f.eks. dreie seg om:

- Behov for transport av funksjonshemmede familiemedlemmer eller for egentransport med spesialtilpasset bil for funksjonshemmede.

- En person i kjernefamilie på flere enn fem personer kan anses å ha et middels sterkt behov for dispensasjon, avhengig av om andre i familien har eller kan erverve førerett i hensiktsmessig klasse.

Dispensasjon for kl. D1 kan i ovennevnte tilfelle vurderes gitt til søker som fyller forskriftens krav for kl. B.

- Behov for minibuss for yrkesmessig transport, f.eks. for transport av institusjonsklienter eller som ledd i arbeidsforhold eller selvstendig næringsvirksomhet, anses som et tungtveiende behov. På den annen side må risikoen og hensynet til passasjersikkerheten samtidig anses å øke, og dispensasjonspraksis skal i slike tilfelle ikke være mer liberal enn det som er omtalt i de respektive kapitler.

- Rene avgiftsmessige grunner og ønske om å kunne kjøre i kollektivfelt kan som regel ikke anses som et sterkt behov.

5.3.2 Fornyelser

Retningslinjene bør praktiseres med lempe ved fornyelser hos personer som har ervervet kl. D1 etter tidligere praksis, dersom det ikke er holdepunkter for at risikoen har økt siden siste saksbehandling.

5.4 Utrykningskjøring med utrykningskjøretøy

Det gjelder helsekrav som for kl. D. Fylkesmannen har dispensasjonsmyndighet. Det vises til forskrift av 12. juni 2009 nr. 637 om opplæring og kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy § 1 første ledd nr. 1 og siste ledd jf førerkortforskriften vedlegg 1. Dispensasjonspraksis må være minst like streng som for klasse D. Risikoen må være svært lav og den må ikke antas å kunne øke under kjøringen. Det må gjøres en konkret vurdering av kjøringens art i forhold til risikoen ved helsetilstanden. Tilstander der stress kan føre til akutt illebefinnende, så som hjerterytmeforstyrrelser og anfallstilstander, er ikke forenlig med dispensasjon for utrykningskjøring. Se også pkt. 22.6.3 vedrørende diabetes.

5.5 Trafikklærere

Etter forskrift om trafikkopplæring og førerprøve m.m. av 1.oktober 2004 nr. 1399, § 6-2 skal trafikklærer fylle helsekravene for førerkort kl. D. Helsemyndigheten har dispensasjonsadgang også fra dette helsekravet, ved forskriftens § 31-4, 3. ledd: ”Søknad om dispensasjon fra helsekravene i § 6-2 avgjøres av helsemyndighetene etter bestemmelsene i forskrift 19. januar 2004 nr. 298 om førerkort m.m.” Vedtaket skal gjelde helsekravene til trafikklærere. Det skal altså ikke fattes vedtak om dispensasjon fra kravene for førerkort kl. D. Trafikklærervirksomhet har den særegenhet at kjøretøyet har to sjåfører. En kan derfor være liberal ved tilstander der risikoen knytter seg til plutselig illebefinnende/bevissthetstap: Diabetes, hjertesykdom og enkeltstående anfall med bevissthetstap. Ved nevnte tilstander kan dispensasjon gis innenfor rammene for helsekravene til kl. B. Kravene til syn, medikamentbruk, psykisk helse og hørsel bør det derimot holdes strengt på, og dispensasjonsvurderingen blir som for kl. D.

5.6 Førerkort klasse AM

Følgende framgår av førerkortforskriften § 3-16:

Førerett i klasse AM gjelder for moped som definert i forskriften § 2 – 2.

I Norge kan førerett i klasse AM være begrenset ved påføring av nasjonale koder.

Kode 145 og kode 146 gjelder for føring av tohjuls moped. T tillegg gjelder kodene føring av tre- og firehjuls moped med egenvekt (minus batterienes vekt ved eldrift) ikke over 150 kg.

Kode 147 gjelder bare for føring av tre- eller firehjuls moped.

5.6.1 Dispensasjonspraksis klasse AM kode 145 og 146

Mopedens lave hastighet og masse gjør at den representerer en vesentlig mindre risiko for medtrafikanter enn en bil. Dispensasjonspraksis kan derfor være vesentlig mer liberal enn for førerkort kl. B, forutsatt at det ikke er fremkommet opplysninger om risikofylt kjøring eller skader som kan tilskrives helsesvikten. Spesielt bør det vises fleksibilitet overfor søkere som har hatt moped som transportmiddel i mange år, inntil det kom krav om førerkort. I slike saker skal det legges vesentlig vekt på om kjøringen faktisk har foregått uten problemer. Attest fra eller konferanse med forsikringsselskap og politi er vesentlig, og skal foreligge før eventuell oversendelse til klageinstansen. En praktisk kjørevurdering ved trafikkstasjonen kan være aktuelt.

5.7 Førerkort klasse AM kode 147 – mopedbil

Helsekravene er som for kl. B. I hovedsak vurderes dispensasjonssaker vedrørende førerkort kl. AM 147 tilsvarende kl. B, pga. mopedbilens ikke helt ubetydelig masse og fordi den fyller hele kjørebanen. En moderne mopedbil likner utseendemessig og konstruktivt en småbil, men har hastighet begrenset til 45 km/t. Dette i motsetning til 3-hjuls moped med håndbetjent kobling, brems og gass på styret som vurderes langt mer liberalt.

Da en mopedbils hastighet er lavere enn en bils, og den geografiske rekkevidden i praksis er mer begrenset, kan det vurderes en noe mer liberal praksis ved nedsatt visus og synsfeltutfall, spesielt i mer spredtbygde strøk med enkelt trafikkbilde. I tettbygde strøk med komplisert trafikkbilde skal praksis være omtrent som for bil. Søkerens samlede helsetilstand og alder bør tas i betraktning.

5.8 Unntak fra førerkortplikten

Alminnelige unntak fra førerkortplikten samt særregler for visse typer kjøring m.v. følger av førerkortforskriften § 12. Vi hitsetter:

§ 12-1. Alminnelige unntak fra førerkortplikten for traktor, motorredskap og saktegående motorvogn

For kjøring med traktor og motorredskap utenfor veg, på privat veg og ved kryssing av offentlig veg gjelder følgende unntak fra kravet om førerkort:

1. *Traktor og motorredskap, med konstruktiv hastighet ikke over 40 km/t, med eller uten tilhenger, kan føres av person som har fylt 16 år og har nødvendig ferdighet.*
2. *Traktor og motorredskap, bestemt til å føres av gående, eventuelt med tilkoblet tilhenger, kan føres av person som er fylt 16 år og har nødvendig ferdighet.*

Kjøring med motorvogn som har tillatt totalvekt ikke over 3500 kg og som er konstruert for en hastighet ikke over 10 km/t, og som bare med vesentlige konstruktive forandringer kan kjøres med større hastighet, kan føres av person som er fylt 16 år og har nødvendig ferdighet.

§ 12-2.

I garasjehus, servicestasjon, bilverksted-, industri- eller lignende område i Norge kan motorvogn/vogntog som betinger førerett i klasse BE og gruppe 2 og 3 flyttes av person som har førerett klasse B.

Denne bestemmelsen kan være aktuell for mekanikere som angir behov for kl. C eller D i arbeidet. Bestemmelsen er innskrenket i forhold til tidligere, da den også ga anledning til prøvekjøring.

§ 12-3 gir særregler for Forsvaret og Sivilforsvaret. Det vises til forskriften for de sjeldne tilfelle dette måtte være aktuelt i fylkesmannens saksbehandling.

5.9 Kjøreseddel for drosje eller buss

Kjøreseddel er en forutsetning for yrkesmessig persontransport med drosje eller (mini)buss. Helsekravene er som for kl. D. Dispensasjonspraksis bør være omtrent tilsvarende. Politiet skiller ikke mellom kjøreseddel for drosje og buss. Gis det dispensasjon for kjøreseddel til en person som innehar førerkort kl. D1 eller D, må man påregne at det blir anledning til passasjertransport med (mini-)buss. Hvis man vil begrense kjøringen til drosje, må vedkommende derfor ikke ha førerkort i D-klasser. Kjøreseddel for drosje (ikke minibuss) kan være vesentlig mer liberal når tilstanden medfører lav risiko, f.eks. visse tilfelle av velregulert hjertesykdom. Drosjekjøring gir sjåføren langt bedre muligheter til egenregulering av arbeid, hvile og matinntak enn busskjøring. Det kan imidlertid bli lange økter og nattarbeid, og spesielt for anfallslidelser skal det følges en forsiktig praksis. De respektive avsnitt utdyper dette.

6 Nedsatt synsstyrke – visus

6.1 Forskriftens krav

Kl. A, B, M, S eller T, vedleggets § 2 nr. 1: - *”Synsstyrken må være minst 0,5 når begge øyne undersøkes samtidig. Dersom optisk korreksjon er nødvendig for å oppnå denne synsstyrken, plikter føreren å bruke slik korreksjon under kjøring. Ved plutselig tap eller betydelig reduksjon av syn på ett øye, må det gå minst 6 måneder fra synstapet inntrådte til førerkort kan utstedes eller motorvogn føres. Tilsvarende gjelder funksjonell enøydhet på grunn av manglende samsyn.”*

Kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v. – vedleggets § 3 nr. 1, jf. § 4: - ”Synsstyrken må være minst 0,8 på det ene øyet og 0,1 på det andre øyet. Optisk korreksjon, unntatt kontaktlinser, skal ikke overstige pluss 8 dioptrier.”

6.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Forskriftsteksten antas å gi lite rom for tolkningstvil og er forenklet i forhold til tidligere forskrift. Det er også nytt at det ikke er noen grense for styrken på brilleglass med minuskorreksjon, og det er ingen grense for kontaktlinsers styrke, forutsatt at disse tolereres godt. Som dokumentasjon av god toleranse godtas attest fra godkjent kontaktlinsetilpasser eller øyelege. For klasse A, B, M, S og T er det ingen grense for styrken på korrigerende glass. Spesiell svaksynsoptikk, ”kikkertlinser”, gir bedret visus men samtidig kikkertsyn, med betydelige, funksjonelle synsfeltutfall, som kan være farlige i trafikken, og som tilsier at synsfeltkravet ikke er oppfylt. Visus oppnådd på denne måten kan derfor ikke legges til grunn ved vurdering av om synskravene er oppfylt, eller i dispensasjonssaker.

6.3 Risikoen ved nedsatt visus

Godt syn er viktig for å kunne kjøre sikkert. Personer, dyr og kjøretøyer, samt andre mulige hindringer på og ved veien, må kunne oppdages og identifiseres raskt og på så langt hold som mulig, også under dårlige lys- og værforhold. Nedsatt syn kan sette trafikksikkerheten i fare. Mørkeadaptasjonsevne og reaksjonsevne svekkes med alderen, og gjør risikoen ved synssvekkelse større. I utgangspunktet må det holdes strengt på kravene til synsstyrke.

6.4 Saksopplysninger ved visusnedsettelse

Legeattest fra spesialist i øyesykdommer skal foreligge. Attesten bør foruten korrigert og ukorrigert visus (for hvert øye og for begge øyne undersøkt sammen) angi årsaken til den nedsatte synsstyrken, om det kan ventes forverring, om synsfeltet er innskrenket og om det er problemer med blendingsfølsomhet, kontrastfølsomhet eller mørkeadaptasjonsevne. Ved rene refraksjonsanomalier uten tegn til sykdom, er det tilstrekkelig med erklæring fra offentlig godkjent optiker på

skjema NA-0202 optiker.

I tillegg kreves alltid en praktisk kjørevurdering dersom det skal gis dispensasjon fra synskravene. Denne skal være utført ved trafikkstasjonen, og skal ikke være mindre omfattende enn en ordinær, praktisk prøve. Sensor må være spesielt oppmerksom på den visuelle observasjonsevnen. Dersom det etter de øvrige opplysningene i saken er helt klart at det ikke kan gis dispensasjon, behøver man ikke be om praktisk kjørevurdering. Se pkt. 3.12.

6.5 Dispensasjon ved kl. A, B, S, M og T

Visuskravet er klart definert, og representerer EUs oppfatning av laveste akseptable visus. For ellers friske søkere med kjøreerfaring kan det være forsvarlig å lempe på visuskravet i grensetilfeller (inntil 0,33), forutsatt at det ikke er andre synsproblemer (synsfeltutfall, nedsatt mørkeadaptasjonsevne, blendingsfølsomhet, nedsatt kontrastfølsomhet) eller annen helsesvikt, og tilstanden er stasjonær. Det er imidlertid ikke slik at 0,33 kan forstås som en ”alternativ” visusgrense, som man uten videre kan gi dispensasjon ned til. Hos eldre, hvor mørkeadaptasjonen er endret, og reaksjonsevnen redusert, og ved generell helsesvekkelse, skal en som hovedregel ikke gi dispensasjon. Også personer i søkers nærområde har krav på beskyttelse mot sjåfører med dårlig syn. Geografisk begrensning kan derfor ikke uten videre anbefales.

Det skal ikke dispenseres fra visuskravene dersom det er andre synsproblemer (jf. ovenfor).

Praktisk kjørevurdering skal ha vist tilfredsstillende kjøreevne.

6.6 Dispensasjon ved kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v.

For førstegangsutstedelse av førerkort er det ikke lenger dispensasjonsadgang for høyere klasser ved visusnedsettelse.

Ved fornyelse kan søkere som har fått dispensasjon tidligere, få dispensasjonen fornyet etter at det er foretatt en rimelighetsbetraktning, og forutsatt at det er:

- Uendret synsstatus og helsetilstand ellers, og
- Ingen holdepunkter for praktiske kjøreproblemer eller -ulykker.

6.7 Vilkår og varighet ved nedsatt visus

Hvis tilfredsstillende syn bare oppnås ved bruk av briller/kontaktlinser skal det i dispensasjonssaker være et vilkår at dette brukes under kjøring (EU-kode 01). Tidsbegrensning er nødvendig dersom progresjon kan forventes.

7 Synsfeltutfall (kapitlet er under revisjon)

7.1 Forskriftens krav

Kl. A, B, S, M eller T, vedlegg 1 § 2 nr. 2: ”*Synsfeltet må være minst 120 grader vidt i horisontalplanet, og minst 50 grader til hver side. I vertikalplanet skal synsfeltet være intakt minst 20 grader opp og ned. Det må ikke være sentrale synsfeltutfall innenfor en radius på 20 grader.”*

Kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v. vedlegg 1 § 3 nr. 2, jf § 4: *” Synsfeltet må være minst 160 grader vidt i horisontalplanet, og minst 70 grader til hver side. I vertikalplanet må synsfeltet være intakt minst 30 grader opp og ned. Det må ikke være sentrale synsfeltutfall innenfor en radius på 30 grader.”*

7.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Forskriftsteksten er revidert etter nye krav fra EU. Kravet gjelder binokulære synsfelt, dvs. når begge øyne er i bruk. Kravet til utbredelse i horisontalplanet gjelder langs horisontallinjen, og kravet til utbredelse i vertikalplanet gjelder langs vertikallinjen gjennom origo. Man tenker seg altså ikke at kravet definerer et rektangulært synsfelt. En sentral sirkel på 20 (for gruppe 1) og 30 grader (for gruppe 2 og 3) skal i tillegg være uten defekter. I teorien utgjør synsfeltkravet dermed et kors og en sentral sirkel. I praksis vil man ikke møte utfall som gir et slikt rest-synsfelt.

En komplett, homonym kvadrantanopsi vil ikke fylle kravene, fordi den strekker seg helt inn til sentrum og dermed ikke fyller “sirkelkravet”. Er det inkomplette utfall i en kvadrant, kan imidlertid kravet være oppfylt. En hemianopsi fyller ikke kravene, fordi verken “sirkelkravet” eller kravet til lateral utbredelse fylles. I noen tilfelle vil altså kravene være mer liberale enn de tidligere kravene. Mangler man hele synsfeltet på ett øye, fyller man som regel kravet til gruppe 1, men ikke gruppe 2 og 3, som tidligere. Valg av perimetrisk metode kan påvirke om kravene er oppfylt, da ulike metoder har ulik sensitivitet. Se under pkt. 7.4 angående undersøkelsesmetoder.

7.3 Risikoen ved synsfeltutfall

Normalt synsfelt gjør det mulig å bli oppmerksom på hendelser utenom det begrensede område der man har festet blikket. I trafikken er dette viktig for å oppdage personer, kjøretøyer eller gjenstander som kommer inn fra sidene. At man kan få øye på objekter til sidene ved å flytte på øynene eller hodet, erstatter ikke et normalt synsfelt. Dersom synsfeltutfallene er store, og særlig når de rammer begge øyne, er det sikkerhetsrisiko.

7.4 Saksopplysninger ved synsfeltutfall

Det kreves alltid en praktisk kjørevurdering dersom det skal gis dispensasjon fra synskravene. Denne skal være utført ved trafikkstasjonen, og skal ikke være mindre omfattende enn en ordinær, praktisk prøve. Sensor må være spesielt oppmerksom på evnen til å reagere på hendelser ute til sidene. Dersom det etter de øvrige opplysningene i saken er helt klart at det ikke kan gis dispensasjon, behøver man ikke be om praktisk kjørevurdering. Simulatortest og tilknyttet praktisk prøve ved SINTEF er dessverre ikke tilgjengelig for tiden, og må anses erstattet av praktisk kjørevurdering ved trafikkstasjonen.

Legeattesten skal beskrive synsfeltutfallene, redegjøre for årsak og prognose, og om mulig gi en vurdering av trafikksikkerhetsrisikoen. Det må evt. angis hvor i CNS skaden sitter. Synsfeltdiagram skal vedlegges. Donders' metode brukes som screeningundersøkelse. Påviste, kjente eller mistenkte synsfeltutfall må kartlegges med perimetri for å fastslå om forskriftens krav er oppfylt. Sentrale defekter som påvises ved terskeltester med automatisk perimetri (f.eks. Humphrey C30-2) må ha en størrelse på minst tre sammenhengende og reproduserbare punkter for å bli definert som defekt. Monokulære, små, parasentrale defekter vil ofte være overlappet av det andre øyets synsfelt. Ved tvil om dette skal det undersøkes med binokulær metode, for eksempel Esterman binocular test (Humphrey), binokulær automatisk perimetri (Octopus) eller tilsvarende.

I dispensasjonssaker anbefales fortsatt Goldman-permetri. Undersøkelse med stort, bevegelig objekt antas å være trafikkmessig mest relevant. Goldman-perimetri er fortsatt tilgjengelig ved regionsykehusene, ved en del sentralsykehus og hos noen privatpraktiserende spesialister. Hvert øye skal undersøkes for seg, og det skal gjøres en binokulær registrering. Goldman er ofte mindre sensitivt enn øvrige metoder. Dersom det er funnet synsfeltutfall med øvrige metoder som tilsier at kravene ikke oppfylles, vil en "normal" Goldman ikke tilsi oppfylte krav, men tas med i dispensasjonsvurderingen.

I følgende tilfelle kan Goldman erstattes av autoperimetri dersom Goldman er vanskelig tilgjengelig:

- Dersom det ved autoperimetri er påvist komplett, homonym hemianopsi, er det ikke sannsynlig at Goldman vil kunne angi et så mye mindre synsfeltutfall at vurderingen blir annerledes.

I følgende tilfelle bør (skal) Goldman erstattes av autoperimetri:

- Parasentrale skotom ved glaukom bør (skal) undersøkes med autoperimetri, da slike utfall er av stor betydning for synsfeltets brukbarhet, og kan underestimeres eller ikke være påviselige ved Goldman. Ved tvil om dette skal det undersøkes med binokulær metode (se ovenfor angående metodevalg.)

7.5 Dispensasjonspraksis for gruppe 1 (kl. A, B, S, M og T)

Dispensasjon skal ikke gis om den praktiske kjørevurderingen tilsier at kjøreevnen ikke er tilstrekkelig. Visus må være innenfor forskriftens minstekrav. Det skal ikke dispenseres fra kravene til synsfelt dersom det ikke er forskriftsmessig visus. Det må heller ikke være problemer med mørkeadaptasjonsevne, kontrastfølsomhet eller blendingsfølsomhet. Spesialisten bør derfor uttale seg om dette. Synsfeltutfallene må være stasjonære. Det bør legges vekt på om det er intakt synsfelt de nærmeste 10-20 grader over og særlig under horisontallinjen. Det antas at utfall i nedre kvadranter er funksjonelt uheldigere enn utfall i øvre kvadranter. Ved synsfeltutfall som skyldes skade i sentralnervesystemet, bør det undersøkes om pasienten har (hemi-)neglekt. Etter CNS-skade kan utfallene gå noe tilbake de første 6 mnd. Det må antas at skader ervervet svært tidlig i livet (f.eks. fødselsskader) kan kompenseres i større grad enn senere ervervede skader.

Ved homonym, ØVRE kvadrantanopsi kan det være forsvarlig å gi dispensasjon dersom tilstanden er stasjonær, spesielt til yngre søkere. Ved NEDRE kvadrantanopsi er det oftest ikke forsvarlig å gi dispensasjon. Eldre personer har liten evne til å kompensere for utfall, hvilket taler imot dispensasjon. Se også ovenfor om andre momenter ved vurderingen.

Ved homonym hemianopsi skal fylkesmannen ikke gi dispensasjon, med mindre praktisk kjørevurdering entydig konkluderer med at kjøreevnen er fullgod, og forutsatt at det ikke er annen helsesvikt som kan øke risikoen ved synsfeltutfall (f.eks. høy alder, kognitiv reduksjon). Det oppfordres til en forsiktig linje.

7.6 Dispensasjonspraksis for kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v.

Det er ikke dispensasjonsadgang for høyere klasser ved synsfeltutfall. Søkere som har fått dispensasjon tidligere, kan, etter en rimelighetsbetraktning, få denne fornyet forutsatt:

- Uendret synsstatus og helsetilstand ellers, og
- Ingen holdepunkter for praktiske kjøreproblemer eller -ulykker/-uhell.

7.7 Førerkort for begrenset geografisk område ved synsfeltutfall eller svekket visus

Begrenset kjøring på kjent vei med enkelt trafikkbilde kan i enkelte tilfeller redusere sikkerhetsrisikoen ved synsfeltutfall eller visusnedsettelse til akseptabelt nivå. Dersom dispensasjon på vanlige vilkår ikke kan gis, og det er sterkt behov for å kjøre visse strekninger, kan geografisk begrensning unntaksvis vurderes. Se kapitlet *"Førerkort med geografisk begrensning"*, pkt. 26. Det skal vises stor tilbakeholdenhet med slike løsninger. Den geografiske begrensningen må redusere risikoen ved selve tilstanden, ikke bare begrense omfanget av antatt risikofylt kjøring. Dette innebærer at de omsøkte veistrekninger må være enkle, oversiktlige og klart avgrensede, med minimal trafikk. Generell kjøring i nærområder for personer med aldersrelaterte synsproblemer skal det ikke dispenseres for. Det gjøres oppmerksom på at selv om helsemyndigheten gir dispensasjon, kan geografisk begrenset førerkort kun utstedes etter vedtak i Vegdirektoratet. Vegdirektoratet har en forsiktig linje i disse sakene.

8 Fargesyn

Det er ingen krav til fargesyn.

9 Nedsatt mørkeadaptasjonsevne

Omfattes av forskriftens krav til visus og/eller vedlegg 1 § 2 nr. 6 (andre sykdomstilstander), jf. §§ 3 og 4. Det kreves uttalelse fra øyeavdeling. Vær oppmerksom på synsstyrke og synsfelt, og muligheten for progresjon. Det søkes av og til om førerkort begrenset til kjøring i dagslys (EU-kode 05.01) og ikke i tunneler. Pga. vegnettets beskaffenhet og lysforholdene i Norge, frarådes slike løsninger. Eksempelvis vil man neppe kunne kjøre til og fra arbeid til normale tider i vinterhalvåret, uten å kjøre i nedsatt belysning.

10 Samsyn, dobbeltsyn

10.1 Forskriftens krav

Kl. A, B, S, M eller T: Tilstandene omfattes av bestemmelsen i vedlegg 1 § 2 nr. 6, "andre tilstander", dersom den gjør vedkommende sjåfør uskikket. Det kan avklares ved uttalelse fra øyeavdeling og praktisk kjørevurdering.

Kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v. vedlegg 1 § 3 nr. 3 jf. § 4: - *Det må ikke være dobbeltsyn.*

10.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Forskriftsteksten antas å gi lite rom for tolkningstvil. Ved alternerende strabisme vil samsynsfunksjonen være nedsatt eller opphevet. Dersom hvert av øynene tilfredsstiller forskriftens krav angående visus og synsfelt, og det ikke er dobbeltsyn eller opplysninger som tilsier praktiske synsproblemer, hindrer manglende samsyn i seg selv ikke at førerkortforskriftens helsekrav anses oppfylt.

10.3 Dispensasjonspraksis for kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v.

Ved manifest dobbeltsyn bør det ikke gis dispensasjon.

11 "Seksmånederskravet" ved tapt syn på ett øye

Ved plutselig tap eller betydelig reduksjon av syn på ett øye må det gå minst 6 måneder fra synstapet inntrådte til førerkort kan utstedes eller motorvogn føres (Vedlegg 1, § 2 nr. 1). For gruppe 1 (kl. A, B, S, M og T) gjelder altså seks måneders kjørekarens. Det bør ikke dispenseres fra denne bestemmelsen, unntatt når synstapet er inntrådt gradvis.

For kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v. er seksmånederskravet ikke aktuelt, da forskriftens helsekrav om syn på begge øyne heller ikke etter seksmånedersperioden vil være oppfylt.

12 Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser

12.1 Forskriftens krav

Kl. A, B, M, S eller T, vedlegg 1 § 2 nr. 3: *"Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet i løpet av de siste 12 måneder.»*

Kl. C1, C, vedlegg 1 § 3 nr. 4: *"Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet, og medikamentell forebyggelse av anfall ikke ha vært i bruk eller ansett nødvendig, de siste 10 årene."*

Kl. D1, D m.v., vedlegg 1 § 4 nr. 1: *« Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet etter fylte 18 år.»*

12.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Forskriftens hensikt er å forebygge at en fører får illebefinnende i trafikken. "Anfallsmessig" innebærer relativt plutselig opptreden og mulighet for gjentakelse. "Hjernefunksjonsforstyrrelser" omfatter ikke bare krampeanfall, men også nedsatt bevissthet, oppmerksomhet, konsentrasjon og/eller reaksjonsevne, f.eks. ved fokale (partielle)epileptiske anfall, for lavt blodsukker eller forbigående sviktende sirkulasjon til hjernen (synkope). Forskriftens begrep er vidtfavnende. Flertallsformen i forskriftsteksten sikter til de ulike typer anfall, og innebærer ikke at det må ha vært mer enn ett anfall. Etter ett anfall med bevissthetstap er det en viss risiko for gjentakelse. Uklar årsak utelukker ikke residiv. Årsaken kan imidlertid være meget viktig for sannsynligheten for nytt anfall, og er derfor vesentlig for vurderingen av dispensasjonssaken.

Selv om forskriftens begrep er vidtfavnende, vil ikke ethvert bevissthetstap uten videre omfattes. For at anfallet ikke skal omfattes av bestemmelsene ovenfor, må det være helt klart irrelevant i trafikksammenheng og ikke innebære nevneverdig risiko for gjentakelse. Eksempler kan være bevissthetstap ved hjernerystelse, krampeliknende fenomener under innledning til eller oppvåkning fra narkose, besvimelse ved skade/blodtap, enkeltstående, banal vasovagal synkope osv. Det må anvendes klinisk skjønn. Primært foretas dette av legen, i neste instans av fylkesmannen. Vi har grunn til å tro at anfall underrapporteres. Det må likevel ikke legges opp til en praksis som går lenger enn forskriftens intensjon, å hindre at personer med økt risiko kjører bil.

Når et anfall er meldt til fylkesmannen, må det som regel legges til grunn at forskriftens helsekrav ikke er oppfylt. Fylkesmannen skal da sende melding til politiet. Unntaksvis kan det være åpenbart at melding er sendt på feilaktig grunnlag.

Da kan fylkesmannen konkludere med at helsekravene er oppfylt, og unnlate å tilrå inndragelse, eller tilrå tilbakelevering, dersom førerkortet allerede er inndratt. Helsedirektoratet vil anta at dette gjelder få saker. I slike tilfelle kan en telefon til meldende lege være avklarende (manglende opplysninger, melding sendt av ”ren plikt/for å dekke seg”, uavhengig av faglig vurdering?). I noen tilfelle sendes melding samtidig som årsaken er funnet og behandlet. Når dette anses hevet over tvil, f.eks. når påviste pauser i hjerterytmen er behandlet med pacemaker, kan fylkesmannen gi dispensasjon straks behandlende lege anbefaler dette, og dermed unnlate å sende melding om inndragelse.

Disse retningslinjene skiller mellom epileptiske anfall, synkoper og anfall av annen, usikker eller uklassifiserbar type:

1.Epileptiske anfall skyldes en forstyrrelse i hjernens elektriske aktivitet. Anfallet kan starte fokalt, med psykiske eller sensoriske fenomener (”aura”) eller lokaliserte rykninger, og så evt. bli generalisert. Eller det kan være primært generalisert. EU-direktivet definerer «epilepsi» i direktivets forstand som to epileptiske anfall innenfor en femårsperiode. Denne definisjonen avviker fra vår faglige definisjon og bruken av ordet. Samtidig fremgår klart av direktivet at også enkeltstående anfall omfattes av bestemmelsene. Direktivet spesifiserer karenstider for enkeltstående anfall i ulike sammenhenger, og for anfall som fyller direktivets epilepsidefinisjon. Direktivets bestemmelser ligger til grunn for veiledningen her.

«Akutte symptomatiske anfall» opptrer i det tidlige forløp (første uke) etter en hjerneskade (vaskulær, traumatisk, infeksiøs) eller ved en metabolsk forstyrrelse, f.eks. elektrolyttforstyrrelse, alkoholabstinens. Slike anfall representerer ikke epilepsi, men hjerneskader kan disponere for det.

”Leilighetsanfall” betegner enkeltstående, epileptiske anfall som opptrer i forbindelse med spesielle situasjoner. De er som regel utløst av faktorer som lite søvn, stress, sult, alkohol, gjerne i kombinasjon, og i sterkere grad enn det som forventes i det daglige liv. Det er ikke EEG-forandringer utenom anfall, men slike anfall kan likevel indikere en lav terskel for utvikling av gjentatte epileptiske anfall («lav krampeterskel»). Begrepet er upresist.

2. Synkope er et forbigående, selvbegrensende og kortvarig avbrudd i bevissthet og muskeltonus på grunn av global sirkulasjonssvikt til hjernen. Synkope er altså per definisjon et sirkulasjonsproblem. (”Synkope” feilbrukes av og til om bevissthetstap generelt.) I korthet kan sirkulasjonsforstyrrelsen skyldes for langsom hjerterytme (bradycardi eller blokk), for rask eller unormal hjerterytme (tachyarytmi), utvidelse av blodårene (vasodilatasjon) eller en kombinasjon. Hjerterytmeforstyrrelser, hjertemuskelsykdommer og klaffefeil som årsak til bevissthetstap omtales i kapittelet om hjertesykdommer (kap. 23).

3. ”Anfall” av uklassifiserbar type passer verken med epileptiske anfall eller synkope, som beskrevet ovenfor. Det kan dreie seg om f.eks. funksjonelle anfall, hyperventilasjonsanfall, subjektive opplevelser av ustøhet eller svimmelhet, ekte vertigo, migreneanfall med bevissthetstap. Noen av disse anfallstypene er reelle bevissthetspåvirkninger, mens andre ikke er det. Mye kan avklares ved god anamnese og utredning, f.eks. ved at det verken er holdepunkter for epileptiske anfall eller synkope. Etter bevissthetstap som ikke kan klassifiseres, vil det oftest være vanskelig å ha noen mening om residivfaren. Ikke sjelden vil det videre forløp

gi en pekepinn om antatt årsak, alvorlighetsgrad og residivfare. Se pkt. 12.6.

12.2.1 Bagatellisering eller benekting av anfall

Dette er ikke uvanlig i førerkortsaker. Søker/klager kan hevde han/hun er blitt misforstått av legen(e), at initialt misforståtte journalopplysninger er blitt ”gjentatt” av de ulike behandlerne eller at helsepersonellet har diktet opp anfallet. En person kan ha fremstilt en episode ”mer dramatisk” enn den i virkeligheten var, for å oppnå utredning, ”bli tatt alvorlig” eller oppnå annen ”sekundærgevinst”. Noen ganger skyldes benektingen at pasienten ikke har hatt noen «opplevelse» av å ha hatt anfall, pga. anfallet i seg selv eller postiktal amnesi. Når anfall benektes eller bagatelliseres er det viktig å innhente fyldig dokumentasjon fra tidlig i forløpet (legevaktjournal, ambulansejournal, innkomstjournal), eller snakke med personer som var tilstede eller involvert kort etter dette. I noen tilfelle er et utvilsomt anfall observert, og det må da legges til grunn. I andre tilfelle kan det sannsynliggjøres at opplysningene om anfall bygger på misforståelser, og man kan da legge det til grunn.

Fylkesmannen må avgjøre hva man skal tro på. Den vurderingen kan være vanskelig. Ofte vil det, selv med innhenting av all tilgjengelig dokumentasjon, bestå uenighet/uklarhet. Dersom en person har gjennomgått utredning for anfall, spesielt om den har skjedd poliklinisk eller hos ulike behandlere, mener Helsedirektoratet at det som regel må kunne legges til grunn at anfall har funnet sted. Benektelse av anfall kan i noen tilfelle gjøre det vanskelig å stole på søkers angivelser, og dermed skape usikkerhet om diagnose og residivfare.

12.2.2 Om utredning av bevissthetstap

Omstendighetene rundt og forløpet av anfallet gir essensiell informasjon. En god anamnese (sykehistorie) er viktigere enn spesialundersøkelser, i bevissthetstapsutredning generelt og i den førerkortmessige vurderingen. Det er viktig å få informasjon fra den eller de som observerte bevissthetstapet eller var involvert i behandlingen primært (ambulansejournal, innkomstjournal, legevaktjournalnotat). Hvis slike opplysninger mangler, vil saken ofte ikke være adekvat opplyst. Vi ber spesielt om at tilstrekkelig med slike opplysninger vedlegges dersom saken sendes til klagebehandling i direktoratet. Av og til er det nyttig å innhente ”anamnesen” telefonisk fra søker. Erfaring fra klagesakene er at bevissthetstapsutredning ganske ofte er mangelfull. Som regel er anamnesen det svake punktet. Dårlig anamnese gjør det umulig å tolke resultatet av alle de spesialundersøkelsene som ofte er utført, og utredningen er resultatløs.

12.2.3 Anamnese for å skille mellom hovedtypene av bevissthetstap

Følgende taler for epileptisk anfall (elektrisk forstyrrelse i hjernen):

- Generelle kramper, som opptrer tidlig i anfallet og ikke er helt kortvarige (> 30 sek.).
- Postiktal forvirring/søvn.
- Tungebitt.

- Strukturelle forandringer i hjernen (tumor, arr, gammelt hjerneinfarkt, MS).
- Epilepsi i nær familie.
- Tidligere hodetraume.
- Alkohol eller søvndeprivasjon som utløsende faktor.

Mangel på disse taler for synkope (sirkulasjonsproblem). Fokale epileptiske anfall kan ha svært variabel symptomatologi som bestemmes av funksjonen i det anfallsgivende området i hjernen. Disse kan være vanskelige å skille fra ”uklassifiserbare” anfall.

Følgende trekker i retning av reflekssynkope:

- Autonome fenomener (kvalme, blekhet, svette, svimmelhet) som innledning og/eller etterpå.
- Ortostatisk komponent: Anfall kun i stående, sjeldnere i sittende, meget sjelden i liggende stilling.
- Psykisk medvirkende faktor.
- Oftest yngre, ellers friske personer.

Hos eldre personer kan carotid sinus synkope opptre spontant eller ved trykk mot halsen (stram krage, nakkevridning, barbering osv.).

Følgende trekker i retning av kardial synkope:

- Kjent hjertesykdom. Synkope hos person med hjertesykdom skal antas å være kardial inntil det er usannsynliggjort.
- Helt brå start og stopp, uten prodrom eller postiktale fenomener.
- Utgjør en større andel av synkopene hos eldre.

Følgende trekker i retning av funksjonelle anfall:

- Langvarige bevissthetstap, gjerne med lukkede øyne, uten postiktal uklarhet.
- Ingen skade (blåmerker), selv etter hyppige, ”dramatiske” anfall.
- Oftest yngre kvinner, gjerne med flere, ”diffuse” symptomer/problemer, og helt uten holdepunkt for somatisk sykdom.

12.2.4 Aktuelle og uaktuelle spesialundersøkelser

- EEG og søvndeprivert EEG brukes ved klinisk mistanke om epilepsi. EEG er lite sensitivt, dvs. at negativ undersøkelse ikke utelukker epilepsi. Søvndeprivert EEG er litt mer sensitivt. EEG-overvåkning evt. med videoregistrering brukes enkelte ganger i spesialavdelinger. EEG inngår ikke i synkopeutredning.

- CT eller MR av hjernen brukes for å undersøke om det er strukturelle forandringer i hjernen, og inngår dermed i utredning av epileptiske anfall. At det ikke er påvist strukturell årsak, utelukker verken epilepsi eller nye anfall. CT/MR av hjernen er ikke relevant i utredning av synkope.

- 24-timers EKG (Holter eller R-Test 4) utelukker ikke hjerterytmeforstyrrelse som årsak, dersom ikke anfall forekom under registreringen. Rytmen kan være helt normal utenom anfall. Det vises til hjertekapitlet, pkt. 23.5.

- Implantert loop-recorder (ILR) er en ”minnebrikke” som implanteres under huden og registrerer hjerterytmen. Brukes ved sterk mistanke om arytmi som årsak, eller når det er viktig å utelukke dette. Brukes også for å klarlegge mekanismen ved gjentatte, alvorlige antatte reflekssynkoper. Diagnostisk verdi er liten dersom det ikke skjer anfall under monitoreringen (1-3 år). Er kostbart, krever oppfølging i hele observasjonstiden og implanteres derfor bare etter spesialistvurdering.’

- A-EKG brukes ved anstrengelsesutløst synkope eller mistanke om hjertesykdom.

- Vippetest (tilt-test) er en nokså ressurskrevende undersøkelse som har vært brukt i utredning av mistenkt reflekssynkope, i håp om å klargjøre mekanismen og bekrefte diagnosen. Den har imidlertid vist seg å være lite spesifikk. Mekanismen for synkope under vippetesten er heller ikke alltid den samme som under de virkelige synkopene. Den sier ikke noe om residivrisiko og kan ikke brukes for å evaluere effekt av behandling. Har sjelden betydning i førerkortsaker. I 2009-utgaven av de europeiske (ESC/EHRA) retningslinjene for synkopeutredning, er verdien av vippetest betydelig nedtonet og indikasjonsområdet innsnevret. Testresultatet er ofte vanskelig å tolke.

Når grundig utredning er utført av relevante spesialister, som har gitt saklige, godt underbygde attester, kan man oftest basere seg på disses vurdering av årsak.

Legens vurdering av residivfare er etter vår erfaring ofte påvirket av lege-pasientforholdet. Spesialistens vurdering vil derfor tillegges mindre vekt hvis den strider mot retningslinjene. Det er fylkesmannen, ikke legen, som avgjør om/når dispensasjon kan gis. Dersom utredningen fremstår ufullstendig, lite planmessig (f.eks. fordi anamnesen er dårlig) eller ikke gir noen rimelig klar, underbygget konklusjon, vil attestens råd/vurderinger oftest ha liten vekt.

12.3 Dispensasjonspraksis ved bevissthetstap generelt

Det er ingen ”halvtidsautomatikk". Dispensasjon skal bygge på gode holdepunkter for så lav anfallsrisiko at det ikke er rimelig å legge forskriftens risikovurdering til grunn. Uklar årsak tilsier vanligvis ikke dette. På den annen side har vi de senere år sett at også klart bagatellmessige hendelser meldes som ”anfall”. I slike tilfelle kan det dispenseres etter kort tid, så fort det er hevet over rimelig tvil at hendelsen ikke innebærer risiko for anfall under kjøring, jf. pkt. 12.6.1 og 12.6.2. Når intet annet er nevnt, gjelder vurderingene i dette kapittel ved gruppe 1 (kl. A, B, S, M og T). Praksis for øvrige klasser skal være vesentlig strengere, i samsvar med særskilte avsnitt nedenfor. Spesiell forsiktighet skal utvises for kl. D1, D og kjøreseddel m.v., av hensyn til passasjersikkerheten. Ved behandlingskrevende anfallssykdom skal det ikke dispenseres for høyere førerkortklasser.

Retningslinjene for dispensasjonspraksis skiller mellom epilepsi (pkt. 12.5), synkoper (pkt. 12.6) og anfall av andre/uklare årsaker (pkt. 12.7).

12.3.1 Varighet av dispensasjon og av førerkort

Vi viser til pkt. 3.4.3 og hitsetter: ”Når det dispenseres fra kravet til anfallsfri periode, skal dispensasjonen ikke gis for lengre tid enn til helsekravene igjen er oppfylt, forutsatt fortsatt anfallsfrihet. Det bør samtidig gis en anbefaling om hvor lang gyldighetstid førerkortet bør ha. Dersom tilstanden må revurderes, kan man anbefale gyldighetstid som tilsvarer ønsket tidspunkt for revurdering. Dersom det dispenseres fordi anfallets årsak er sikkert eliminert, eller man har kommet til at anfallet var bagatellmessig og neppe trafikksikkerhetsmessig relevant, kan førerkortet anbefales gitt vanlig gyldighet. Etter en forsvarlig observasjonstid (6 mnd) med anfallsfrihet vil det ofte være aktuelt å anbefale ett års førerkortvarighet i første omgang. Ved fortsatt anfallsfrihet, og når det ikke er nødvendig med oppfølging/revurdering, bør det anbefales vanlig gyldighetstid. (OBS 5-årsbestemmelsen).

12.3.2 Epilepsi og epilepsiliknende hjernefunksjonsforstyrrelser

Retningslinjene her er tilpasset nytt epilepsikapittel i EUs førerkortdirektiv, som er utarbeidet etter grundig, faglig forarbeid. For lavere klasser legges opp til en individuell vurdering, avhengig av anfallstype, med føringer for minste observasjonstid. For høyere klasser er hovedregelen at kjøring ikke skal tillates før den årlige anfallsrisikoen er 2% eller lavere. Dette kan være vanskelig å fastslå i det enkelte tilfelle, men gir en rettesnor for hvilket (meget lavt) risikonivå som aksepteres. For førstegangs, uprovosert anfall, anfall kun under søvn og anfall med klare, anfallsutløsende faktorer, innebærer EU-direktivet en liberalisering. For epilepsi generelt, ved unormalt EEG eller strukturelle forandringer intrakranielt, innebærer det en innskjerping.

12.3.3 Attest/opplysninger

Se pkt. 12.3 om utredning/opplysninger generelt. Ved epilepsiliknende anfall kreves alltid utførlig attest fra nevrolog. Attesten må angi tidspunkt for siste anfall, type anfall, evt. omstendighetene omkring, resultat av evt. spesialundersøkelser som EEG, cerebral CT/MR, antatt årsak, vurdering av residivfare/prognose og evt. behov for og etterlevelse av anfallsforebyggende behandling.

12.3.4 Dispensasjonsvurdering i ulike, spesifiserte tilfelle:

Det er en forutsetning for dispensasjon at vedkommende følger råd om å unngå anfallsutløsende forhold, følger kontroller og tar nødvendig medikasjon. Det må ikke være holdepunkter for at vedkommende ikke er pålitelig med hensyn til anfallsrapportering og medikamentinntak. Merk at behandlingskrevende epilepsi ikke er forenlig med førerkort i gruppene 2 og 3.

Punktene nedenfor spesifiserer de fleste aktuelle tilfelle, og angir dispensasjons-praksis med grunnlag i EU-direktivet:

1.Unnskyldelig bortfall av medikamentell anfallsbeskyttelse. Hvis en person får anfall når medikasjonen forsøkes seponert eller bortfaller unnskyldelig, kan det gis dispensasjon for lavere klasser etter tre måneder. Medikasjonen må være gjenopptatt, og nye bortfall usannsynlig. Fylkesmannen må vurdere dette, på grunnlag av attest fra nevrolog. Det skal ikke gis dispensasjon ved holdepunkter for slurv med medikamentinntaket. Det skal ikke dispenseres for gruppe 2 og 3, da behandlingskrevende anfallssykdom er et absolutt hinder for å ha disse klassene.)

2. Når antiepileptisk behandling trappes ned for seponering etter vurdering av lege, skal legen også vurdere faren for anfall under nedtrappingen. Dersom denne anses å være ikke ubetydelig, skal pasienten informeres om at helsekravet ikke er oppfylt og at han ikke har førerett. Anses det nødvendig med kjøreforbud i seks måneder eller mer, skal pasienten ha skriftlig melding med kopi til fylkesmannen. Kjøreforbud for mindre enn seks måneder, behøver ikke meldes skriftlig, jf. meldepliktsforskriften. Angående anfall under nedtrapping/seponering, vises til pkt. 1 over. En person som avslutter antiepileptisk behandling uten etter samråd med lege, vil oftest ikke fylle vilkår for førerett, f.eks. fordi vilkår som er satt ved tilbakelevering av førerkort ikke er oppfylt. Hvis anfall opptrer etter slik selvseponering skal fylkesmannen ikke gi dispensasjon.

Det presiseres at behandlingskrevende anfallssykdom er uforenlig med førerkort i gruppe 2 eller 3, slik at dette punktet ikke er aktuelt. Etter avslutning av behandling er helsekravene for gruppe 2 og 3 tidligst oppfylt etter ti år fra seponering, og forutsatt at det ikke har vært anfall.

3. Fremprovosert, enkeltstående anfall, dvs. akutt symptomatisk anfall eller anfall som står i klar sammenheng med spesielle, anfallsutløsende forhold, f.eks. uttalt søvnmangel eller psykiske påkjenninger. Dersom det antatt anfallsutløsende forhold fremstår som klart og ekstraordinært, og helt klart vil bli unngått, taler det for dispensasjon for førerkort gruppe 1 etter en observasjonstid som er tilpasset det som antas nødvendig for å sikre at det utløsende forhold ikke vil opptre igjen. Man må være bevisst på at såkalte «leilighetsanfall» kan være det første tegn på epilepsi. Førerkort gruppe 2 og 3 og kjøreseddel mv.: Det skal utvises spesiell forsiktighet, og ikke dispenseres før tidligst etter ett år. Etter gjentatte anfall skal det ikke dispenseres.

4. Førstegangs, enkeltstående, uprovosert anfall: Dersom det ikke er strukturelle forandringer i hjernen eller unormalt EEG, kan dispensasjon for lavere klasser gis etter seks måneder dersom nevrolog anbefaler det, etter en grundig vurdering. Førerkort gruppe 2 og 3: Det skal ikke gis dispensasjon før etter tidligst fem års anfallsfrihet.

5. Anfall som *kun* har opptrådt under søvn. Fylkesmannen kan gi dispensasjon for gruppe 1 etter ett år med kun nattlige anfall, forutsatt at kvalifisert nevrolog mener det er forsvarlig, f.eks. ved frontallappsepilepsi med hyperkinetiske anfall. Nattlige anfall kan være uttrykk for epilepsi med dårlig anfallskontroll og fare for anfall i våken tilstand. Det skal da ikke dispenseres. Dispensasjon etter dette punktet gis altså kun etter grundig nevrologisk vurdering, som resulterer i klar tilrådning. Nevrologen må gjøre en faglig vurdering av risikoen for anfall også om dagen. Det skal ikke gis dispensasjon etter dette punktet for gruppe 2 og 3.

6. Anfall som *aldri* har påvirket bevissthet eller kjøreevne. I meget sjeldne tilfelle kan fokale epileptiske anfall med intakt bevissthet (enkle partielle anfall /aura) forløpe uten påvirkning av kjøreevnen. Når dette er godtgjort ved vurdering hos spesielt kompetent nevrolog/spesialavdeling, kan fylkesmannen gi dispensasjon for gruppe 1 når anfallsmønsteret har holdt seg stabilt i ett år. Dersom det har vært eller tilkommer anfall av annen type, følges praksis etter pkt. 7 nedenfor. Det skal ikke gis dispensasjon etter dette punktet for gruppe 2 og 3.

7. Epileptiske anfall ellers. Når ingen av punktene 1-6 over kommer til anvendelse, skal det ikke gis dispensasjon fra kravet til ett års anfallsfrihet for gruppe 1 og 10 år for gruppe 2 og 3.

8. Epileptisk anfall og strukturelle intrakranielle forandringer og/eller epileptiforme trekk i EEG: Det skal ikke gis dispensasjon.

9. Epilepsikirurgi: Langtidsprognosen er usikker. Det skal ikke gis dispensasjon.

10. Anfall utløst av rusmiddelmisbruk: Prognosen for rusmiddelmisbruket, realistisk vurdert, jf. kap. 17, bør være avgjørende. For høyere klasser skal det gjøres en særlig forsiktig vurdering.

12.3.5 Forhold som ikke taler for dispensasjon

1. Anfall med "innledende varsler"/"aura". En kan ikke stole på at anfall med prodromer eller innledende aura, vil fortsette å opptre slik. Dessuten kan oppmerksomhet og dømmekraft være nedsatt under auraen.

2. Anfall utløst av fotisk stimulering betraktes som vanlige anfall i førerkortsammenheng.

3. Anfall utløst av hyperventilering indikerer lav anfallsterskel.

4. Normalt standard-EEG. EEG kan være normalt hos pasienter med gjentatte epileptiske anfall, og er ikke grunn til dispensasjon. Derimot er epileptiform aktivitet i EEG tegn på høyere anfallsrisiko, særlig ved generaliserte anfallstyper jf. pkt. 12.5.2 nr. 8.

5. Normal CT eller MR av hjernen utelukker på ingen måte nye anfall. Derimot er funn av slike forandringer tegn på høyere anfallsrisiko, jf. pkt. 12.4.2 nr. 8.

6. Antiepileptisk behandling må anses å redusere risikoen, men gis på den annen side kun når risikoen i utgangspunktet er relativt høy. Pkt. 12.5.2 nr. 7 vil som regel komme til anvendelse, og det kan dermed ikke gis dispensasjon. Behandlingskrevende epilepsi er ikke forenlig med førerkort gruppe 2 og 3.

12.3.6 Vilkår og varighet ved dispensasjon etter epileptisk eller epilepsiliknende anfall

Vilkår tilpasses de forhold som danner grunnlaget for dispensasjonen. Når dispensasjon gis etter provosert anfall, bør det f.eks. være et vilkår at det aktuelle stress unngås. Det bør alltid stilles som vilkår at kontroller og evt. behandling følges, og at søker avstår fra kjøring og melder til fylkesmannen dersom det kommer flere anfall. Første gang det gis dispensasjon bør førerkortvarigheten som regel være ett år. Se pkt. 2.3.3 og 3.4.3. om dette. Ved epilepsi skal det ikke gis vanlig varighet av førerkortet før etter fem anfallsfrie år, jf. EU-direktivet.

12.4 Synkope

Synkope er definert og beskrevet i pkt. 12.2 og 12.3.

12.4.1 Synkope - terminologi

Reflekssynkope (”neurally mediated syncope”) skyldes episodisk feilreaksjon i de mekanismer som tilpasser hjertefrekvens, hjertets sammentrekningskraft og tonus i blodårene til kroppens stilling og situasjon. Det oppstår derved blodtrykksfall og dårlig sirkulasjon til hjernen. Det kan være ulike utløsende årsaker og mekanismer.

Vasovagal synkope er en reflekssynkope som ofte utløses av smerte eller psykiske stimuli, ofte med et element av ortostatisme, dvs. intoleranse for stående stilling, brå oppreisning osv. (Vasovagal synkope brukes ofte synonymt med reflekssynkope, men utgjør strengt tatt en undergruppe.)

”Situasjonssynkope” er en reflekssykope utløst av spesielle kroppslige aktiviteter, oftest vannlating (”miksjonssynkope”), defekasjon (”defekasjonssynkope”) eller kraftig hoste (”hostesynkope”).

Carotid sinus-synkope er reflekssynkope som utløses av trykk mot trykksensorer i halspulsåren, f.eks. ved stimulering av kraftig halsvridning, stram krage eller berøring. Sjelden hos personer under 40 år.

Ortostatisme, manglende evne til å holde blodtrykket oppe i stående stilling, opptrer oftest hos eldre personer, og medikamenter bidrar ofte. Ortostatisme er sjelden tema i førerkortsaker, hvis den ikke er så uttalt og vedvarende at den gir bevissthetstap i sittende stilling.

«Konvulsiv synkope» betegner en synkope med krampeliknende fenomener. Det er likevel ikke et epileptisk anfall utløst av sirkulasjonsforstyrrelsen. Lette motoriske fenomener opptrer ofte i forbindelse med synkope. Mer kraftige, konvulsive bevegelser kan opptre når hypoksien opptrer raskt og er uttalt, særlig ved kardiale synkoper eller når horisontal stilling ikke oppnås med en gang. Motoriske symptomer varer vanligvis < 30 sek., ansiktsfargen er blek eller gråcyanotisk. EEG-aktiviteten flates ut; det opptrer ikke epileptisk anfallsaktivitet. I førerkortsammenheng har konvulsiv synkope først og fremst betydning fordi det kan forveksles med epilepsi.

12.4.2 *Utredning av synkope*

Utredningen bygger på klinisk vurdering med anamnese og spesialundersøkelser, jf. pkt. 12.3. Det vises til dette, og understrekes igjen at anfallsbeskrivelse/anamnese er grunnlaget for vurderingen, også i førerkortsaken. Spesialundersøkelser kan sjelden utelukke eller påvise en sikker årsak til synkope, og resultatene kan bare tolkes fornuftig utfra anamnesen. (CT, MR og EEG hører ikke hjemme i synkopeutredning, men derimot i utredning av epilepsiliknende anfall.)

12.4.3 *Dispensasjonspraksis ved synkope*

Retningslinjene her forutsetter at utredningen er adekvat og at man kan klassifisere anfallet/anfallene noenlunde sikkert som synkope(r). De gjelder ikke synkoper som ledd i hjertesykdom (pkt. 23.5), og ikke anfall av epileptisk eller epilepsiliknende (pkt. 12.5) eller uklassifiserbar type (pkt. 12.7). Anfall som antas å være ledd i rusmisbruk må vurderes på grunnlag av prognosen for misbruket, jf. kap. 17. Bevissthets-forstyrrelse på grunn av diabetes er omtalt i kap. 22.

Synkope kan være enkeltstående, knyttet til stående stilling, utløst av spesielle omstendigheter som ikke er relevante under bilkjøring, ha ulike grader av forvarsel, eller det kan inntre brått, i sittende med hyppige og uforutsigbare gjentakelser. Trafikksikkerhetsrisikoen kan derfor variere svært mye. Dispensasjonspraksis må tilpasses den aktuelle søkers anfallstype og -forekomst, slik at den hindrer kjøring hos personer med risiko for synkope under kjøring, men ikke begrenser førerett unødig hos personer med lav risiko. Disse retningslinjene legger opp til en mer differensiert vurdering, basert på omstendighetene og forløpet av synkopene.

Utvidet førerkort/kjøreseddel: Et anfall kan få stor betydning for en yrkessjåfør. En forsiktig linje kan frata søkeren yrket, mens dispensasjon kun på grunnlag av sterkt behov kan føre til omfattende ulykke. Både utredning og vurdering må derfor være særlig grundig. Tungt kjøretøy eller transport av mange passasjerer gir høy risiko. En yrkessjåfør tilbringer lang tid i trafikken, slik at samlet risiko for at en synkope fører til ulykke, øker. Det skal derfor stilles strengere krav til grundig utredning og godt opplyst sak, og vurderingen må være forsiktigere enn ved lavere førerkort gruppe 1. Mest restriktiv må man være for yrkessjåførvirksomhet med buss.

12.4.4 *Noen momenter i vurderingen*

- Jo flere synkoper tidligere, jo større er risikoen for nye synkoper.
- Synkope under bilkjøring: Åpenbart sikkerhetsmessig relevant. Det skal ikke gis dispensasjon med mindre man har funnet og eliminert årsaken.
- Synkoper som helt stereotypt har opptrådt i stående stilling eller med andre utløsende faktorer som ikke kan tenkes å opptre under kjøring: Taler for liberal dispensasjonspraksis.
- Hvis synkopene alltid har hatt svært lang forvarselsfase, f.eks. flere minutter med kvalme og uvelhet, taler det for dispensasjon
- Brå start, uten forvarsel, taler imot dispensasjon.

- Dispensasjon gis lettere ved enkeltstående synkope eller når det har vært få synkoper over et langt tidsrom, enn når det har vært flere synkoper. Antallet tidligere synkoper er den viktigste prediktoren for risikoen for nye synkoper.
- Synkope hos en pasient med hjertesykdom taler sterkt imot dispensasjon. Kardial synkope har alltid alvorlig prognose, med mindre årsaken er funnet og eliminert, hvilket derfor er en forutsetning for dispensasjon.
- Synkope under interkurrent (forbigående) somatisk sykdom. Ved f.eks. febersykdom, kraftig gastroenteritt eller ”matforgiftning” kan banal synkope forekomme uten å medføre trafikkrelevant residivrisiko. En typisk slik situasjon er når vedkommende står opp i forbindelse med toalettbesøk. I typiske tilfelle kan man anse at episoden ikke gir unormal risiko for synkope under kjøring. Den bør da ikke få førerkortmessige konsekvenser, dvs. at forskriftens krav anses oppfylt eller det gis dispensasjon tidlig.
- Reflekssynkoper behandlet med pacemaker. I sjeldne tilfelle behandles visse typer refleks-synkope med pacemaker. Effekten er omdiskutert og avhenger trolig av synkopemekanismen. Behandlingen er stort sett bare aktuell hos pasienter med et betydelig synkopeproblem. Pacemakerbehandlingen i seg selv er ikke så godt holdepunkt for lav risiko at det kan dispenseres. Det er forholdene ellers som avgjør dispensasjonsspørsmålet. Disse sakene kan være spesielle, og fylkesmannen bør legge stor vekt på spesialistens vurdering, dersom den virker godt underbygget. (Pacemaker som behandling av ledningsforstyrrelser i hjertet er omtalt i kap. 23.)

12.4.5 *Dispensasjonspraksis ved vanlige synkopetyper*

Sannsynlig diagnose	Førerkortvurdering ABMST	Førerkortvurdering C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v.
Reflekssynkope av vasovagal eller carotid sinus type, enkeltstående, ikke under høyrisikoaktivitet eller med skade (”banal”*)	Krav kan anses oppfylt (inndragelse ikke nødvendig)	Krav kan anses oppfylt (inndragelse ikke nødvendig), dersom opplysningene ikke gir rom for tvil.
Reflekssynkope av vasovagal eller carotid sinus type, gjentatte eller ”alvorlig”*	Dispensasjon kan gis etter adekvat utredning og behandling som har vist seg å føre til opphør av synkopetendensen. Korteste anbefalte observasjonstid 3 mnd. Synkope under bilkjøring krever lengst observasjonstid (minst 6 mnd), med mindre det er usedvanlig gode holdepunkter for god effekt av behandling.	Det skal ikke gis dispensasjon med mindre årsaken anses helt avklart og behandling har vist seg effektiv over noe tid, f.eks. ett år. En meget forsiktig linje anbefales.
Miksjonssynkope, defekasjonssynkope	Krav kan anses oppfylt (inndragelse ikke nødvendig), dersom synkope kun har forekommet i de nevnte situasjoner og ikke i forbindelse med bilkjøring (fordi eventuelle nye synkoper ikke kan ventes å inntre under kjøring)	Krav kan anses oppfylt (inndragelse ikke nødvendig), dersom synkope kun har forekommet i de nevnte situasjoner og ikke i forbindelse med bilkjøring (fordi eventuelle nye synkoper ikke kan ventes å inntre under kjøring) Det må påses at opplysningene ikke gir rom for tvil.
Hostesynkope, gjentatt eller ”alvorlig”*	Dispensasjon kan gis etter adekvat utredning og behandling som har vist seg å føre til opphør av hoste-/synkopetendensen. Hostesynkope har ofte dårlig prognose. Synkope under bilkjøring krever lengst observasjonstid (minst 6 mnd), med mindre det er usedvanlig gode holdepunkter for god effekt av behandling. Korteste anbefalteobservasjonstid 3 mnd.	Hoste kan opptre under kjøring, og man kan derved ikke legge til grunn at ny synkope ikke kan inntre under kjøring. Hostesynkope har ofte dårlig prognose. Det bør derfor ikke gis dispensasjon
Synkope av usikker årsak, enkeltstående, ”banal”*	Krav kan anses oppfylt (inndragelse ikke nødvendig)	Skjerpede krav til adekvat anamnese/utredning, for å sikre at det ikke foreligger årsak som kan gi residivfare. Observasjonstid kan være nødvendig før dispensasjon, avhengig av omstendighetene.
Synkope av usikker årsak (epilepsi, hjertesykdom og rytmeforstyrrelse usannsynliggjort), gjentatt eller ”alvorlig”	Ikke dispensasjon før diagnose er avklart og behandling har vist seg effektiv. Etter avklaring følges praksis for den type synkope man mener foreligger. Det skal ikke gis dispensasjon ved usikker diagnose eller behandling dersom synkopen skjedde i forbindelse med kjøring.	Ikke dispensasjon. Når diagnose er avklart og adekvat terapi har vist seg effektiv, følges praksis for den type synkope man mener foreligger.
Banal synkope under interkurrent sykdom (og uten epileptiske trekk)	Forskriftens krav anses oppfylt	Forskriftens krav anses oppfylt
Synkope som ledd i hjertesykdom	Se kap. 23	Se kap. 23

*Alvorlig synkope kan være hyppig forekommende, plutselig innsettende, gi personskade (sår, brudd, hjernerystelse) eller opptre under "høyrisikoaktivtet" (bilkjøring, arbeid med maskiner eller i høyde). Banal synkope er sjelden forekommende, har tilstrekkelig lang forvarselsfase (eks. kvalme, uvelfølelse) til at vedkommende rekker å sette eller legge seg ned, og skal ikke ha gitt skade eller opptrådt under høyrisikoaktivitet.

12.4.6 Vilkår og varighet ved dispensasjon etter synkope

Vilkår tilpasses de forhold som danner grunnlaget for dispensasjonen. Når dispensasjon gis etter synkope knyttet til spesielle utløsende forhold, bør det f.eks. være et vilkår at det aktuelle stress unngås. Det bør alltid stilles som vilkår at søker avstår fra kjøring og melder til fylkesmannen dersom det kommer flere anfall. Når det er igangsatt behandling bør det kreves at denne følges. Første gang det gis dispensasjon bør førerkortvarigheten som regel være ett år. Se pkt. 2.3.3 og 3.4.3 om dette. Har det så ikke vært flere synkoper, kan førerkortet ofte tilrås å få vanlig varighet.

12.5 Bevissthetsforstyrrelser av annen, usikker eller uklassifiserbar årsak

Uklassifiserbare "anfall" i førerkortsaker er ofte et resultat av for dårlig utredning (anamnese) eller for få opplysninger i saken. Fylkesmannen bør derfor vurdere å be om utfyllende opplysninger. Ofte avklares mye ved en telefonsamtale med søker (anfallsanamnese) og utredende lege. Forløp over en viss observasjonstid vil ofte gi vesentlig informasjon.

Noen momenter:

- Hvis anfallet/anfallene etter dette, og oftest i lys av forløpet/observasjonstiden og den utredning som er gjort, fremstår som bagatellmessige, evt. uten reelle bevissthetsforstyrrelser, taler det for dispensasjon. Dersom anfallene helt klart fremstår som trafikkmessig irrelevante, og uten bevissthetsforstyrrelse, kan man anse forskriftens krav for oppfylt.
- Enkeltstående, uklart "illebefinnende" i helt spesielle livssituasjoner, vil ofte etter noe tid vise seg å ikke ha residivfare. Dette kan dreie seg om kollapser i forbindelse med livskriser, ekstreme belastninger osv. Forskriftens krav kan ofte anses oppfylt.
- "Bagatellisering" av anfall som det ellers finnes dokumentasjon for (ambulansejournal, legejournal, osv.), gjør vurderingen vanskelig, da det skaper usikkerhet om det virkelig er fortsatt anfallsfrihet. Kan tale imot dispensasjon. På den annen side forekommer det nok at en pasient forteller om anfall som ikke har funnet sted for å oppnå oppmerksomhet/utredning. Det må gjøres en konkret, nøktern vurdering. Se pkt. 12.2.1.
- Anfall med bevissthetspåvirkning som man ikke uten videre kan klassifisere som trafikkmessig irrelevant eller tilbakelagt, men som tross adekvat utredning er uavklart: Det vil som regel være vanskelig å anse risikoen som lavere enn det som ligger til grunn for forskriftens krav.

- Funksjonelle anfall: Dette er anfall av psykosomatisk natur. De kan likne mye på epileptiske anfall, sjeldnere på synkoper. Diagnosen kan være vanskelig. Pga. den diagnostiske usikkerheten er hovedregelen at det ikke gis dispensasjon.

12.6 TIA som anfallslidelse?

Transitorisk iskemisk anfall (TIA) skyldes forbigående blod-/oksygenmangel i deler av hjernen, med forbigående (inntil 24 timer) nevrologiske symptomer/funn, som motoriske eller sensoriske forandringer, evt. synsforstyrrelser. TIA gir sjelden synkopeliknende anfall, og er derfor en lite sannsynlig årsak til bevissthetstap. TIA brukes derimot ikke sjelden som feilaktig diagnose på et uforklart bevissthetstap (pkt. 12.7). TIA som ikke har gitt bevissthetstap, omfattes som regel ikke av anfallsbestemmelsene. Se pkt. 18.3 om TIA og andre cerebrovaskulære sykdommer.

12.7 Narkolepsi og katapleksi

12.7.1 Forholdet til forskriftens helsekrav

Narkolepsi og/eller katapleksi er en "anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelse" og omfattes av forskriftens helsekrav/karenstider angående dette. Sykdommen kan gi unormalt sterk søvntrang om dagen, og/eller ukontrollerte innsovningsanfall/plutselig bortfall av muskeltonus. Den kan derfor være farlig i trafikken. Forskriftens krav anses derfor ikke oppfylt når diagnosen narkolepsi eller katapleksi er stilt eller behandling igangsatt. Forskriftens karenstid løper fra siste sykdomsmanifestasjon.

12.7.2 Dispensasjonspraksis

Det kan gis dispensasjon for gruppe 1 når behandlende nevrolog attesterer at sykdommen er under god kontroll, slik at den ikke gir sikkerhetsrisiko under kjøring. Medikamentene må i slike tilfeller heller ikke i seg selv gi økt sikkerhetsrisiko. For kl. C1(E) og C(E) kreves særlig gode holdepunkter for at det ikke vil inntreffe nedsatt bevissthet eller muskeltonus under kjøring, oftest demonstrert ved minst ett års fullstendig frihet fra brått inntredende hjernefunksjonsforstyrrelser, med eller uten behandling. Lengre karenstid bør kreves hvis symptomene har vært særlig alvorlige, og/eller ført til kjøreuhell. For kl. D1(E), D(E) og kjøreseddel/kompetansebevis for utrykningskjøring skal det vises særlig tilbakeholdenhet når narkolepsi er påvist, og som regel skal det ikke gis dispensasjon for disse klasser.

12.7.3 Transitorisk global amnesi (TGA)

TGA gir en periode (typisk av timers varighet) med hukommelsestap, men intakt funksjonsevne. Det er full restitusjon og ingen nevrologiske utfall. Fordi kjøreevnen ikke påvirkes, omfattes TGA ikke av forskriftens bestemmelser om anfall. Ved atypisk klinikk eller gjentakelser, må en vurdere om det er stillet riktig diagnose.

13 Psykiske lidelser

13.1 Forskriftens krav

Alle klasser: vedlegg 1 § 2 nr. 4 jf. §§ 3 og 4:

"*Det må ikke være alvorlig psykisk lidelse, vesentlig mental retardasjon eller personlighetsavvik som medfører nedsatt dømmekraft, impulskontroll eller atferdsforstyrrelser, som kan være farlige i trafikken."*

13.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Psykiske lidelser kan gi ulike symptomer og gi nedsatt livskvalitet og arbeidsevne, men likevel være uten betydning for trafikksikkerheten. Hvis en ikke-psykotisk psykisk lidelse medfører personlighetsavvik, impulsivitet eller andre symptomer som nedsetter kjøreevnen og reduserer trafikksikkerheten, medfører det at forskriftens helsekrav ikke er oppfylt. Dette kan for eksempel gjelde depressiv impulspreget suicidalitet. For ADHD, se kapittel 19.

Noen psykiske lidelser har et episodisk forløp, som bipolar affektiv lidelse, schizoaffektiv lidelse og tilbakevendende depressiv lidelse. Hvis det har forekommet minst to episoder som har medført nedsatt dømmekraft, impulskontrollsvikt eller atferdsforstyrrelser som kan være farlige i trafikken, selv om disse episodene ikke har vært av psykotisk natur, er ikke forskriftens helsekrav oppfylt.

Psykoser anses som en alvorlig tilstand, og forskriftens helsekrav er ikke oppfylt dersom:

- det er kronisk psykose eller har vært flere psykotiske episoder som har svekket kjøreevnen, og pasienten ikke er stabilisert av kontinuerlig behandling

og/ eller

- det har forekommet en mer alvorlig/langvarig psykotisk episode som har svekket kjøreevnen for mindre enn ett år siden, og/eller det må antas at det er fare for nye psykotiske episoder

Antipsykotiske medikamenter som bidrar til at en person er upsykotisk eller til at psykosen ikke innvirker på kjøreevnen, gir en risikoreduksjon som må ses i forhold til eventuelle uheldige psykomotoriske effekter av medikamentene. Helheten skal vurderes, jf. kap. 16.5.5.

Ved utbrente psykoser, etter mange år, er tilbakefallsrisiko lav. Dersom psykosen ligger 5 år tilbake, uten tegn til tilbakefall, er helsekravet oppfylt for lavere klasser. For tyngre klasser bør det ha gått 10 år.

Hvis det foreligger spesielle forhold som utløser en enkeltstående psykotisk episode, som for eksempel rusmiddelbruk, vil ikke forskriftens helsekrav være oppfylt før det

er dokumentert fravær av den utløsende faktoren selv om den psykotiske episoden ligger flere år tilbake i tid. Det må gjøres en konkret vurdering av den utløsende hendelsen.

Personlighetsavvik omfattes av forskriftens krav dersom det er holdepunkter for nedsatt dømmekraft, impulskontroll eller atferdsforstyrrelser, som kan være farlige i trafikken. For ADHD, se kapittel 19.

13.3 Meldeplikt

Meldeplikten etter helsepersonelloven § 34 inntrer når forskriftens krav ikke er oppfylt, se pkt. 13.2. Det bør gå fram av meldingen hvilke symptomer som foreligger, hvordan pasienten samarbeider, og hvor stor den trafikale risikoen må antas å være. Telefonisk melding kan være en nødvendig løsning i akutte situasjoner, men den må følges opp med en skriftlig melding.

Noen psykoser er kortvarige og uten gjentakelsesfare. Når disse har en årsak som er forklarlig, unngåelig og korrigerbar, skal legen informere pasienten om at han ikke har førerett så lenge helsekravene ikke er oppfylt. I slike tilfeller skal det ikke gis melding til fylkesmannen. En forutsetning er at personen er i stand til å håndtere dette på en sikker måte.

13.4 Attest ved søknad om dispensasjon

Ved opplysning om (gjennomgått) alvorlig psykisk lidelse og om episodisk lidelse, kreves attest fra behandlende lege. Attesten bør vurdere vedkommendes funksjon som motorvognfører. Ved førstegangssøknader eller viktige endringer i klasse eller endringer i helsetilstanden kreves det som regel attest fra spesialist i psykiatri, psykologspesialist eller epikrise fra psykiatrisk institusjon. For gruppe 2 (klasse C1 og C) og gruppe 3 (klasse D1, D og kjøreseddel mv.) må det foreligge en spesialistvurdering.

13.5 Dispensasjonspraksis

Impulsivitet, personlighetsendring, nedsatt dømmekraft og svekket kognitiv funksjon er kritiske symptomer for kjøreevnen.

Ved psykotiske episoder som omfattes av meldeplikten, men der risiko for tilbakefall ikke regnes for spesielt stor, kan det gis dispensasjon for gruppe 1 (de lavere førerkortklassene) etter 3-6 måneder. Ved manisk pregede psykoser og tilstander med endret virkelighetsoppfatning, bør det kreves fravær av alle symptomer av betydning for trafikksikkerheten i mer enn 6-12 måneder. Det må vurderes konkret om symptomene har betydning for trafikksikkerheten.

Det skal foreligge en forpliktende behandlingsplan og funksjonsvurdering fra fastlege psykolog eller psykiater (jf. punkt 13.4). Tidsbegrensning for dispensasjonen skal være gjenstand for individuell vurdering. Ved første gangs dispensasjon tilrås det at dispensasjon gis for ett år.

Schizofreni med relativt god sosial og kognitiv funksjon representerer ikke noen trafikksikkerhetsrisiko, og dispensasjon gis for gruppe 1 (kl. A, B, S, M og T). Dispensasjonen anbefales gitt en varighet på ett år i første omgang, senere lengre tidsrom inntil helsekravet igjen er oppfylt. Tidligere kjøreepisode(r) i psykisk ubalanse, og særlig om denne (disse) har ført til farlig kjøring eller har vært gjentatt, taler imot dispensasjon. Behandlende leges vurdering må sammenholdes med faktiske opplysninger om slike hendelser.

Personer under tvunget psykisk helsevern som trenger vedtak om tvungen legemiddelbehandling for at den antipsykotiske medikasjonen skal bli gjennomført, kan få dispensasjon hvis vedkommende gjennom slik behandling forblir upsykotisk eller får forbedret sin kjøreevne i tilstrekkelig grad.

Antipsykotika kan gi sedasjon og uønskede motoriske virkninger som kan gjøre bilkjøring risikofylt, jf. kapittel 16.

Når antipsykotisk behandling trappes ned for seponering, skal legen også vurdere faren for tilbakefall eller forverring av den psykiske lidelsen slik at kjøreevnen svekkes. Dersom faren ikke er ubetydelig, skal pasienten informeres om at helsekravet ikke er oppfylt, og at han ikke har førerett. Er det nødvendig med kjøreforbud i seks måneder eller mer, skal pasienten ha skriftlig melding med kopi til fylkesmannen. Kjøreforbud for mindre enn seks måneder, behøver ikke meldes skriftlig, jf. meldepliktsforskriften.

Ved episodisk psykisk lidelse, som bipolar affektiv lidelse, kan dispensasjon gis hvis kjøreevnen er tilfredsstillende mellom sykdomsperiodene, og det kan anses sikkert at pasienten selv, behandlende lege, pårørende, arbeidsgiver eller andre oppdager tegn til tilbakefall før kjøreevnen svekkes, slik at kjøring unngås i dårlige perioder.

For kl. C1 og C, og spesielt for kl. D1, D eller kjøreseddel m.v., må det være svært gode holdepunkter for god prognose. Dispensasjon for førstegangsutstedelse av gruppe 1 (klasse C1, C, D1, D og kjøreseddel mv.) bør bare gis der det er særskilt gode holdepunkter for at den psykiske lidelsen ikke har betydning for kjøreevnen.

14 Psykisk utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser

14.1 Forskriftens krav

Alle klasser: Vedlegg 1 § 2 nr. 4 jf. §§ 3 og 4: *"Det må ikke være alvorlig psykisk lidelse, vesentlig mental retardasjon eller personlighetsavvik som medfører nedsatt dømmekraft, impulskontroll eller atferdsforstyrrelser som kan være farlige i trafikken."*

14.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Forskriftens begrep er ”vesentlig mental retardasjon”. Ved psykisk utviklingshemming (IQ under 70 og korresponderende funksjonsnivå) er forskriftens helsekrav ikke oppfylt.

Ved gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, som autisme eller Aspergers syndrom, er forskriftens helsekrav ikke oppfylt når tilstanden er alvorlig eller omfattende, for eksempel når det foreligger språkløshet, eller tilstanden medfører manglende evne til å klare seg selv eller å være i arbeid eller annen vanlig funksjon.

14.3 Risiko, attest og dispensasjonspraksis

Moderne trafikk stiller store krav til dømmekraft og konsentrasjonsevne. Alderskravene for å inneha førerkort er uttrykk for samfunnets krav til modenhet, selvkontroll og dømmekraft. Selv om en psykisk utviklingshemmet gjennom praktisk trening kan bestå en teoretisk og praktisk prøve under tilnærmet ordinære betingelser, er det ikke sikkert at funksjonsevnen ellers er tilstrekkelig, f.eks. i en akutt oppstått vanskelig situasjon.

Dispensasjonsvurderingene vil handle om personer med lett psykisk utviklingshemming (IQ 50 - 69 og korresponderende funksjonsnivå). I praksis vil det være mest aktuelt med en dispensasjon for de personene som fungerer marginalt intelligensmessig, helt i grenselandet til psykisk utviklingshemming, altså IQ rundt 70. Moderat psykisk utviklingshemmede (IQ under 50 og korresponderende funksjonsnivå) vil ikke være strafferettslig tilregnelige og skal ikke gis førerett.

Avgjørelsen om hvorvidt det kan gis dispensasjon bør baseres på grundig spesialistvurdering, evt. med nevropsykologisk undersøkelse. Ønske om integrering av psykisk utviklingshemmede må ikke gå på bekostning av trafikksikkerheten.

De medisinske forhold ved vurderingen bør avklares før det investeres store ressurser (og forventninger) i kjøreopplæring. Vær oppmerksom på tilleggslidelser, f.eks. anfall eller synsfeltutfall. Søkeren må uansett bestå praktisk og teoretisk førerprøve under tilnærmet ordinære betingelser.

Det kan gis dispensasjon for kl. A, B, M, S og T bare dersom de førerkortrelevante kognitive funksjonene er tilnærmet adekvate for den førekortklasse det søkes dispensasjon for, spesialistens tilrådning er klart positiv, og den praktiske kjøreevnen er funnet god. Det skal ikke gis dispensasjon for kl. C1, C, D1, D eller kjøreseddel m.v.

Når det gjelder dispensasjonsvurderinger ved spesielt alvorlige og omfattende tilstander av autisme eller Asperger syndrom, vil det måtte gjøres en konkret vurdering av trafikksikkerhetsrisikoen i hvert enkelt tilfelle, og det bør legges stor vekt på den trafikale atferden vedkommende søker viser.

15 Kognitiv svikt - Demens

Se også kapittel 20 om generell helsesvekkelse pga. alder eller sykdom.

15.1 Forskriftens krav

Alle klasser: Vedlegg 1 § 2 nr. 4 jf. §§ 3 og 4: *"Det må ikke være alvorlig sinnslidelse, vesentlig mental retardasjon eller personlighetsavvik som medfører nedsatt dømmekraft, impulskontroll eller atferdsforstyrrelser som kan være farlige i trafikken."*

15.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Med mental retardasjon forstås kognitiv reduksjon. For psykisk utviklingshemming se kap. 14. Hos eldre mennesker (> 70-75) er det oftest en form for demenssykdom som er årsak til den kognitive svikten, de hyppigste formene for demens er demens av Alzheimers type, vaskulær demens eller en blanding av disse. Hos yngre er bildet mer sammensatt; demens forekommer, men man ser i høyere grad følgetilstander etter hodetraume, psykiatrisk sykdom og kognitiv reduksjon ved ulike nevrologiske lidelser (f. eks parkinsons sykdom og multippel sklerose). Forskriftens helsekrav er ikke oppfylt når det foreligger en kognitiv svikt/demens som kan antas å svekke kjøreevnen.

15.3 Risiko, attest og dispensasjonspraksis

Flere symptomer og tegn ved demens kan være farlige i trafikken: Redusert oppmerksomhetsevne, visuospatiell svikt (nedsatt evne til å forstå og handle i rom),), betydelig hukommelsessvikt, redusert dømmekraft og forlenget reaksjonstid, og apraxi (vansker med å utføre visse gjøremål). Både agnosi (nedsatt evne til å gjenkjenne objekter) og neglect (manglende oppmerksomhet mot én side) er meget risikofylte i trafikken. Pasienten kan ha dårlig sykdomsinnsikt, hvilket kan redusere evnen til å kompensere for funksjonssvikten. En person med demenssykdom kan kjøre seg vill, kjøre for sakte, ikke klare å følge skilting, kjøre feil i rundkjøringer, velge feil kjørebane, kjøre på rødt lys, og ha problemer i kryss. Holdepunkter for slike problemer kan være opplysninger om innblanding i (nesten-)ulykker, endret kjøreatferd, behov for "co-pilot", forelegg for forseelser, eller at pårørende er blitt redde for å sitte på. Kjøreanamnese med særlig vekt på endringer i kjøreatferd inngår som en naturlig del av vurderingen av videre førerett ved mistanke om demens. Komparentopplysninger er ofte viktige for vurderingen, selv om pårørende av ulike årsaker kan gi upresise opplysninger. Kognitiv svikt øker dessuten risikoen ved svekkelse av syn eller helse forøvrig.

Mange demente pasienter er eldre. I høyere aldersgrupper er det forholdsvis høy forekomst av kataract (øker blendingstendensen), glaucom (parasentrale synsfeltutfall), maculadegenerasjon (nedsatt visus), nedsatt mørkeadaptasjonsevne og nedsatt kontrastfølsomhet. Årsaken til den kognitive svikten kan dessuten i seg selv eller indirekte diskvalifisere. F.eks. kan gjennomgått cerebralt insult ha gitt homonyme synsfeltutfall, epilepsi, neglect og/eller førlighetsproblemer.

I en del tilfelle kan nevropsykologisk undersøkelse konkludere med et klart råd angående bilkjøring. Ingen nevropsykologisk test eller gruppe av tester har imidlertid udiskutabel verdi for å avgjøre trafikkrisiko.

15.3.1 Kognitiv testing

Mini Mental Status (MMS) er et grovt screeningsverktøy for orienterende kartlegging av kognitiv funksjon, og har vært brukt i en rekke undersøkelser av kjøreevne ved mental svikt. Det finnes flere ulike versjoner. Den versjonen som bør brukes, er Norsk revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR, 2008). I tillegg til kliniske opplysninger som kan gi holdepunkter for en bedømmelse av mental funksjon, kan følgende veiledende retningslinjer for vurdering ved MMSE-NR gis:

- 26 - 30 Oftest tilstrekkelig til kjøring, med mindre andre forhold taler imot
- 20 - 25 Ofte uforenlig med kjøring. Videre utredning kan være nødvendig for å avklare spørsmålet. Praktisk kjørevurdering kan være et nyttig supplement. Se pkt. 15.3.1.
- < 20 Diskvalifiserer dersom det ikke er meget gode holdepunkter for det motsatte.

Utdannelsesnivå påvirker testresultatet. Afasi kan også påvirke resultatet. MMS er primært beregnet på eldre. Vi vet lite om hvor valid testen er hos yngre personer med demens/kognitiv svikt.

Klokketest er en annen enkel test som fastleger kan gjennomføre. Denne kan særlig avdekke mangler i orienteringsevne og planmessig utføring. MMSE-NR og klokketesten med materiell, instruksjoner og skåringsregler foreligger som del av utredningsmateriellet fra Helsedirektoratet til bruk for demensutredning i kommunehelsetjenesten (www.aldringoghelse.no).

Også Trail Making Test (TMT) A og B kan være nyttige screeningstester, som særlig avdekker svekkelser i psykomotorisk tempo og evne til delt oppmerksomhet/simultankapasitet. TMT-testene påvirkes av afasi og er uegnet hvis pasienten ikke kan alfabetet.

Vi understreker at det aldri bør benyttes bare en test. Kombinasjonen av MMSE, klokketest, Trail making test A og B bør i de fleste tilfeller gjennomføres. I tillegg til eventuelle uakseptable resultater ved de tester som er gjennomført, taler følgende mot dispensasjon: Kritikkløshet, manglende sykdomsinnsikt, konkrete problemer i trafikken (se over). Neglect, agnosi og apraxi må alltid anses som uforenlig med kjøring. Rask progresjon taler imot kjøring. Fordi demens ofte er progredierende, må førerkort eller dispensasjon gis kort varighet, f.eks. 6 - 12 mnd.

De ovenstående betraktningene gjelder de lavere klassene (A1, A, B(E), M, S og T). Det må foreligge spesielt gode holdepunkter for trafikksikker kjøring hvis det skal kunne gis dispensasjon for klasse C1 eller C. Det skal ikke gis dispensasjon for klasse D1, D, kjøreseddel m.v.

15.3.2 Praktisk kjørevurdering

Det kan være stor diskrepans mellom de resultatene som oppnås ved MMSE-NR eller ved nevropsykologisk testing, og den kjøreferdighet som observeres ved kjøring. De faktorene som har vist størst sammenheng med praktisk kjørevurdering, er nedsatt rom/retningssans, nedsatt språkfunksjon og nedsatt oppmerksomhets-funksjon. Når de medisinske opplysninger etterlater tvil om vedkommende er i stand til å kjøre på trygg måte, eller når vurderingen av andre grunner er særlig vanskelig, kan derfor en praktisk kjørevurdering gi holdepunkter for om funksjonsnedsettelsen er forenlig med kjøring.

En praktisk kjørevurdering kan være lite sensitiv for problemer som kan oppstå i en uventet stressituasjon, og den kan være for kort til å avdekke konsentrasjons-problemer. Testen må derfor være minst så omfattende som en vanlig "oppkjøring", og må innbefatte relativt komplekse trafikkbilder. For saksgang vises til pkt. 3.12. Testen må ikke erstatte, men kan supplere, en medisinsk vurdering!

Når det er sikre holdepunkter for betydelig, trafikkrelevant kognitiv svikt, har det ingen hensikt å gjennomføre praktisk kjørevurdering.

16 Medikamenter

16.1 Forskriftens krav

Alle klasser:

Vedlegg 1 § 1 første ledd: ”*Ingen må føre motorvogn når vedkommende på grunn av sykdom, annen påvist eller sannsynlig helsesvekkelse eller bruk av medikamenter ikke er i stand til å kjøre på trygg måte.”*

Vedlegg 1 § 2 nr. 5 jf. §§ 3 og 4: *"Det må ikke være misbruk av alkohol eller andre rusmidler, og ikke bruk av beroligende eller bedøvende midler i doser som reduserer årvåkenhet eller kjøreevne."*

Vegtrafikkloven setter forbud mot kjøring under påvirkning av alkohol eller andre bedøvende midler. For alkohol er grensen satt til 0,2 promille alkohol i blodet. De fleste studier avdekker ferdighetssvekkelse relevant for bilkjøring fra rundt 0,5 promille. En rekke medikamenter kan nedsette oppmerksomhet, reaksjonsevne eller kritisk sans like mye som alkohol. Dette gjelder særlig kombinasjoner av to eller flere medikamenter.

Det er svært farlig i trafikksammenheng å kombinere ett eller flere bedøvende, beroligende eller stimulerende medikament med alkohol (selv en liten dose) før eller under bilkjøring. Det viser en norsk undersøkelse som ble publisert i oktober 2012. Risiko for alvorlig ulykke økte over 200 ganger for førere der det ble påvist slik påvirkning i blodprøver sammenlignet med førere som ikke hadde noe av disse stoffene i blodet.

Det er fastsatt forbudsgrenser svarende til 0,2 i promille for flere rusgivende legemidler, jf. *Forskrift om faste grenser for påvirkning av andre berusende eller bedøvende middel enn alkohol m.m.* av 01.02.2012. Disse grensene gjelder ikke der legemidlene brukes i samsvar med behandling foreskrevet av lege. Ved bruk av doser høyere enn gitt av lege, vil en omfattes av forskriften om ”Faste grenser”.

For misbruk vises til pkt. 17.3.3.

16.2 Hva omfattes av forskriften?

Ved medikamentbruk som "reduserer årvåkenhet eller kjøreevne" er ikke førerkortforskriftens helsekrav oppfylt.

Ved behovsforskrivning av beroligende, bedøvende og stimulerende midler kan uheldige effekter relevante for bilkjøring inntre selv ved lave doser, og helsekravene er da ofte ikke oppfylt. Legen bør informere om maksimal døgndose forenlig med bilkjøring.

Pkt. 16.5.11 inneholder en veiledende tabell over en viktig gruppe medikamenter i trafikal sammenheng. Den gir en oversikt over hvilke døgndoser som har slik virkning på kjøreevnen at helsekravet ikke er oppfylt, og hvilke doser som kan gi grunnlag for dispensasjon. En rekke medikamenter gir sedasjon eller andre virkninger som kan gi trafikkfare i vanlige terapeutiske doser, se punkt 16.5. Tabellen i 16.5.11 må leses med forsiktighet og i sammenheng med teksten i punktene 16.5.1 – 16.5.10.

Påvirkningsgraden er avhengig av vekt, alder, sykdom, omfanget av medikamentbruken, om smertestillende medikasjon står i forhold til smertene som behandles, og andre individuelle forhold. Personer med samme medikamentdose kan være påvirket i svært ulik grad noe som kan skyldes ulike serumverdier av medikamentet. Hvis det foreligger tvil om hvilken virkning en medikamentdose har på kjøreevnen, kan måling av serumnivå gi tilleggsinformasjon. Dette er spesielt relevant ved antiepileptisk medikasjon. For andre midler er analyser av serumkonsentrasjoner vanskelig å vurdere på grunn av usikkerhet omkring prøvetakningen. Metoden er lett å manipulere.

Kombinasjoner av flere av medikamentene vil gi innvirkning på kjøreevnen også i lavere doser enn det som framgår av tabellen. Førerkortforskriftens helsekrav er ikke oppfylt ved slike kombinasjoner.

16.3 Melding

Lege og psykolog som får opplysninger om bruk av medikamentdoser som gir trafikkfare, og dette antas å ikke være kortvarig (6 mnd. eller mer), skal han/hun skriftlig informere pasienten om at helsekravet ikke er oppfylt, og at pasienten derfor ikke har førerett. I brevet skal det opplyses om hvorfor helsekravet ikke er oppfylt. Kopi av brevet sendes som melding til fylkesmannen, jf. meldeplikten i lov om helsepersonell § 34.

16.4 Dispensasjonspraksis

Dispensasjon ved de medikamentdoser som gir trafikkfare, skal bare gis når det er godtgjort at medikamentpåvirkningen ikke har uakseptable innvirkninger på kjøreevnen i den aktuelle saken. Særlig ved kombinasjoner av medikamenter skal det vises forsiktighet med å gi dispensasjon.

Etter seponering av vanedannende legemidler kan det gis dispensasjon etter en observasjonsperiode tilpasset den enkelte sak. Etter bruk i rushensikt kan det for gruppe 1 gis etter en lengre observasjonsperiode (normalt 1 år, minst 6 måneder). Vurderingen vedrørende dispensasjon for gruppe 2 og 3 skal være strengere. Ved disse klassene vil det kreves en betydelig lenger observasjonstid, minst 5 år.

16.5 Medikamentene

En rekke medikamenter gir sedasjon eller andre virkninger som kan gi trafikkfare i vanlige terapeutiske doser. Benzodiazepinene og benzodiazepinlignende medikamenter er mest undersøkt og best dokumentert i denne sammenheng.

16.5.1 Benzodiazepiner, hypnotika og sedativa

Hypnotika, sedativa og benzodiazepiner har alle sederende virkning. Disse medikamentene har derfor stor innvirkning på kjøreevnen. Et inntak på 10 mg diazepam har blitt sammenlignet med blodalkoholkonsentrasjoner på omkring 0,7 promille når det gjelder forringelse av ferdigheter relevant for bilkjøring, målt kort tid etter inntak hos ikke tilvendte individer.

Clonazepam og alprazolam er de sterkeste benzodiazepinene på det norske markedet. (Styrkeforhold 10:1 i forhold til diazepam). Av den grunn er helsekravet til førerkort ikke oppfylt dersom en bruker disse legemidlene. Det skal utvises stor tilbakeholdenhet med å gi dispensasjon.

Mange føler seg ikke spesielt påvirket av benzodiazepiner. Det har sammenheng med at toleranseutviklingen for benzodiazepiner er uttalt for de subjektive effektene og lite uttalt for de objektivt målbare effektene relevant for bilkjøring.

I den veiledende tabellen i punkt 16.5.11 gis en oversikt over hvilke døgndoser som ikke er forenlig med førerett i de ulike klassene. Også lavere doser kan medføre trafikkrisiko, særlig ved samtidig bruk av andre legemidler (for eksempel opioider, sederende antipsykotika, antidepressiva, antihistaminer eller muskelavslappende midler) eller hos syke, svekkede eller eldre personer. Særlig varsomhet bør utvises under doseøkning. Terapeutiske doser hypnotika tatt om kvelden diskvalifiserer som regel ikke for kjøring dagen etter. Tiden mellom inntak og bilkjøring bør være lengst mulig.

Når hypnotika, sedativa og benzodiazepiner brukes i rushensikt eller med et misbrukspreg (for eksempel ved pasientstyrt dosering, overforbruk o.l.), skal det ikke gis dispensasjon.

16.5.2 Andre anxiolytika og sedativa

Angstdempende midler utenom benzodiazepingruppen har vanligvis ikke uakseptabel innvirkning på kjøreevnen, med unntak av prometazin, alimemazin, hydroksyzin og pregabalin, jf. tabellen i 16.5.11.

16.5.3 Sterke analgetika (opioider)

Det er en rekke opioidpreparater, men vi har ikke funnet grunnlag for å kunne gi noen av dem spesifikke dosegrenser fordi det ikke finnes evidens for slike grenser.

Opioider gis mot sterke smerter. De har i tillegg en viss sederende og euforiserende (ruslignende) virkning, men det skjer en betydelig tilvenning når det gjelder disse virkningene. Ved bruk av opioider alene, innenfor veiledende dosegrenser, vil derfor ikke meldeplikten etter helsepersonellovens § 34 bli utløst.

Ved oppstart av behandling med opioider og ved hver doseøkning vil føreretten ikke være oppfylt i minst to uker. Legen har derfor plikt til å gjøre pasienten oppmerksom på dette. Hvis medikamentet brukes over tid i fast døgndose som tilsvarer 300 mg morfin parenteralt eller mindre, og på klar medisinsk indikasjon, vil tilvenning skje slik at førerkortforskriftens helsekrav er oppfylt.

Hvis legen vurderer at medikamentet gir sedasjon eller annen virkning som er trafikkfarlig, for eksempel hvis pasienten er syk, svekket eller gammel, inntrer likevel meldeplikten. Hvis legen er i tvil, må fylkesmannen få melding.

Det ovenstående gjelder lavere førerkortklasser. Ved gruppe 2 og 3 vil førerkortforskriftens helsekrav ikke være oppfylt ved bruk av opioider, selv ved vanlige terapeutiske doser.

Ved samtidig bruk av andre beroligende eller bedøvende midler, eller medikamenter som kan antas å ha innvirkning på kjøreevnen, er ikke førerkortforskriftens helsekrav oppfylt, og meldeplikten inntrer.

Når det gjelder bruk av metadon, buprenorfin og andre opioider i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering, se pkt. 17.6.

Når opioider brukes i rushensikt eller med et misbrukspreg, skal det ikke gis dispensasjon.

16.5.4 Antidepressiva

Trisykliske antidepressiva

Disse kan gi sedasjon og akkomodasjonsparese og dermed trafikkfare. Bilkjøring bør unnlates før reaksjon på preparatet er kjent. Ved bruk i faste doser vil som regel helsekravene være oppfylt.

Andre antidepressiva

Selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI-preparater), rene noradrenalinreopptakshemmere, kombinerte noradrenalin- og serotonin-reopptakshemmere, MAO-hemmere og andre liknende antidepressiva gir vanligvis ingen uakseptabel påvirkning av kjøreevnen.

Mirtazapin og mianserin er antidepressiva som vanligvis gis om kvelden på grunn av en viss sederende effekt. Bruk av slike antidepressiva, særlig i kombinasjon med andre medikamenter, vil kunne ha betydning for dispensasjonsvurderingen.

16.5.5 Antipsykotika

Ved behandling med antipsykotisk medikament for å forebygge psykotiske episoder som kan svekke kjøreevnen, skal situasjonen vurderes helhetlig. Sedasjon og uønskede motoriske virkninger kan gjøre bilkjøring risikofylt. Bilkjøring bør unngås under innstilling, ved doseøkning, og inntil reaksjonen på legemiddelet er kjent. Etter tilvenning til fast dose kan brukeren ofte kjøre sikkert. Antipsykotiske medikamenter som bidrar til at en person er upsykotisk, eller at psykosen blir trafikkmessig irrelevant, gir en risikoreduksjon. Helheten skal vurderes, jf. kap. 13.2. Eldre antipsykotika har større innvirkning på kjøreevnen enn moderne (atypiske) antipsykotika. Kombinasjon med andre legemidler kan være risikofylt. Slik risiko kan være vanskelig å forutsi. Fylkesmannen bør legge vekt på behandlende leges samlede vurdering av medikasjon og grunnsykdom.

Når antipsykotisk behandling trappes ned for seponering, skal legen også vurdere faren for tilbakefall eller forverring av den psykiske lidelsen slik at kjøreevnen svekkes. Dersom faren ikke er ubetydelig, skal pasienten informeres om at

helsekravet ikke er oppfylt og at han ikke har førerett. Er det nødvendig med kjøreforbud i seks måneder eller mer, skal pasienten ha skriftlig melding med kopi til fylkesmannen. Kjøreforbud for mindre enn seks måneder, behøver ikke meldes skriftlig, jf. meldepliktsforskriften.

16.5.6 Antihistaminer

Antihistaminer kan ha betydelig sederende effekt. Føring av motorkjøretøy bør vurderes nøye før reaksjon på preparatet er kjent. Ved bruk i faste anbefalte doser vil som regel helsekravene være oppfylt, Unntakene er prometazin, alimemazin og hydroksyzin som omtales særskilt, jf. tabellen i 16.5.11.

16.5.7 Antiepileptika

Disse kan ha uttalte sedative og uheldige kognitive og psykomotoriske effekter.

Etter tilvenning til fast dose av ett medikament, som gir serumkonsentrasjon i terapeutisk område og adekvat anfallskontroll, vil som regel kjøreevnen ikke være påvirket. Kombinasjoner vil gir mer sedasjon enn monoterapi. Legen/spesialisten bør vurdere om medikasjonen påvirker kjøreevnen, og fylkesmannen kan som regel følge legens/spesialistens råd.

Antiepileptika ved epilepsi

Valg av legemiddel og dosering er i utgangspunktet en spesialistoppgave, og ved dispensasjonssøknader ved bruk av antiepileptiske medikamenter vil det derfor alltid måtte foreligge en spesialistuttalelse. Det må gjøres en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle, jf. kapittel 12.

Antiepileptika på annen indikasjon

Pregabalin og *gabapentin***.** Det foreligger lite dokumentasjon vedrørende sedasjon og andre bivirkninger, og de er derfor tatt ut av tabellen. Pregabalin og gabapentin er egentlig antiepileptika. Hyppigste bivirkninger er søvnighet og svimmelhet. De kan derfor svekke kjøreevnen, særlig ved samtidig bruk av opioider og/eller benzodiazepiner. I monoterapi ved terapeutisk dosering og etter tilvenning, foreligger det ikke dokumentasjon på at det er spesielt trafikkfarlig. Helsekrav for lette klasser er oppfylt. For tunge klasser må det søkes om dispensasjon uansett.

16.5.8 Anabole steroider

Illegal bruk av anabole steroider kan medføre aggressivitet og dårlig impulskontroll. Ved slik bruk vil førerkortforskriftens helsekrav ikke være oppfylt.

16.5.9 Sentralstimulerende midler

Se kapittel 19 om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) og 12.9 om narkolepsi/ katapleksi. All annen bruk av sentralstimulerende midler vil være uforenlig med bilkjøring.

16.5.10 Uregistrerte medikamenter

Bruk av uregistrerte midler som virker bedøvende, stimulerende eller beroligende, er uforenlig med bilkjøring. Helsekrav er ikke oppfylt for noen av klassene, og det skal utvises stor tilbakeholdenhet med å gi dispensasjon. Flere typer benzodiazepiner samt karisopropol er eksempler på denne kategorien.

16.6 Veiledende medikamenttabell

Dette er en oversikt over hvilke *døgndoser* som kan antas å ha slik innvirkning på kjøreevnen at forskriften vedlegg 1 § 2 nr. 5 ikke er oppfylt.

Tabellen må leses med forsiktighet og må alltid leses i sammenheng med teksten i kap. 13, 16 og 17. Påvirkningsgraden er avhengig av vekt, alder, sykdom, omfanget av medikamentbruken, om dosen står i forhold til sykdommen, og andre individuelle forhold. Personer med samme medikamentdose kan være påvirket i svært ulik grad og kan ha ulike serumverdier av medikamentet. Noen ganger kan måling av

serumnivå gi verdifull tilleggsinformasjon for å vurdere påvirkningsgraden og dermed mulig trafikkfare.

Kombinasjoner av flere av de nevnte medikamentene vil som regel gi innvirkning på kjøreevnen også i lavere doser enn det som framgår av tabellen. Vanligvis må veiledende doser for den eller de medikamentene som står i tabellen, reduseres med 50 %. Tilsvarende; ved bruk av tre og fire ulike medikamenter må veiledende doser reduseres med opp til 67 % og 75 %.

Tabell 1

En del viktige medikamenter og grensene for ***døgndoser*** i forhold til helsekravet for førerkort og dispensasjonspraksis

Medikament-grupper	**Medikament t/2(*)**	**Oppfyller helse-kravene**	**Dispensasjo for lavere klasser gis** **Dispensasjo for høyere klasser kan gis**	**Dispensasjon for lavere klasser kan g** **Dispensasjon for høyere klasser gis ikke**	**Dispensasjo uansett klasse gis ikke**
Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende medikamenter	Diazepam (20-50 t)	≤ 10 mg	11 - 15 mg	16 - 20 mg	> 20 mg
	Oksazepam (10-15 t)	≤ 30 mg	31 - 50 mg	51 - 65 mg	> 65 mg
	Alprazolam (**) (12 t)		1-2	0,5 -1 mg	> 1,0 mg
	Klonazepam (**) (30-40 t)			0,5 -1 mg	> 1,0 mg
	Nitrazepam (21-28 t)	≤ 7,5 mg	7,6 - 10 mg	11 - 15 mg	> 15 mg
	Flunitrazepam (18-26 t)	≤1 mg	1,1 - 1,5 mg	1,6 - 2 mg	> 2 mg
	Zopiklon (4-6 t)	≤7,5 mg	7,6 - 10 mg	11 - 15 mg	> 15 mg
	Zolpidem (0,8-4 t)	≤10 mg	11 - 15 mg	16 - 20 mg	> 20 mg
Opioider	(***)				
Antihistaminer som sedativum	Alimemazin (5 t)	≤10 mg	11-15 mg	16-20 mg	> 20 mg
	Prometazin (13 t)	≤ 25 mg	26-50 mg	51-75 mg	> 75 mg
	Hydroksyzin (15-25 t)	≤ 25 mg	26-50 mg	51-75 mg	> 75 mg
Antihistaminer ellers	(****)				
Antipsykotika	(****)				
Antidepressiva	(****)				
Antiepileptika	(****) (*****)				

* Medikamentenes halveringstid kan være betydelig lenger hos eldre personer og særlig ved leversykdom..

** Dispensasjonsadgang for alprazolam og clonazepam skal være trang.
*** Opioider. Hvis medikamentet brukes over tid i fast døgndose som tilsvarer 300 mg morfin eller mindre, og på klar medisinsk indikasjon, vil tilvenning skje slik at førerkortforskriftens helsekrav er oppfylt.
**** Antipsykotika, antidepressiva, de fleste antihistaminer og antiepileptika er tatt ut av tabellen. Årsaken er at grunnsykdommen har større betydning for evt. kjøreevne enn medikamentet. Helsekravet skal vurderes opp mot helheten.
***** Pregabalin og gabapentin. I monoterapi ved terapeutisk dosering og etter tilvenning, foreligger det ikke dokumentasjon på at det er spesielt trafikkfarlig. Helsekrav for lette klasser er oppfylt. For tunge klasser må det søkes om dispensasjon uansett. Pregabalin har et misbrukspotensial.

17 Rusmiddellidelser

17.1 Forskriftens krav

Alle klasser: Vedlegg 1 § 2 nr. 5 jf. §§ 3 og 4: *"Det må ikke være misbruk av alkohol eller andre rusmidler, og ikke bruk av beroligende eller bedøvende midler i doser som reduserer årvåkenhet eller kjøreevne."*

17.2 Rusmidler og rusmiddellidelse

Et rusmiddel er en vare - nærings- eller legemiddel - som konsumeres for sitt innehold av kjemiske stoff som påvirker nervesystem og sanseapparatet, dvs. såkalte psykoaktive eller berusende stoffer. Slike midler brukes til alt fra bedøvelse, for sin stimulerende effekt, eller for rekreasjon og nytelse. Bruk av rusmidler kan medføre individuelle og samfunnsmessige skader, både akutte skader og skader etter langvarig bruk.

Betegnelsen «rusmiddellidelse» erstatter «rusmisbruk» og dekker rusmiddelavhengighet og skadelig bruk av rusmidler. Skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler defineres i offisielle diagnosesystemer som ICD-10 som en psykisk lidelse. Personer som har en skadelig rusmiddelbruk, eller som er rusmiddelavhengige sliter ofte samtidig med andre lidelser. Det kan være somatiske eller psykiske lidelser som angst, depresjon, bipolar lidelse, ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) eller PTSD (post traumatic stress disorder), kognitive vansker og personlighetslidelser.

17.3 Rusmiddellidelse i førerkortsammenheng

Med skadelig bruk, mener vi en bruk som mer varig reduserer vedkommendes årvåkenhet og kjøreevne. Noen personer med rusmiddellidelse har perioder med og perioder uten skadelig bruk. Ved rusmiddelavhengighet og/ eller skadelig bruk av rusmidler vil helsekravene ikke være oppfylt. Det må i meldinger og attester redegjøres nøye for hvordan rusmiddelbruken arter seg, og om vedkommende kan være varig helsesvekket. En periodevis skadelig bruk kan ha sammenheng med en psykisk lidelse, se kap. 13.

Ved et høyt forbruk, men der en er i tvil om det er en skadelig bruk, kan det ses an i opptil 6 måneder før det gis melding. På den måten kan nødvendig utredning foretas, mens føreren har en sjanse til å redusere forbruket.

Dersom avhengigheten av og/eller den skadelige bruken av alkohol, illegale rusmidler eller medikamenter ligger langt tilbake i tid (normalt 5 år, minst 3 år), uten tegn på tilbakefall, er helsekravene oppfylt for de lavere klassene (gruppe 1) slik at det ikke er nødvendig med dispensasjon. For tyngre klasser, kjøreseddel m.v. (gruppe 2 og 3) bør det ha gått 5-10 år. Ved psykoser utløst av rusmiddelbruk er ikke forskriftens helsekrav oppfylt, jf. punkt 13.2.

Personer som er innlagt i institusjon eller er i behandling på annen måte for sin rusmiddellidelse, oppfyller som regel ikke førerkortforskriftens helsekrav. Det må gjøres en individuell vurdering før melding sendes fylkesmannen. De fleste personer som henvises til behandling, har i realiteten ikke oppfylt helsekravet allerede i noe tid, og skulle ha vært meldt på forhånd. For dispensasjon, se punkt 17.5.

Personer som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR), oppfyller ikke førerkortforskriftens helsekrav, jf. punkt 17.6.

17.3.1 Alkohollidelser

Med alkohollidelser (erstatter betegnelsen «alkoholmisbruk») menes her alkoholavhengighet og annen skadelig bruk av alkohol. Ved avhengighet er det som oftest et høyt forbruk og manglende evne til å kontrollere forbruket. Et høyt forbruk over tid kan gi en rekke somatiske og mentale forstyrrelser, og kan ha betydelige sosiale konsekvenser. En person med en kronisk alkohollidelse vil være påvirket store deler av tiden, og helsekravene er da ikke oppfylt.

Ved et daglig eller regelmessig høyt alkoholforbruk, vil verdiene på CDT % og/eller andre markører (se pkt. 17.5) konstant ligge over referanseverdien. . Det er da risiko for skader på indre organer. Eksempler på slike skader er leversvikt, nervesykdommer, sosiale eller psykologiske skader og hjerneskader. Et slikt alkoholforbruk har en uforsvarlig innvirkning på kjøreevnen, og forskriftens helsekrav er ikke oppfylt.

17.3.2 Bruk av illegale rusmidler

Hvis illegale rusmidler inntas før eller under kjøring, er vegtrafikklovens krav ikke oppfylt. Hvis det foreligger en hyppig bruk av illegale rusmidler, er kjøreevnen påvirket hele tiden, og helsekravene ikke oppfylt. Hvis de inntas sporadisk i små mengder og ikke i forbindelse med kjøring, vil dette ikke omfattes av forskriftens vedlegg 1 § 2 nr. 5.

17.3.3 Misbruk av medikamenter

Også medikamenter som er lovlige, eventuelt som blir forskrevet av lege, kan brukes på en slik måte at forbruket eller bruksmåten har et klart misbrukspreg. Med dette menes blant annet stadige krav om doseøkning, avtalebrudd, forsøk på juks med resepter eller illegalt ervervede medikamenter. Slik bruk medfører at helsekravet ikke er oppfylt.

Når det gjelder bruk av legale medikamenter på medisinsk indikasjon, men med ugunstig innvirkning på kjøreevnen, se kapittel 16.

17.4 Melding

Lege og psykolog som får opplysninger om rusmiddellidelse, skal melde dette til fylkesmannen, jf. meldeplikten i helsepersonelloven § 34. Dette gjelder der det er en langvarig (over 6 måneder) helsesvekkelse på grunn av rusmiddellidelse. Ved mer kortvarige situasjoner er det tilstrekkelig å informere pasienten om at helsekravet ikke er oppfylt, og at han derfor ikke har førerett (jf. kapittel 2.4). Meldingen skal redegjøre for hvorfor helsekravet ikke er oppfylt.

17.5 Dispensasjonspraksis

Dispensasjon for de lavere førerkortklassene A, B, M, S og T (gruppe 1) kan gis når alkohol-, stoff- eller medikamentfrihet er dokumentert over en lengre periode (normalt 1 år, minst 6 måneder), og søkeren har forpliktet seg til og vist at han kan gjennomføre deltakelse i oppfølgende behandling/kontroller. Krav til observasjonsperiode uten skadelig rusmiddelbruk avhenger av øvrige holdepunkter for at søker vil holde seg fri for skadelig bruk, belyst av opplysninger om tidligere misbrukshistorie, grad av etterlevelse av kontrollopplegg, hvor tett og betryggende kontrollopplegget er, og yrkesmessig/sosialt nettverk. Eksempelvis vil en person med alkohollidelse som tidligere har holdt seg rusmiddelfri lenge, som er i jobb der tilbakefall vil bli oppdaget, og er pålitelig og veltilpasset ellers, kunne gis dispensasjon når behandlende lege anbefaler det, spesielt for lavere klasser. Tidligere manglende etterlevelse av kontrollopplegg, blandingsmisbruk, og manglende sosialt og yrkesmessig nettverk vil kunne tilsi krav om vesentlig lenger observasjonstid.

Kontrollene vil oftest basere seg på klinisk inntrykk, samt eventuelt urin-, blod- og/eller andre prøver. Håranalyser kan være et supplement for vurdering av om det foreligger kronisk skadelig bruk av alkohol eller et annet rusmiddel. Spyttprøver kan bli en praktisk viktig prøveform. Ved alkoholmisbruk er det særlig prøvene CDT % (carbohydrat deficient transferrin), EtG (etylglucuronid), EtS (etylsulfat), leverprøver og MCV (mean cellular volume) som er aktuelle. For medikamenter og illegale rusmidler vil det for hvert stoff finnes spesifikke markører i urin eller blod, eventuelt spytt eller hår.

Vurdering av dispensasjonsspørsmål er ingen strafferettslig vurdering. Det må i disse sakene foretas en skjønnsmessig vurdering av validiteten og konsekvensene av de prøvesvar som foreligger. En dispensasjonsvurdering skal ikke bygges på prøver alene, men på en kombinasjon av klinisk og laboratoriemessig verifikasjon av opphørt skadelig bruk.

Det går fram av pkt. 17.3 at personer som er innlagt i institusjon, eller er i behandling på annen måte for rusmiddelmisbruk, som regel ikke oppfyller førerkortforskriftens helsekrav. De fleste personer som henvises, har i realiteten ikke oppfylt helsekravet allerede i noe tid og skulle ha vært meldt på forhånd. Det må alltid gjøres en individuell vurdering. Ved langvarig behandling i eller utenfor institusjon, og der det er gode kontrollrutiner for å avdekke misbruk, kan det etter minimum 6 måneder gis dispensasjon der dette anses som en del av rehabilitering/behandling. Det er en forutsetning at det er en betryggende oppfølging og kontroll. Personer som naturlig skulle ha søkt kvalifisert hjelp for sin rusmiddellidelse, men som ikke ønsker eller er i stand til å motta slik hjelp, skal ikke gis dispensasjon.

Hvilke kontroller som er nødvendige, må vurderes konkret i hver sak. Fra dispensasjon er gitt, bør slike kontroller som et minimum foretas hver måned i de første 6 måneder, annenhver måned de neste 12 måneder og senere kvartalsvis. Et minimumsnivå for slik oppfølging og kontroll vil bestå av kliniske kontroller (samtale og laboratorieprøver) hos personens hovedterapeut. Komparentopplysninger (fra ektefelle / partner / familiemedlemmer / arbeidsgiver eller andre) bør også innhentes, helst rutinemessig, men i hvert fall ved usikkerhet om grunnlaget for dispensasjonen fortsatt er tilstede. Hvis personen ikke aksepterer at komparentopplysninger blir innhentet, kan dette meldes til fylkesmannen for ny vurdering av dispensasjonen.

Vurderingen vedrørende dispensasjon for klasse C1, C, D1, D, kjøreseddel og kompetansebevis for utrykningskjøring (gruppe 2 og 3) skal være vesentlig strengere. Ved de høyere klassene vil det vanligvis måtte kreves minst 5 år fravær av rusmiddelmisbruk. Dessuten må det kreves at dette er dokumentert på en svært betryggende måte (vanligvis gjennom detaljerte kliniske opplysninger kombinert med relevante laboratorieprøver).

17.6 Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Forutsetningen for å være i LAR er opioidavhengighet etter ICD-10. Denne bakgrunnen utgjør i utgangspunktet en helserisiko. Substitusjonsbehandling med metadon, buprenorfin eller andre opioider ved opioidavhengighet må antas å medføre en viss trafikksikkerhetsrisiko i tillegg. Buprenorfin er en partiell opioidantagonist, og synes derfor å gi en noe lavere sikkerhetsrisiko enn øvrige opioider. Etter tilvenning er sikkerhetsrisikoen begrenset. Tilvenning til opioider skjer i vesentlig større utstrekning enn til f.eks. benzodiazepiner.

I søknad om dispensasjon skal det gis detaljerte opplysninger om misbrukets historikk og omfang samt det kontrollopplegget søkeren er i. Dette innebærer opplysninger om det legemiddelet som brukes, dosering, inntaksform, hvilke personer og instanser som deltar i kontrollen og rehabiliteringsopplegget, hvordan søkeren følger opp avtalene, søkerens sosiale status og funksjon, søkerens helsemessige status, hvilke rutiner som foreligger for kontroll av at det ikke inntas andre berusende eller bedøvende midler, og de øvrige opplysningene som den konkrete saken gir grunnlag for å innhente.

Personer i LAR kan gis dispensasjon for førerkort i kl. A, B, S, M og T (gruppe 1) forutsatt at:

a) behandlingen skjer under betryggende oppfølging og kontroll ved rehabiliteringsinstans og med navngitt forskrivende lege

b) dosen er innstilt og har vært stabil over en periode på minst 6 måneder

c) det ikke er bruk av andre beroligende eller bedøvende midler

d) bruk av illegale stoffer er opphørt i lang tid; normalt ett år, minst 6 måneder.

Når spesialisthelsetjenesten har kommet til at fastlegen og kommunale instanser kan stå for den videre oppfølgingen, anses vilkårene i a) å være oppfylt, hvis kontrollopplegget beskrives og anses betryggende, og forskrivende lege navngis.

Hvilket kontrollopplegg, for eksempel hvilken hyppighet av urinprøver som kan anses betryggende, vil måtte vurderes individuelt, men et kontrollopplegg i tråd med det som er beskrevet i Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (IS-1701), kan vanligvis anses som betryggende.

Det er en absolutt forutsetning for dispensasjonen at det er fravær av misbruk av rusmidler, og at vedkommende følger oppsatte behandlingsopplegg og kontroller. Det forutsettes at behandler er seg bevisst den umiddelbart inntredende meldeplikten ved tilbakefall til rusmiddelmisbruk.

Ved dosejustering kan førerevnen bli svekket. Det gjelder alltid ved doseøkning, og da vil føreretten ikke være oppfylt inntil 2 uker etter endt justering. Ved dosereduksjon vil det måtte foretas en konkret vurdering der det legges vekt på hurtigheten av nedtrappingen. Ved langsom nedtrapping over måneder, for eksempel i forbindelse med avslutning av behandling, vil førerevnen kunne opprettholdes.

Det ovenstående gjelder de lavere førerkortklassene. Det er gitt dispensasjon for klasse C ved særlig betryggende kontrollopplegg og forhistorie. Det skal ikke gis dispensasjon for klasse D1, D, utrykningskjøring eller kjøreseddel.

17.6.1 LAR og tilleggslidelser

Personer i LAR har ofte samtidig psykisk lidelse og/eller nedsatt kognitiv funksjon. I slike tilfeller er også behov for andre spesialistvurderinger.

Enkelte personer er i LAR og får samtidig behandling for ADHD med sentralstimulerende legemiddel. Det skal da ikke gis dispensasjon, da en slik kombinasjon gir uforutsigbar og ofte uakseptabel påvirkning på kjøreevnen.

Det må også vises stor tilbakeholdenhet med dispensasjon til pasienter i LAR som bruker et ikke-sentralstimulerende medikament for ADHD. Det må gjøres en grundig individuell vurdering med hensyn til dose, virkning, bivirkning, stabilitet, fungering osv. Det må være etablert et godt kontrollopplegg, og fylkesmannen skal utvise stor grad av forsiktighet.

Relativt ofte kommer det spørsmål om dispensasjon for personer i LAR som i tillegg bruker en liten dose sovemedisiner (gjerne benzodiazepiner). Det skal da ikke gis dispensasjon, jf. pkt. 17.6. Når bruken av slike medikamenter, brukt på vanlig terapeutiske indikasjoner og uten rushensikt, opphører, kan det gis dispensasjon hvis det blir dokumentert at bruken er opphørt. Dette vil vanligvis kunne dokumenteres i løpet av et par måneder.

Ved bruk av analgetika, hypnotika eller sedativa i korte perioder, på vanlig terapeutisk indikasjon, skal behandlende lege gi pasienten beskjed om at helsekravene ikke er oppfylt og kjøring ikke tillatt så lenge behandlingen varer.

18 Nevrologiske lidelser (unntatt "anfallslidelser")

18.1 Forskriftens krav

Alle klasser vedlegg 1 § 2 nr. 6 jf. §§ 3 og 4: *”Det må ikke være andre sykdomstilstander som gjør eller kan gjøre føreren uskikket til å føre motorvogn.”*

18.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Helsekravene anses ikke oppfylt når det er holdepunkter for at tilstanden kan gjøre eller gjør føreren uskikket. Dette må vurderes konkret på grunnlag av opplysningene. Nevrologiske sykdommer kan påvirke bevissthetsgrad, førlighet, syn/synsfelt eller mental funksjon. Det vises til de respektive kapitler. Risikoen for progresjon må vurderes.

18.3 Apoplexi, hemiplegi, halvsidig neglekt

18.3.1 TIA – forbigående cerebrovaskulære symptomer/funn

Tema i dette punktet er residivfare, dvs. risiko for at nye episoder kan gi akutt nedsatt kjøreevne.

Transitorisk iskemisk anfall (TIA) skyldes forbigående blod-/oksygenmangel i deler av hjernen, med forbigående (inntil 24 timer) nevrologiske symptomer/funn, som motoriske eller sensoriske forandringer, evt. synsforstyrrelser. TIA gir sjelden synkopeliknende bevissthetstap. Men det kan gi akutte symptomer som kan være farlige om de plutselig oppstår under kjøring. Etter ett eller flere TIA vil ca. 10% få en ny cerebrovaskulær hendelse i løpet av de første tre månedene. Risikoen er størst de første ukene. Etter tre måneders residivfrihet er årlig risiko ca. 5 %. Etter ett eller flere TIA avhenger prognosen av utredning og igangsatt behandling. De første to til fire uker etter TIA bør man ikke kjøre bil, og forskriftens krav anses ikke oppfylt i denne perioden (§ 2 nr. 6 ”andre tilstander”).

Dersom det ikke kommer flere episoder i løpet av to til fire uker fra behandling er igangsatt, og man ikke finner underliggende årsaker som taler for høy residivrisiko, kan man som regel igjen anse forskriftens krav for oppfylt, for lavere klasser. Dersom det ikke settes inn nødvendig behandling, f.eks. fordi pasienten ikke medvirker, eller utredningen etter spesialistens vurdering taler for høy risiko, vil forskriftens krav fortsette å ikke være oppfylt. Likeledes dersom det kommer nye cerebrovaskulære episoder, tross de risikoreduserende tiltakene. Det må da som regel sendes melding. Dispensasjon for kl. A, B, S, M og T kan gis når behandlende lege begrunner at risikoen for nye TIA cerebrovsakulære hendelser er liten.

For høyere klasser omfattes TIA alltid av § 2 nr. 6 om ”andre tilstander”. Det skal sendes melding til fylkesmannen. For vurdering av dispensasjon skal tilgrunnliggende årsaker og risikofaktorer være utredet (f eks høyt blodtrykk, høye

kolesterolnivåer, trombosetendens, atrieflimmer, klaffefeil, atherosklerose i hoved- eller halspulsårene), og forebyggende behandling/behandling av risikofaktorer (med f.eks. Albyl E, Plavix, Persantin, Marevan eller annet) skal være utprøvd over noe tid. Pasienten skal være vurdert av spesialist. For kl. C1, C(E) eller kjøreseddel for drosje kan det vurderes dispensasjon etter en lengre observasjonstid, f.eks. 6-12 mnd., dersom behandlende spesialist klart anbefaler dette. Praksis skal være forsiktigere jo større kjøretøyet er og jo større omfang kjøringen har. For kl. D1, D og kjøreseddel for buss skal det følges en meget forsiktig praksis, og ikke dispenseres før tidligst etter ett år. En grundig spesialistvurdering er påkrevd.

18.3.2 ”Hjerneslag”/cerebrovaskulær sykdom med følgetilstander

Hovedtemaet i dette punktet er følgetilstanden etter en cerebrovaskulær hendelse, og om den nedsetter kjøreevnen. Det er imidlertid også viktig å vurdere residivfaren, spesielt for høyere klasser. I likhet med TIA omfattes ”hjerneslag” alltid av § 2 nr. 6 om ”andre sykdomstilstander” når det gjelder høyere klasser (gruppene 2 og 3). Det skal derfor alltid sendes melding til fylkesmannen for disse klassene. Observasjonstidene med tanke på residivfare i pkt. 18.3.1, kommer uansett til anvendelse som etter TIA.

Hjerneslag (hjerneblødning eller hjerneinfarkt) kan gi følgetilstander som tilsier at helsekravene ikke er oppfylt, bl.a. førlighet (se kap 25), synsfelt (homonyme utfall, se kap. 7) og kognitiv funksjon (se kap. 15). Spesielt medfører halvsidig uoppmerksomhet (neglekt) en uakseptabel trafikkrisiko. Neglekt kan være vanskelig å påvise og krever da grundig spesialistvurdering. Ved neglekt er forskriftens helsekrav ikke oppfylt, og det skal ikke gis dispensasjon. Ved kognitiv reduksjon kan nevropsykologisk vurdering være aktuelt. Ved komplekse tilstander kan spesialavdelinger/rehabiliteringsavdelinger foreta en helhetsvurdering av kjøreskikketheten. (I hvert regionale helseforetak er det minst en avdeling som har kompetanse på dette området.) I slike tilfelle bør det også foretas en grundig, praktisk kjørevurdering.

Spørsmål om førligheten er tilstrekkelig for sikker manøvrering av vognen, dersom vedkommende medisinsk sett vurderes å kunne kjøre og tilstanden anses stabil, avgjøres av vegmyndigheten. Se kap. 25.

Hjerneslag kan gi symptomer og tegn av meget ulik alvorlighetsgrad, også i forhold til bilkjøring. Når symptomer og/eller tegn antas å kunne påvirke kjøresikkerheten, vil det som regel være hensiktsmessig at egnethet som fører vurderes ca. tre måneder etter debut av hjerneslaget. Den største bedring i funksjon skjer i løpet av disse første tre måneder, og de fleste slagrammede når sitt maksimale funksjonsnivå ved tre måneder. Vedkommende bør som regel frarådes bilkjøring til vurderingen er foretatt. Dersom man antar at det er oppstått følgetilstander som kan gjøre føreren uskikket etter seks måneders observasjonstid, inntrer skriftlig meldeplikt. Melding skal da sendes når antakelsen foreligger, og ikke utsettes til etter endelig vurdering. Se også pkt. 18.3.1 om observasjonstid med tanke på residivrisiko.

19 Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)

19.1 Forskriftens krav

Alle klasser: Vedlegg 1 § 2 nr. 4 og nr. 6 jf. §§ 3 og 4:

- *Det må ikke være alvorlig sinnslidelse, vesentlig mental retardasjon eller personlighetsavvik som medfører nedsatt dømmekraft, impulskontroll eller adferdsforstyrrelser, som kan være farlige i trafikken*
- *Det må ikke være andre sykdomstilstander som gjør eller kan gjøre føreren uskikket til å føre motorvogn.*

19.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Sykdommen medfører oppmerksomhetssvikt, særlig i forhold til oppgaver som krever konsentrasjon over tid. Uro, rastløshet og manglende evne til å strukturere oppgaver er vanlige symptomer. For personer med hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) uten vesentlige tilleggssymptomer er det påvist en nokså lett forhøyet ulykkesrisiko.

19.2.1 Hyperkinetisk forstyrrelse uten atferdsforstyrrelse (F90.0, F90.8)

Hvis det foreligger hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) med kombinert forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet (F90.0), eller ADHD hovedsakelig med oppmerksomhetsforstyrrelse (ofte brukes da F90.8. i ICD-10, selv om det korrekte egentlig er F98.8), men uten atferdsforstyrrelse, er førerkortforskriftens helsekrav oppfylt for de lavere førerkortklassene (A1, A, B(E), M, S og T). Det har ikke betydning om tilstanden behandles med sentralstimulerende medikament eller ikke.

Hvis den oppmerksomhetsforstyrrelsen som hører til ADHD, og som vanligvis ikke har vesentlig betydning for trafikkatferd, etter en konkret vurdering (vanligvis foretatt av behandlende lege) antas å være av en slik grad og art at kjøreevnen påvirkes vesentlig, vil imidlertid førerkortforskriftens helsekrav heller ikke være oppfylt for de lavere klassene.

Det er en viss komorbiditet ved ADHD. Hvis det samtidig foreligger angsttilstander, bipolar affektiv lidelse (se kap 13), medikamentbruk (se kap. 16), bruk av alkohol eller andre rusmidler (se kap. 17), eventuelt andre tilstander, vil det etter en konkret vurdering kunne antas at ADHD uten atferdsforstyrrelse medfører at førerkortforskriftens helsekrav ikke er oppfylt for de lavere klassene.

Den lett forhøyede ulykkesrisikoen ved ADHD uten atferdsforstyrrelse medfører at forskriftens helsekrav ikke er oppfylt for de høyere førerkortklassene (C1(E), C(E), D1(E) og D(E)), og dermed heller ikke for kjøreseddel eller kompetansebevis.

19.2.2 Hyperkinetisk forstyrrelse med atferdsforstyrrelse (F90.1)

Noen personer med hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) har utagerende atferd, nedsatt impulskontroll og andre atferdsforstyrrelser. Det er en forhøyet ulykkesrisiko ved ADHD med atferdsforstyrrelse (F90.1 i ICD-10).

De formene for atferdsforstyrrelse som faller inn under dette, er vanligvis dyssosial eller aggressiv atferd (og ikke bare opposisjonell eller trassig atferd). Når det foreligger hyperkinetisk forstyrrelse (F90), skal tilstanden da klassifiseres som hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (F90.1). Dette er i mange tilfeller den mest korrekte måten å bruke ICD-10 på, også hos voksne, men til en viss grad følges en diagnostisk praksis som innebærer at det diagnostiseres F90.0 og i tillegg en dyssosial/antosisial eller aggressiv/eksplosiv personlighetsforstyrrelse (F60.2 eller F60.3). Hvilken diagnostisk praksis som følges, er uviktig. Det sentrale er å få dokumentert om det foreligger hyperkinetisk forstyrrelse kombinert med atferdsforstyrrelse.

Ved slike tilstander er førerkortforskriftens helsekrav ikke oppfylt for noen førerkortklasser.

19.3 Attest

Ved søknad om dispensasjon skal det foreligge uttalelse fra den legen som har søkeren i behandling. Fylkesmannen kan innhente spesialisterklæring hvis det finnes nødvendig. Attesten skal gjøre rede for om det foreligger utagerende atferd, nedsatt impulskontroll eller andre atferdsforstyrrelser (F90.1), eller om det bare foreligger oppmerksomhetsforstyrrelse med eller uten hyperaktivitet (F90.8/F98.8 eller F90.0). Det skal også redegjøres for om det foreligger komorbide lidelser eller rusmiddelbruk. I tillegg skal det gjøres en vurdering av om symptomene er av en slik art at kjøreevnen påvirkes vesentlig. Bruk av sentralstimulerende medikamenter eller andre medikamenter skal angis. Det skal angis hvilken effekt behandlingen har og om den følges opp adekvat.

19.4 Risikovurdering og dispensasjonspraksis

19.4.1 Lavere klasser (A, B, M, S og T)

Dispensasjonssøknader for de lavere førerkortklassene ved hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) er aktuelle bare hvis det foreligger hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (F90.1), eller slike forhold som for øvrig framgår av pkt. 19.2.1.

Dersom tilstanden hos den aktuelle søker er preget av sterk utagering, manglende impulskontroll eller annen atferdsforstyrrelse, eller hvis det er samtidig alvorlig personlighetsavvik, skal det vanligvis ikke gis dispensasjon for de lavere klassene.

19.4.2 Høyere klasser (C1, C, D1, D, kjøreseddel og kompetansebevis)

Når det diagnostiseres ADHD uten atferdsforstyrrelse hos en førerkortinnehaver som har klasse C1 eller C fra tidligere, vil dispensasjonsvurderingen ofte kunne støtte seg til den trafikkatferd vedkommende har vist. Det kan gis dispensasjon hvis det foreligger opplysninger som tyder på at kjøreatferden er trafikksikker og har vært det

over tid (3 år). Søker bør framlegge attest fra politiet, arbeidsgivere, behandlende lege, forsikringsselskaper og andre som underlag for en slik vurdering.

Når det søkes om førerkort i klasse C1 eller C første gang, kan det tilsvarende søkes innhentet opplysninger om vedkommendes trafikkatferd med andre (mindre) kjøretøy over tid (3-5 år). Særlig må man være oppmerksom på at noen personer med ADHD uten atferdsforstyrrelse kan ha tendens til å kjøre fort. For øvrig må det innhentes de kliniske opplysningene som er nødvendige for å kunne danne seg en begrunnet mening om den trafikksikkerhetsrisikoen den aktuelle søker må antas å ha.

Det blir tilsvarende vurderinger ved klasse D1, D, kjøreseddel og kompetansebevis, men det må da foreligge enda sterkere holdepunkter for at kjøreatferden har vært trafikksikker over tid. Det skal derfor vises stor tilbakeholdenhet med å gi dispensasjon for første gangs utstedelse av førerkort i klasse D1, D eller kjøreseddel m.v. Det bør kunne gjøres en noe mer liberal vurdering dersom det ikke dreier seg om etablering som sjåfør, men om begrenset kjøring som ledd i annen virksomhet.

For utrykning med utrykningskjøretøy bør det vanligvis ikke gis dispensasjon ved hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) som har trengt eller trenger spesiell oppfølging eller medikasjon, da slik kjøring er spesielt risikofylt. Hvis det gjennom nødvendige spesialistvurderinger og vurdering av kjøreatferd er spesielt godt dokumentert at lidelsen ikke har hatt eller vil få betydning for trafikksikkerheten under utrykning, kan dispensasjon gis. Dette gjelder også ved evt. inntak til utdanning som utrykningssjåfør.

Dersom tilstanden hos den aktuelle søker er preget av sterk utagering, manglende impulskontroll eller annen atferdsforstyrrelse, eller hvis det samtidig foreligger alvorlig personlighetsavvik, skal det ikke gis dispensasjon for de høyere førerkortklassene, selv ved sterke behov.

19.4.3 Generelt for alle førerkortklasser

Dersom behandlende lege mener sentralstimulerende midler er indisert, skal det kreves at disse inntas som avtalt med legen, og at nødvendig behandlingsopplegg følges. Sentralstimulerende midler tatt i denne sammenheng, under faglig betryggende kontroll, er altså en forutsetning for, ikke en kontraindikasjon mot, bilkjøring.

Tilstanden er vanligvis stabil. Hvis det gis dispensasjon for første gangs utstedelse av førerkort i en klasse, bør dispensasjonen tidsbegrenses, vanligvis til to år. Hvis det etter en slik periode vurderes at trafikkatferden er forsvarlig og det ellers finnes grunnlag for fortsatt dispensasjon, kan denne vanligvis gis uten særskilt tidsbegrensning, også for høyere førerkortklasser.

19.5 Praktisk kjørevurdering

Når de medisinske opplysningene og opplysningene om trafikal atferd, eventuelt andre opplysninger, gjør vurderingen særlig vanskelig, kan en praktisk kjørevurdering noen ganger gi holdepunkter for om tilstanden er forenlig med kjøring. Den kan imidlertid være lite sensitiv for problemer som kan oppstå i en uventet stressituasjon, og den kan være for kort til å avdekke konsentrasjon-problemer. Dessuten kan enkelte ha en annen kjøreatferd med sensor i bilen enn de har uten. Testen må derfor være minst så omfattende som en vanlig ”oppkjøring”, og må innbefatte forholdsvis sammensatte trafikksituasjoner. For saksgang vises til pkt. 3.12. Testen kan ikke erstatte en medisinsk vurdering.

20 Generell helsesvekkelse pga. alder eller sykdom

Se pkt. 3.2 om vurdering av sammensatte helseproblemer og kap. 15 om kognitiv svikt – demens.

20.1 Forskriftens krav

Alle klasser: Vedlegg 1 § 2 nr. 6 jf. §§ 3 og 4: *" Det må ikke være andre sykdomstilstander som gjør eller kan gjøre føreren uskikket til å føre motorvogn."*

20.2 +Hva omfattes av forskriftens krav?

Helsekravene anses ikke oppfylt når det er holdepunkter for at tilstanden kan gjøre eller gjør føreren uskikket, dvs. når vedkommende er så kognitivt og/eller fysisk svekket at det kan medføre trafikksikkerhetsrisiko. Som nevnt under 3.2, vil det oftest være ett medisinsk problem som er hovedtema. Når det er flere forhold, bør den trafikksikkerhetsmessig mest alvorlige tilstanden tillegges hovedvekten. Dersom det er flere problemer som hver for seg taler imot dispensasjon, kan det tilsi avslag selv om en ikke uten videre kan "summere" de ulike forholdene. Det må gjøres en konkret vurdering av i hvilken grad risikoen ved de ulike helseproblemene påvirker hverandre, og om samlet risiko tilsier at trafikksikkerhetskravet ikke er oppfylt.

Vurderingen av skikkethet som fører kan imidlertid være vanskelig. Det vil ofte være hensiktsmessig med en praktisk kjørevurdering ved trafikkstasjonen for å få klarlagt vedkommendes kjøreferdighet, jf. pkt. 3.12. Dersom tilstanden må antas å være progressiv, bør førerkortet evt. ha kort gyldighet. Politiet har for øvrig rett til etter vegtrafikklovens § 34 å tilbakekalle føreretten også når det er skjellig grunn til å tro at førerkortinnehaverens kunnskaper eller kjøreferdighet ikke er tilfredsstillende. Tilbakekall av førerett ved generell svekkelse av fysisk eller psykisk helse behøver derfor ikke nødvendigvis bygge på medisinske vurderinger.

Vi understreker at så langt det lar seg gjøre, skal en etterstrebe en eller flere diagnoser og ikke bare kalle det generell helsesvikt. Spesielt når det gjelder "yngre eldre" dreier det seg oftest om et helseproblem. Hos de aller eldste, fra 85-90 års alder, er det ofte ikke så lett å skille mellom aldring og helse, men en bør forsøke å være så presis som mulig i den aldersgruppen også.

20.3 Dispensasjon

Det skal ikke dispenseres når vedkommende er så kognitivt og/eller fysisk svekket at det medfører trafikksikkerhetsrisiko.

21 Respirasjonssvikt

21.1 Forskriftens krav

Alle klasser: Vedlegg 1 § 2 nr. 6 jf. §§ 3 og 4: *” Det må ikke være andre sykdomstilstander som gjør eller kan gjøre føreren uskikket til å føre motorvogn.”*

21.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Respirasjonssvikt defineres som arteriell pO2 < 8 kPa eller pCO2 > 6,7 kPa når det pustes luft ved havnivå. Ved respirasjonssvikt nedsettes konsentrasjonsevne, kritisk sans, hukommelse og reaksjonsevne. Dette kan være en sikkerhetsrisiko ved bilkjøring, og forskriftens krav kan som regel ikke anses oppfylt.

21.3 Dispensasjonspraksis

Dersom oksygentilførsel holder oksygentrykket høyere enn 8 kPa og det ikke er klinisk påvirkning av evt. hypercapni (høy pCO2), kan det gis dispensasjon for førerkort i kl. A, B, M, S og T på vilkår av at det benyttes oksygen under kjøring, etter behandlende spesialists anbefaling. Personer med respirasjonssvikt kan få ganske brått innsettende forverrelser av oksygentensjon og CO2-nivå, f.eks. under fysiske eller psykiske belastninger. Det bør derfor ikke gis dispensasjon for kl. C1, C, D1, D eller kjøreseddel m.v. Hos yngre søkere med helt stabil, ikke progredierende lungelidelse, og med tilfredsstillende oksygentensjon (helst minst 9-10 kPa) med tilførsel, og uten hypercapni (dvs. pCO2 < 6,7 kPa), kan det gis dispensasjon for fornyelser også av kl. C1, C, D1, D eller kjøreseddel når lungespesialist gir klar anbefaling om dette, og avslag ville medføre tap av erverv. Vi vil anta at dette gjelder et svært lite antall personer.

21.4 Søvnapnoe

Søvnapnoe kan gi sterk søvntrang og trolig også redusert kognitiv funksjon om dagen. Tilstanden kan omfattes av § 2 nr. 6 om ”andre tilstander” i slike tilfelle, dersom behandlende spesialist mener tilstanden gir så alvorlige symptomer om dagen. Vurderingen må være mer forsiktig for høyere klasser og kjøreseddel enn for lavere klasser.

22 Diabetes mellitus

22.1 Forskriftens krav

Gruppe 1 (kl. A, B, S, M og T) - ingen særskilte krav, evt. vedlegg 1 § 2 nr. 3: *"Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet i løpet av de siste 12 måneder."* og § 2 nr. 6 *"andre sykdomstilstander".*

Førerkortforskriftens § 4.1 angir at: *"Føreretten skal likevel ha varighet på maksimalt fem år dersom innehaveren har diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre antidiabetika."*

Gruppe 2 (C-klassene): Vedlegg 1 § 3 nr. 5 lyder nå (fra 1. august 2011):

"5. Ved diabetes som behandles med insulin eller andre blodsukkersenkende medikamenter, må

a) det ikke ha vært alvorlig hypoglykemi (lavt blodsukker) de siste 12 måneder

b) føreren være fullt oppmerksom på utviklingen av hypoglykemi

c) føreren regelmessig kontrollere blodsukkeret minst 2 ganger daglig i forbindelse med kjøring

d) føreren kunne redegjøre for farene ved hypoglykemi

e) det ikke være tegn på alvorlige komplikasjoner til sykdommen.

Førerkortet kan ikke gis lenger gyldighetstid enn 3 år."

Gruppe 3 (D1, D, kjøreseddel m.v.). Her er det i Vedlegg 1 § 4 nytt nr. 3 som lyder:

"Det må ikke være diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre blodsukkersenkende medikamenter.."

Ved dispensasjon kan heller ikke her gyldighetstiden være lenger enn 3 år.

Kravene i gruppe 3 er som tidligere bortsett gyldighetstiden.

22.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Gruppe 1.

For disse klassene (A, B, S, M og T) omfattes sykdommen av vedlegg 1 § 2 nr. 3 dersom det har vært alvorlige hypoglykemier eller hypoglykemier som har medført fare i trafikken. Disse skal altså meldes til fylkesmannen og krever dispensasjon for å ha førerett.

”Andre sykdomstilstander” vil først og fremst være senkomplikasjoner til diabetes som gjør at helsekravene ikke er oppfylt, se 22.6.1.

Gruppe 2

Her er helsekravet oppfylt, også for klasse CE, når det kan svares positivt på de fem vilkårene a) til e). Dette vil framgå av helseattesten, spesielt tilleggsattesten NA-0202b. Dersom ett eller flere av punktene ikke er oppfylt, kreves dispensasjon fra fylkesmannen for å ha førerett og få utstedt førerkort for C-klassene. Merk at helsekravet for gruppe 1 kan være oppfylt

Gruppe 3.

Her er det ingen endringer fra tidligere og førerkort i disse klassene, kjøreseddel og kompetansebevis kan bare utstedes når fylkesmannen har gitt dispensasjon. Retningslinjene for dispensasjon er også i det alt vesentlige uendret.

22.3 Legeattest

NA-0202 og NA-0202b (de nye versjonene fra 2011) skal alltid foreligge hvis diabetespasienten behandles med insulin eller andre blodsukkersenkende medikamenter, utfylt av spesialist i indremedisin eller primærlege dersom det er denne som behandler og kontrollerer sykdommen. Attest fra indremedisiner kan kreves når det anses nødvendig, jf. vedlegg 1 § 5 femte ledd nr. 4.

22.4 Type-1 diabetes vs. type-2 diabetes

Diabetes deles (noe forenklet) i type 1 og 2. Type 1 skyldes en autoimmun destruksjon av betacellene i bukspyttkjertelen, med sviktende insulinproduksjon. Den oppstår oftest hos yngre mennesker, og behandles med insulin. Type 2 skyldes ofte en kombinasjon av insulinresistens (nedsatt insulineffekt) og en relativ eller absolutt insulinmangel. Denne typen oppstår oftest hos noe eldre personer, men kan også oppstå hos unge. Behandlingen er i første rekke livsstilsendring (fysisk aktivitet, vektnedgang, kostrestriksjoner), og/eller tabletter (perorale antidiabetika), eventuelt i kombinasjon med insulin eller GLP-1 analoger, sjeldnere insulin alene.

Risikoen knyttet til sykdom og behandling er ulik for type 1 og 2. Tabletter, GLP-1 analoger og insulin er sidestilt i forskriften fordi hypoglykemi også kan utløses ved tablettbehandling, fordi overgang til insulin må påregnes, og fordi man ikke ønsker at førerkortforskriftens krav skal påvirke valg av behandling.

22.5 Hypoglykemi

Hypoglykemi (blodglukose lavere enn 3,9 mmol/l) kan nedsette dømmekraft og oppmerksomhet uten at bevisstheten tapes (av noen kalt ”nevrohypoglykemi”), men i alvorlige tilfelle gi kramper og nedsatt bevissthet/bevisstløshet. Med alvorlig hypoglykemi menes blodglukose under 3,9 og at vedkommende i tillegg trenger assistanse fra en annen person. Hypoglykemi kan inntre brått og uventet. Både tendensen til hypoglykemi og evnen til å merke den i tide viser individuelle variasjoner. Man må imidlertid regne med at tendensen til hypoglykemi kan øke og evnen til å merke den kan avta med tiden. Moderne diabetesbehandling har ikke eliminert risikoen for hypoglykemi, heller tvert imot. Et relativt lavt gjennomsnittlig blodsukker (uttrykt ved blodprøven HbA1c), reduserer risikoen for senkomplikasjoner, men kan øke risikoen for hypoglykemi.

Konsekvensene av hypoglykemi kan bli særlig alvorlige i tungt kjøretøy, ved personbefordring eller utrykningskjøring. Yrkessjåførvirksomhet kan føre til uregelmessig livsførsel og måltider, slik at risikoen øker. Da tiden en yrkessjåfør tilbringer bak rattet er lang, øker den samlede risikoen. Insulinbehandlede diabetespasienter bør derfor ikke drive yrkesmessig sjåførvirksomhet, kjøre tyngre kjøretøyer eller drive personbefordring. På lengre sikt kan diabetes også medføre senkomplikasjoner som øyesykdom, nevropati, koronarsykdom og cerebrovaskulær sykdom som kan påvirke kjøreevnen eller risikoen ved kjøring, jf. NA-0202 pkt. 6, 7, 9 og 10.

22.6 Dispensasjon

22.6.1 Dispensasjon for gruppe 1 (kl. A, B, S, M og T)

Det er bare nødvendig å søke om dispensasjon når vedlegg 1 § 2 nr. 3 kommer til anvendelse, jf. ovenfor. At årsaken oftere lar seg bringe på det rene enn ved andre tilfelle av bevissthetsforstyrrelse, tilsier spesiell dispensasjonspraksis. Hypoglykemi under bilkjøring regnes som alvorligere enn hypoglykemi uten samtidig bilkjøring. Dersom grunnen til hypoglykemien er klarlagt og eliminert, f.eks. ved endret kontroll-/behandlingsopplegg, kan dispensasjon gis så snart fakta er klare, endringer gjennomført og har vist seg effektive. Ved vurdering av dispensasjon på grunn av alvorlige senkomplikasjoner, vises til NA-0202 pkt. 6, 7, 9 og 10.

22.6.2 Dispensasjon for gruppe 2 (kl. C1 og C)

Den store endringen fra 1. august 2011 gjelder gruppe 2 (C-klassene). Når de fem vilkårene i § 3 nr. 5 er oppfylt, fyller vedkommende helsekravene og trenger ikke søke dispensasjon. Hvis ett eller flere av kravene ikke er oppfylt, skal spørsmålet om dispensasjon vurderes etter de samme retningslinjene som gjelder for dispensasjon i gruppe 3, se nedenfor. For klasse C1 til privat bruk (ikke yrkeskjøring) kan praksis være liberal, mens den for C og yrkeskjøring i utgangspunktet må være som for klasse D. Alvorlige senkomplikasjoner vurderes ut fra den aktuelle lidelsen, se 22.6.1.

22.6.3 Dispensasjon for gruppe 3 (kl. D1, D, kjøreseddel, kompetansebevis for utrykningskjøring m.v) ved type-1 diabetes

Diabetes type 1 medfører ganske høy risiko i trafikken, og dispensasjonspraksis skal være restriktiv.

Dispensasjon for førstegangsutstedelse skal ikke innvilges, av de sikkerhetsmessige årsaker som er nevnt over. Ved fornyelse må det legges vekt også på søkerens behov, særlig dersom avslag vil bety tap av allerede etablert erverv. På den annen side vil yrkeskjøring ofte øke risikoen, jf. ovenfor. Dette gjelder spesielt rutebussførere, som er avhengige av å følge rutetabellen, og trailersjåfører i langtransport. Drosjesjåfører har bedre muligheter til å tilpasse kjøringen til matinntak og dagsform. Ved utrykningskjøring vil mulighetene til å stoppe ved mistanke om lavt blodsukker, for blodsukkermåling eller matinntak, være begrenset. Det taler sterkt imot dispensasjon for slik kjøring.

Følgende retningslinjer for vurderingen gjelder fornyelser:

- Velregulert sykdom, der søkeren har god evne til å merke hypoglykemi, kan være forenlig med dispensasjon for klasse D1 til privat bruk forutsatt særlige behov (jf. pkt. 5.5.1). Dispensasjon kan også gis for kjøreseddel for drosje når søkeren er etablert som sjåfør og det er små muligheter til annet arbeid. Dispensasjon skal ikke gis for kl. D eller kompetansebevis for utrykningskjøring.

- Velregulert sykdom, men med hypoglykemi som søkeren ikke har merket i tide, som har gitt bevissthetspåvirkning eller krevd legebehandling, er dårligere forenlig med dispensasjon. En forutsetning for dispensasjon er at det er foretatt endringer i behandlings-/kontrollopplegget som har vist seg å hindre gjentakelser. Dispensasjon kan da gis for kl. D1 til privat bruk, forutsatt særlige behov (jf. pkt. 5.5.1 og evt. 3.1). Dispensasjon kan unntaksvis også gis for kjøreseddel for drosje når søkeren er etablert som sjåfør og det er små muligheter til annet arbeid, forutsatt at hypoglykemien har en årsak som utvilsomt er eliminert, som f.eks. feil på insulinpenn. Dispensasjon skal ikke gis for kl. D eller kompetansebevis for utrykningskjøring.

- Hypoglykemi som har gitt kjøreuhell taler sterkt imot dispensasjon for kl. D1, D og kjøreseddel m.v. Klageinstansen har i helt spesielle tilfelle fraveket dette prinsippet når det gjelder begrenset kjøring av lastebil som ledd i annen virksomhet (se pkt. 3.1), og hypoglykemien har hatt helt klar, ekstraordinær, eliminert årsak.

- Dårlig diabeteskontroll, dårlig sykdomsinnsikt, manglende evne eller vilje til å utføre blodsukkermålinger eller gjennomføre behandlingen, redusert evne til å merke hypoglykemier, eller gjentatte, alvorlige slike, er uforenlig med dispensasjon, selv ved sterkt yrkesmessig behov.

- Unge søkere kan ha god diabeteskontroll og god evne til å merke hypoglykemi. Man må regne med at tendensen til hypoglykemi kan øke og evnen til å merke den kan avta med tiden. Dette, sammen med at omskolering blir vanskeligere med årene, taler for streng

dispensasjonspraksis, selv ved velregulert sykdom og sterkt ønske om yrkeskjøring.

Dispensasjon gis på visse vilkår, se 22.7, 22.8 og 22.9.

22.6.4 Dispensasjonspraksis for gruppe 3 for personer med type-2 diabetes.

Dispensasjonspraksis gruppe 3 ved perorale antidiabetika (tabletter) eller GLP-1 analoger

Perorale antidiabetika i normale doser medfører en langt lavere risiko for hypoglykemi enn insulin. Mange pasienter med type-2 diabetes er overvektige og har insulinresistens. Disse kan ha meget lav hypoglykemirisiko, også på insulinbehandling. Nyere medikamenter har lavere risiko for hypoglykemi enn enkelte eldre medikamenter (sulfonylurea). Dersom sykdommen er under god kontroll på ordinære doser antidiabetika, og legen attesterer at hypoglykemirisikoen er lav, kan det være forsvarlig å gi dispensasjon også for førstegangsutstedelse av førerkort gruppe 3 og kjøreseddel m.v. Forutsetningene er altså at:

- sykdommen er velkontrollert på tabletter eller GLP-1 analoger
- det ikke er alvorlige komplikasjoner, jf. NA-0202b pkt. 9 og NA-0202 pkt. 6, 7, 9 og 10.
- legen attesterer at det ikke har vært hypoglykemiepisoder og at risikoen for dette er lav.

I vedtaket må det gjøres oppmerksom på at fornyelser ikke kan påregnes dersom sykdommen utvikler seg ugunstig. Dispensasjonen kan altså bare gis for maksimalt 3 år.

Dispensasjonspraksis gruppe 3 ved insulinbehandling av type-2 diabetes

Insulinbehandling medfører vesentlig lavere hypoglykemirisiko ved type-2 diabetes enn ved type 1. Dette skyldes trolig insulinresistens og at pasienten ofte har en egenproduksjon av insulin. Pasienter med type-2 diabetes som ikke har komplikasjoner og der legen attesterer at det ikke har vært problemer med hypoglykemi, bør derfor kunne få dispensasjon for fornyelse av førerkort i kl. D1, D og kjøreseddel m.v., forutsatt at det godtgjøres tungtveiende behov.

Under de samme forutsetninger kan det gis dispensasjon for førstegangsutstedelse for kjøreseddel for drosje. For kl. D og kjøreseddel for buss kreves meget gode holdepunkter for lav hypoglykemirisiko, og dispensasjonen bør ikke ha varighet mer enn to år.

22.7 Begrenset kjøring som nødvendig del av annen virksomhet

Når kjøringen utgjør en liten, men helt nødvendig del av annen ervervsvirksomhet, kan det helt unntaksvis være aktuelt å gi dispensasjon for førerkort på spesielle vilkår. Geografisk begrenset førerkort kan være hensiktsmessig i denne sammenheng, men bare dersom den effektivt hindrer kjøring over lengre avstander

og ordinær sjåførvirksomhet. Behovet for kjøring viser seg ofte å være større enn det søknaden ga inntrykk av. Fysisk arbeid av varierende intensitet kan medføre økt risiko for hypoglykemi. Erfaringsmessig har det vist seg å være kontrollproblemer knyttet til slike særordninger. I samråd med Vegdirektoratet oppfordres til spesiell tilbakeholdenhet. Utstedelse av førerkort med geografisk begrensning betinger vedtak i Vegdirektoratet, jf. pkt. 26. Søkeren må gjøres uttrykkelig oppmerksom på at senere utvidelser ikke kan påregnes.

22.8 Vilkår ved dispensasjon (type-1 diabetes og type-2 diabetes)

Sikker kjøring forutsetter at sykdommen er under tilfredsstillende kontroll, at blodsukkeret ikke er for lavt, og at lavt blodsukker umiddelbart kan korrigeres. Eventuell dispensasjon for kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v. må gis under forutsetning av at søkeren:

1. møter til kontroll hos behandlende lege/spesialist så ofte som denne finner det påkrevd
2. nøye overholder den medikasjonen som blir forordnet og de anvisninger legen gir
3. straks avbryter kjøringen hvis symptomer på hypoglykemi skulle inntre
4. alltid har med sukker under kjøring
5. kontrollerer blodsukkeret minst 2 ganger daglig i forbindelse med kjøring

22.9 Varighet når kravene (for lavere klasser) er oppfylt (type-1 diabetes og type-2 diabetes)

Når innehaver av førerkort kl. A, B, S, M eller T fyller helsekravene, kan førerkort vanligvis innehas med den varighet behandlende lege anbefaler, inntil fem år. Etter førerkortforskriftens § 4.1 er dette lengste førerkortvarighet ved medikamentelt behandlet diabetes. (3 år for Gruppe 2 og 3). Kortere varighet gis dersom sykdommen har vært eller er mindre stabil eller velregulert. Vilkår, se avsnitt 22.8.

23 Hjerte- og karsykdommer

23.1 Forskriftens krav og omfang

23.1.1 Klasse A, B, S, M og T (gruppe 1)

For førerkort i klasse A, B, S, M og T, kan hjertesykdom komme inn under betegnelsen "andre sykdomstilstander" i § 2 nr. 6. Eksempler på dette er pasienter som er anbefalt ICD på grunn av spesielt høy risiko for alvorlig rytmeforstyrrelse (som har takket nei), hovedstammestenose (frem til intervensjon er foretatt), angina i hvile eller ved lett psykisk belastning. Ofte vil disse tilstandene ha varighet kortere enn 6 mnd. Formell førerkortinndraging er da ikke nødvendig. Dersom tilstanden har lengre varighet, må fylkesmannen gjøre en konkret risikovurdering. Det legges betydelig vekt på tilrådning fra kardiolog.

23.1.2 Kl. C1, C, D1, D (gruppe 2 og 3) og kjøreseddel m.v.

Forskriftens vedlegg 1, § 3 nr. 6: *”Det må ikke være symptomgivende hjertesykdom, tegn på koronarsykdom, koronarsykdom i sykehistorien eller vanskelig kontrollerbar blodtrykkssykdom.”*

Forskriften omfatter altså koronarsykdom, uansett om den for tiden gir symptomer eller krever behandling. Koronaropererte og personer som har gjennomgått PCI (”blokking”, ”stenting”, ”POBA”, tidligere ofte kalt PTCA) omfattes. Begrepet ”symptomgivende hjertesykdom” er nærmere spesifisert i de enkelte punkter nedenfor.

23.2 Attest ved hjertesykdom

Attest fra primærlege er som regel tilstrekkelig ved kl. A, B, S, M og T ved angina pectoris, gjennomgått koronaroperasjon/PCI eller hjerteinfarkt, med mindre opplysningene tilsier at sykdommen kan representere en så alvorlig fare for trafikksikkerheten at den anses omfattet av "andre sykdomstilstander", jf. 23.1.2. Fylkesmannen må vurdere behovet for spesialistattest basert på primærlegens opplysninger.

<u>For øvrige klasser skal det foreligge attest fra spesialist i hjertesykdommer/sykehuspoliklinikk</u>. Om dette er vanskelig tilgjengelig, og søker er utredet i løpet av det foregående år, kan attest fra primærlege godtas når den er vedlagt kopier fra spesialistutredning. Dokumentasjonen skal uansett redegjøre for de forhold som er nevnt i det relevante avsnitt nedenfor, medikasjon, om videre utredning er planlagt, og gi en vurdering av prognosen. Utredningen skal være foretatt i løpet av det siste året før søknaden, da sykdommen kan progrediere.

23.3 Koronarsykdom: Angina pectoris og gjennomgått hjerteinfarkt

23.3.1 Klasse A, B, S, M og T (gruppe 1)

Stabil angina er ikke til hinder for å anse førerkortforskriftens helsekrav for oppfylt. Hvileangina eller andre holdepunkter for høy risiko for plutselig indisponerthet, kan tilsi at § 2 nr. 6 om ”andre tilstander” ikke er oppfylt. Kjøring kan vanligvis gjenopptas 2-4 uker etter infarkt, dersom tilstanden er stabil.

23.3.2 Kl. C1, C, D1, D (gruppe 2 og 3) og kjøreseddel m.v.

Forskriftens krav er ikke oppfylt. Det er risikoen for plutselig illebefinnende, oftest ved ventrikulær arytmi, som avgjør om dispensasjon kan gis. Denne avhenger av om det er symptomer på hjertesvikt eller fortsatt angina, arbeidskapasiteten ved A-EKG, om det oppstår arytmi, hypotensjon eller iskemitegn ved A-EKG, om det har vært ventrikulære arytmier, og ikke minst venstre hovedkammers pumpefunksjon. Risiko er som regel knyttet til gjennomgått infarkt eller annen skade av venstre hovedkammer.

Observasjonstid: De aller fleste som søker dispensasjon fra kravene til hjertesykdom er invasivt utredet. Etter utredning og/eller revaskularisering (bypassoperasjon, PCI) skal undersøkelsene som danner grunnlaget for dispensasjonsvurderingen være utført tidligst seks uker etter inngrepet. Ekkokardiografi utført i forbindelse med utredning for PCI (ikke bypass) behøver ikke gjentas etter seks uker. Når det helt unntaksvis ikke er foretatt invasiv utredning eller revaskularisering, gjelder ett års observasjonstid.

Risikoen for akutt illebefinnende, og dermed om det kan gis dispensasjon, bedømmes ved:

a) Om det er stabil klinisk tilstand (en absolutt forutsetning for dispensasjon).

b) Graden av symptomer. Symptomer bør kun forekomme ved store fysiske anstrengelser, funksjonsklasse I. Ved funksjonsklasse III (symptomer ved lett aktivitet, som gange på flatmark) skal det ikke gis dispensasjon. Funksjonsklasse II er forenlig med dispensasjon bare dersom øvrige forhold er gunstige.

c) Arbeidskapasitet ved arbeids-EKG: Helst bør arbeidskapasiteten uten iskemitegn, -symptomer eller arytmier være >90% av forventet etter alder, kjønn og vekt (skal etter faglig god skikk angis i legens notat). Høy arbeidskapasitet styrker søknaden. Arbeidskapasitet angis i Watt, og må ikke forveksles med frekvensresponsen (makspuls i % av aldersforventet). Dårlig frekvensrespons ses først og fremst ved inadekvat belastningsnivå (test avbrutt for tidlig) og ved betablokkerbruk (vil gjelde de fleste aktuelle pasienter), og er uten betydning i førerkortsaken.

d) Venstre hovedkammers funksjon: Ejeksjonsfraksjon (EF) bør overstige 40% målt ved ekkokardiografi (Simpsons metode), og 50% målt ved radionuklidventrikulografi eller røntgen ventrikulografi. Hjerteaneurysme (lokalisert ”utposning”) gir risiko for ventrikulær arytmi, og taler imot dispensasjon. Regional veggbevegelsesabnormitet (områder av venstre ventrikkel som ikke beveger seg normalt) gir også risiko, men små abnormiteter har liten betydning. Dilatasjon av venstre ventrikkel (”udiskutabel” dilatasjon foreligger som regel ved mer enn ca. 6 cm i endediastole, noe avhengig av kroppstørrelse) indikerer nedsatt pumpefunksjon. EF-måling har ganske stor måleusikkerhet. Ved klar dilatasjon må EF som regel antas å være nedsatt. EF under grensene nevnt over taler relativt sterkt imot dispensasjon. Ved EF < 30 % skal det ikke dispenseres. EKG-tegn på gjennomgått transmuralt infarkt (”infarktsekvele”) tilsier som regel at det foreligger en skade av venstre hovedkammer, som kan gi risiko.

e) 24-timers EKG (Holter eller R-Test 4): Høyt antall VES, og VES i serie, er risikomarkører, men klar grense er vanskelig å trekke. Er det observert ikke-vedvarende VT (NSVT) skal det ikke gis dispensasjon. Tilsvarende gjelder selvsagt dersom søker har hatt vedvarende eller symptomgivende VT (vedkommende vil da som regel bli vurdert for ICD). (VT eller VF i løpet av de første 1-2 døgn av akutt hjerteinfarkt antas ikke å ha prognostisk betydning, og er sjelden tema i førerkortsaker.)

f) Angiografifunn: Søker skal være godt revaskularisert. Ubehandlede, proximale stenoser eller ubehandlet trekarsykdom taler meget sterkt imot dispensasjon.

Ved førstegangsutstedelser skal det som regel ikke dispenseres. Evt. skal det være fullt tilfredsstillende forhold ved alle punktene over. Den samlede risiko øker med antallet år, og risikoen for forverringer av sykdommen blir høyere. Man må ta i betraktning faren for at sykdommen utvikler seg uheldig, og den vanskelige situasjon som da oppstår, hvis søker har fått etablere seg som sjåfør.

Ved fornyelser danner punktene grunnlag for en samlet risikovurdering, der enkeltstående, mindre avvik kan aksepteres. Avvik på flere punkter taler sterkere imot dispensasjon. Risiko er det viktigste tema, men den må i noen grad veies mot behovet. Dispensasjon gis lettest for kl. C1, C og kjøreseddel for drosje, mens man bør være mer restriktiv for kl. D1, D og kompetansebevis for utrykningskjøring.

Varigheten av dispensasjon vurderes ved generelle risikofaktorer: Røyking, kolesterol, overvekt, diabetes og fysisk aktivetsnivå/mosjon. Observasjonstidens lengde har også betydning. Langvarig, stabil tilstand taler for lengre dispensasjonsvarighet. Ved vesentlige risikofaktorer, som røyking etter PCI, bør dispensasjonstiden ikke være lengre enn ett år, mens det ved tilfredsstillende risikoprofil og lang observasjonstid kan gis f.eks. for fem år, i lys av legens råd. Det skal uansett kreves adekvat sekundærprofylaktisk medikasjon, i samsvar med behandlende leges råd. Det er ikke noe krav om ”medikamentfrihet”, snarere tvert imot, da adekvat sekundærprofylakse reduserer risikoen.

23.4 Hjertesvikt

Hjertesvikt kan skyldes bl.a. koronarsykdom, klaffefeil og kardiomyopatier (hjertemuskelsykdommer). Hjertesvikt kommer inn under de samme forskriftsbestemmelser som koronarsykdom. Det vises til pkt. 23.3. For lavere klasser vil hjertesvikt dermed kun omfattes ved alvorlige symptomer i hvile. For høyere klasser gjøres en prognostisk vurdering etter de samme retningslinjer som ved koronarsykdom.

23.5 Hjerteklaffesykdom - klaffeopererte

Personer med hjerteklaffesykdom som har gitt symptomer, og personer som er operert med mekanisk klaffeprotese, anses å ha symptomgivende hjertesykdom, og omfattes av forskriftens krav til kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v.

Klaffeplastikkopererte og personer med biologisk klaffeprotese omfattes ikke av kravene til noen førerkortklasse, med mindre det har vært symptomer eller tegn som kan være farlige i trafikken. Klaffeopererte omfattes av forskriftens krav til kl. A, B, S, M og T bare dersom det har vært symptomer/funn som omfattes av andre punkter i forskriften, spesielt bevissthetsforstyrrelser.

Mekanisk hjerteventil krever antikoagulasjonsbehandling for å hindre hjerneemboli og ventiltrombose. Risikoen er vesentlig større ved mitral- (”MVR”) enn ved aortaventil (”AVR”). Dersom tilstanden etter operasjonen er god, uten symptomer eller funn forenlig med koronarsykdom eller hjertesvikt, og antikoagulasjonsbehandlingen har vært godt gjennomført over tre måneder, kan dispensasjon gis for fornyelser slik:

- AVR-opererte: Alle klasser.
- MVR-opererte: Førerkort i kl. C1, C, D1 for privat bruk og kjøreseddel for drosje.

Det bør ikke gis dispensasjon for førstegangsutstedelse av utvidet førerkort.

23.6 Hjertearytmier

23.6.1 Generelt

Bestemmelsene om anfallssykdom gjelder også for hjertearytmier som påvirker bevisstheten. Malign arytmi kan dessuten omfattes av § 2 nr. 6 ”andre tilstander”, selv etter karenstiden etter siste bevissthetspåvirkning, dersom risikoen for tilbakefall tilsier at bilkjøring er uforsvarlig. Kjennskap til årsaken, effekt av behandling og prognosen for grunnsykdommen er avgjørende. Det kan gis dispensasjon fra bestemmelsene om anfallsfri periode når årsaken er kjent og igangsatt eller utført behandling er ansett som effektiv mot denne. Dersom arytmien er ablasjonsbehandlet, kan dispensasjon gis når spesialisten attesterer at behandlingen har vært effektiv.

For høyere klasser og kjøreseddel skal det være minst tre måneders observasjonstid som holdepunkt for dette. Der arytmien er uttrykk for mulig progredierende grunnsykdom, f.eks. aortastenose, bør det ikke gis dispensasjon for noen klasse.

Det er alltid en forutsetning at behandlende spesialist mener risikoen er lav og derfor anbefaler dispensasjon. Det vises til punktene nedenfor.

23.6.2 Atrieflimmer

Atrieflimmer (AF) er relativt vanlig, særlig i eldre aldersgrupper. Årsaken er viktig for prognosen og eventuell risiko i trafikken. Ubehandlet AF kan gi embolier til hjernen. Bare dersom sykdommen har gitt symptomer som kan være farlige i trafikken, omfattes den av forskriftens krav for kl. A, B, S, M og T (§ 2 nr. 6 ”andre tilstander”). Dispensasjon kan da gis i samsvar med retningslinjene for de symptomer/funn sykdommen har gitt. Dersom sykdommen ikke har gitt symptomer som kan være farlige i trafikken, og adekvat utredning ikke har vist tilgrunnliggende hjertesykdom som strider mot kravene, vil helsekravene for kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v. være oppfylt.

23.6.3 Pacemaker

Pacemakerbehandling omfattes av forskriftens krav til kl. A, B, S, M og T bare dersom det har vært symptomer/funn som omfattes av andre punkter i forskriften (spesielt bevissthetstap). Pacemakerpasienter må anses å ha symptomgivende hjertesykdom, og omfattes av forskriftens krav til kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v., og bestemmelsene om anfall, dersom det var slike før implantasjonen.

Risikoen for bevissthetstap er avgjørende for om det kan gis dispensasjon. Denne avhenger av grunnsykdommen og pacemakerens funksjon. Det kan gis dispensasjon for kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v. når pacemaker er kontrollert og funnet velfungerende etter implantasjonen, og behandlende spesialist mener pacemakeren har eliminert risikoen for bevissthetstap. Moderne pacemakere er meget pålitelige. Evt. grunnsykdom vurderes som sådan. Dispensasjonen kan gis den varighet spesialisten anbefaler, på vilkår av at nødvendige kontroller følges. Biventrikulær pacemaker (CRT) brukes ved alvorlig hjertesvikt. CRT har ikke førerkortmessige konsekvenser, men grunnsykdommen vil ofte ha det, jf. pkt. 23.4.

23.6.4 Alvorlige, arytmogene tilstander (LQTS, Brugada-syndrom, ARVD, CPVT osv)

Dette omfatter sjeldne, dels arvelige tilstander, der det kan være betydelig økt risiko for synkope og/eller plutselig død. LQTS og Brugada-syndrom er ionekanalsykdommer. Ved arytmogen høyre ventrikkel dysplasi (ARVD) er det strukturelle forandringer i hjertemuskelen som gir risiko for alvorlige arytmier.

- Hvis vedkommende har hatt arytmi med bevissthetspåvirkning, gjelder ”anfallsbestemmelsene”.
- Hvis det er implantert ICD, følges reglene for dette.
- Personer med ovennevnte tilstander, men uten synkoper eller ICD: Forskriftens helsekrav anses oppfylt for kl. ABMST, men ikke høyere klasser, kjøreseddel eller kompetansebevis for utrykningskjøring. Det skal ikke gis dispensasjon.

23.7 Implantert cardioverter-defibrillator (ICD)

Omfattes av

- forskriftens bestemmelser om anfall hvis det var arytmi med bevissthetspåvirkning (alle klasser),
- vedleggets § 3 nr. 6 (kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v.) og
- § 2 nr. 6 ”andre tilstander” (sekundærprofylaktisk ICD eller ved høy arytmirisiko).

23.7.1 Generelt om ICD

ICD er et elektrisk implantat som gis til pasienter med høy risiko for alvorlig arytmi. Risikoen for arytmi kan imidlertid variere ganske mye mellom ulike pasientgrupper.

Primærprofylaktisk ICD er implantert på grunnlag av generell risikovurdering (oftest redusert pumpefunksjon, dilatert ventrikkel) evt. med ikke-vedvarende VT (NSVT). Sekundærprofylaktisk ICD er implantert etter alvorlig, symptomgivende arytmi eller overlevd hjertestans.

ICD kan behandle ventrikkeltachycardi (VT) med tachycardibrytende pacing (ATP) eller DC-støt (cardioversjon, ”sjokk”, ”støt”). Ventrikkelflimmer (VF) og svært rask VT behandles med DC-støt (defibrillering). Støt merkes godt av pasienten, med mindre det skjer under søvn, eller arytmien har gitt bevissthetstap (synkope). Når alvorlig rytmeforstyrrelse oppstår, vil ICD bruke noen sekunder på å stille diagnosen, og deretter ytterligere ca. 10-15 s. på å lade før støtet kan gis. Etter vellykket støt tar det ofte ytterligere noen sekunder før normal sirkulasjon gjenopprettes. Hvis støtet mislykkes, lades til nytt støt. En alvorlig arytmi kan derfor gi et kort bevissthetstap, selv om behandlingen fra ICD er vellykket. Støt pasienten ikke har merket, betyr ofte at det har vært et bevissthetstap. Noen pasienter lar også være å rapportere støt, pga. de førerkortmessige konsekvensene. At pasienten ikke har merket støtet, er derfor ikke grunnlag for å anta at det ikke har førerkortmessig betydning, snarere tvert imot.

Ved ATP er det som regel arytmien som sådan som avgjør om det blir bevissthetspåvirkning. ICD kan gi ”upassende støt” (”urettferdig støt”, ”inappropriate shock”), dvs. sjokk på en arytmi som ikke skulle ha utløst det, f.eks. rask atrieflimmer. Dette kan gi påvirkning av kjøreevnen, pga. sjokket i seg selv eller fordi arytmien som utløste den ga hemodynamisk påvirkning. Tekniske feil og elektrisk støy kan også gi upassende støt. ICD avleses av spesialisten med en spesielt tilpasset computer. Alvorlig arytmi og terapi fra ICD kan avleses og analyseres.

23.7.2 Trafikkrisikoen ved ICD

Trafikksikkerhetsrisikoen ved ICD er knyttet til arytmiepisode med bevissthetstap eller sirkulatorisk påvirkning. Et DC-støt kan være smertefullt og det kan gi kraftige kroppsbevegelser som i seg selv kan være farlig under kjøring. En ICD-bærer vil alltid ha en viss risiko for berettiget støt, i størrelsesorden 7,5% til 30% per år. Risikostratifisering er vanskelig. Enkelte studier tyder på at risikoen for støt ikke fortsetter å falle med tiden på samme måte som risikoen for anfall av andre typer. Av praktiske grunner, og for å få et praktiserbart regelverk, er hendelsesfri

observasjonstid likevel det viktigste kriteriet i førerkortsaken, differensiert etter implantasjonsindikasjon. Risikoen anses imidlertid aldri så lav at det kan dispenseres for høyere førerkortklasser. Det er sparsomt med virkelig gode data om trafikkrisikoen hos ICD-bærere. Retningslinjene her er gitt under hensyn til en litteraturgjennomgang ved en ekspertgruppe i regi av EHRA, den europeiske hjerterytme-foreningen (http://europace.oxfordjournals.org/cgi/reprint/eup112). Gruppen har forsøkt å estimere risikoen, ikke bare for støt fra ICD, men for at støt gir bevissthetspåvirkning. Hvor lang tid som tilbringes i trafikken, er sentralt i risikoestimatet. Dessuten risikoen for at en bevissthetspåvirkning fører til ulykke som involverer andre personer. Disse to forholdene er avgjørende for at gruppen fortsatt, som hovedregel ikke anbefaler dispensasjon for yrkesmessig kjøring, organisert persontransport eller tunge kjøretøy. Litteraturen som refereres har enkelte motstridende funn/konklusjoner. Ikke alle anbefalingene er etter vår oppfatning like godt underbygget.

Når en ICD-pasient har synkopert, må vurderingen etter vår oppfatning ses i sammenheng med dispensasjonspraksis for synkoper ellers. Helsedirektoratet har gitt disse retningslinjer i samsvar med hovedanbefalingene i ekspertgruppens rapport. Det er lagt stor vekt på at retningslinjene skal kunne praktiseres.

Fra 1. august 2011 er retningslinjene endret slik at primærprofylaktisk ICD som regel ikke lenger er til hinder for å anse forskriftens helsekrav for oppfylt.

Vi understreker at de relativt korte observasjonstidene forutsetter at spesialisten mener risikoen er lav, og dermed anbefaler dispensasjon. Det er ikke slik at alle ICD-pasienter ”skal” gis dispensasjon etter minimumstidene, uavhengig av en individuell risikovurdering.

23.7.3 Attest

Det senter som kontrollerer ICD-behandlingen skal ha avgitt attest. Attesten skal redegjøre for indikasjon, tid for siste innslag av ICD og gi en vurdering av om det er forsvarlig å gjenoppta kjøring. Attest fra primærlege eller kardiolog uten ICD-kompetanse, godtas ikke.

23.7.4 Observasjonstid- dispensasjonspraksis for lavere klasser

Det stilles krav om en viss observasjonstid etter ”hendelser”, før kjøring kan gjenopptas og/eller dispensasjon for lavere klasser gis. Tabellen nedenfor oppsummerer ”hendelsene”, angir minste observasjonstid, om meldeplikt etter helsepersonellovens § 34 utløses og fylkesmannens respons. Det er alltid en forutsetning for dispensasjon at behandlende spesialist anbefaler det, da det i noen tilfelle kan være forhold som taler for høyere risiko. Dessuten er det en forutsetning at pasienten møter til kontroller, følger legens råd og ikke lar være å rapportere hendelser.

Observasjonstidene nedenfor skal oppfattes som meget sterkt førende for nedre grense, og fylkesmannen skal ikke gå under disse. Bilkjøringsspørsmål er ofte sensitive, og en enhetlig praksis er ønskelig. Ved implantasjon av sekundærprofylaktisk ICD, løper observasjonstiden fra index-arytmien eller hjertestansen..

Hendelse	Observasjonstid før kjøring/disp.	Legens skriftlige meldeplikt etter helsepersonellovens § 34	Fylkesmannens respons
Implantasjon av primærprofylaktisk ICD, jf. ovenfor, uten synkope eller hemodynamisk betydningsfull VT	Helsekravene er oppfylt, med mindre spesielle forhold tilsier høyere risiko. Kjøring kan gjenopptas når spesialisten anbefaler det, f eks etter 4 uker..	Skal ikke meldes. Dersom pasienten har førerkort kl.C1 eller høyere, skal melding sendes for disse klassene.	Gi melding til politiet om inndragning av høyere klasser og kjøreseddel mv.
Implantasjon av sekundærprofylaktisk ICD, og i tilfelle som ikke omfattes av tabellcellen over	Tre mnd., når spesialisten anbefaler det. (Selv om det var hjertestans før implantasjonen, kreves altså ikke 6 mnd observasjonstid.)	Skal meldes. Anbefaling om evt. dispensasjon kan gis etter 3 mnd.	Send melding til politiet. Gjør evt. oppmerksom på muligheten for å søke disp. for lavere klasser etter minst tre mnd.
ATP uten bevissthetspåvirkning	Ingen, dersom spesialisten mener det er lav risiko. Ved økende arytmiforekomst eller når spesialisten mener det er økt risiko, kan det være nødvendig å fraråde kjøring til risikoen igjen er ansett lav.	Som regel ikke*	
Berettiget DC-støt uten bevissthetspåvirkning	Tre mnd., dersom spesialisten mener det er forsvarlig	Nei. Muntlig advarsel til pasienten*	
Arytmi med bevissthetspåvirkning, med eller uten terapi fra ICD	Seks måneder	Ja, skal meldes.	Melding til politiet. Opplysning om mulighet for å søke dispensasjon etter seks måneder.
Upassende DC-støt	Til spesialisten mener forholdet er rettet, slik at risikoen for nye støt er lav	Som regel ikke. Muntlig advarsel	
Bytte av ICD (generatorbytte), bytte eller revisjon av ledninger	Til spesialisten mener det er forsvarlig å kjøre	Som regel ikke. Muntlig advarsel	
Hjertestansoverlever, som har avslått tilbud om ICD	Seks mnd.	Ja	Melding til politiet. Opplysning om mulighet for å søke dispensasjon for lavere klasser etter seks måneder. Vurdering av kognitiv funksjon kan være nødvendig.

* De relativt korte minstetidene for gjenopptakelse av kjøring (evt. ved dispensasjon) forutsetter at spesialisten har gitt sin anbefaling av at det er forsvarlig hos den enkelte pasient. Der er ingen "automatikk" i at kjøring kan gjenopptas etter de angitte tider. Litteraturen som ligger til grunn for anbefalingene, bygger på at høyrisikopasientene ikke har kjørt bil. Dersom legen ikke antar at problemene med støt vil være tilbakelagt etter tre måneder, men kan tenkes å vare i seks måneder, eller dersom pasientene ikke følger kontroller eller ikke kan ventes å rapportere hendelser, inntrer skriftlig meldeplikt. Fylkesmannen skal ikke gi dispensasjon igjen før spesialisten anbefaler det.

23.7.5 Varighet og vilkår

Det er et vilkår for dispensasjonen at søker følger anbefalte kontroller og eventuelle råd fra lege om å avstå fra bilkjøring etter innslag fra ICD eller uheldig arytmisituasjon, jf. ovenfor. Som regel gis førstegangs-dispensasjon for ett år. Deretter kan man som regel følge spesialistens råd om varighet. Dersom det er god sikkerhet for at kontroller følges og råd angående bilkjøring blir fulgt, kan dispensasjonen gis ubegrenset varighet, dersom spesialisten anbefaler det.

23.7.6 Utvidet førerkort

ICD-bærere har en langt høyere risiko for akutt illebefinnende enn normalbefolkningen, høyere enn de fleste koronarpasienter. Etter EHRAs oppfatning er risikoen hos de aller fleste ICD pasienter langt høyer enn det som i andre sammenhenger anses akseptabelt hos førere av tunge kjøretøy eller persontransport. Våre retningslinjer er derfor at det ikke skal gis dispensasjon for kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel eller kompetansebevis for utrykningskjøring.

23.7.7 Førerkortforhold når ICD er fjernet

Som regel beholder en pasient sin ICD livet ut. I noen tilfelle vil man imidlertid la være å legge inn en ny ICD når den gamle går tom for batteri. Alder, allmenntilstand eller andre sykdommer kan tilsi at ICD-behandling ikke gir vesentlig levetidsgevinst eller ikke kan skje på trygg måte. Dersom det har vært fredelig arytmisituasjon i lengre tid, vil det ofte påvirke vurderingen.

- Dersom sekundærprofylaktisk ICD er fjernet/ikke fornyet pga. alder, allmenntilstand eller komorbiditet, vil man ofte måtte fortsette å anse helsekravene for ikke oppfylt, pga. høy risiko for alvorlig arytmi.
- Dersom fredelig arytmisituasjon, evt. revurdering av opprinnelig indikasjon, har vært viktig for beslutningen om å fjerne/ikke fornye sekundærprofylaktisk ICD, kan man anse helsekravene for oppfylt.
- Fjerning eller ikke-fornyelse av primærprofylaktisk ICD har som regel ikke førerkortmessige konsekvenser.

Som regel kan fylkesmannen følge behandlende spesialists vurdering av dette spørsmålet. I mange slike tilfelle vil den generelle helsetilstanden imidlertid være til hinder for bilkjøring, og fastlegen må uttale seg om dette.

23.8 Kardial synkope

Synkope hos en pasient med hjertesykdom skal alltid antas å være kardial synkope, inntil det er meget gode holdepunkter for annet. Prognosen er alvorlig, både med hensyn til residivrisiko og mortalitet. Det skal derfor ikke dispenseres med mindre årsaken er funnet og sikkert eliminert, for eksempel ledningsforstyrrelser behandlet med pacemaker (dispensasjon når spesialisten anbefaler det, ingen minste observasjonstid, jf. pkt. 23.6.3).

Andre behandlede årsaker til kardial synkope kan være klaffefeil som er operert (dispensasjon vurderes etter restitusjon, se pkt. 23.5), arytmier (etter spesialistvurdering, se pkt. 23.6.1), høygradig, proximal koronarsykdom (etter behandling, jf. pkt. 23.1.2 og 23.3) og maligne ventrikkelarytmier (jf. ICD-avsnittet, pkt. 23.7). Dersom årsaken til kardial synkope ikke er sikkert eliminert, skal det ikke dispenseres. Der årsaken til synkopen ikke er eliminert, og må antas progressiv, f.eks. ved høygradig, inoperabel aortastenose, er det ofte nødvendig å anvende vedleggets § 2 nr. 6 om ”andre tilstander”, også etter karenstidens utløp. Synkope hos ICD-pasient har minste observasjonstid 6 mnd., jf. pkt. 23.7.

23.9 Hjertetransplanterte

Anses å ha symptomgivende hjertesykdom, og omfattes av forskriftens krav til kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v. Tilstanden omfattes av forskriftens krav til kl. A, B, S, M og T bare dersom det har vært symptomer/funn som omfattes av andre punkter i forskriften.

Etter en vellykket hjertetransplantasjon kan den kliniske tilstand være god. Det kan være normalt arbeids-EKG, ventrikkelfunksjon og koronar angiografi. Imidlertid vil transplantatet ha tendens til koronarsklerose ("graftsclerose"), også hos pasienter som ikke tidligere har hatt koronarsykdom. Da et transplantert hjerte er denervert, vil pasienten ikke få brystsmerter ved iskemi. Begynnende frastøtning kan føre til rytmeforstyrrelser. Man må derfor anta at det foreligger en klart forhøyet risiko, også når den kliniske tilstand er god. Det skal derfor ikke gis dispensasjon for førstegangs erverv av førerkort kl. C1, C, D1, D eller kjøreseddel m.v.

Helsedirektoratet har fått bekreftet denne vurderingen ved brev fra Rikshospitalet, datert 25.08.08. Rikshospitalet anbefalte ikke en liberalisering av eksisterende dispensasjonspraksis.

Fornyelse av kl. C1, C eller kjøreseddel kan være forsvarlig hvis det er sterke yrkesmessige behov og den kliniske tilstand er meget god. Det skal da være:

- normal koronar angiografi (vanligvis ikke eldre enn ett år),
- normal ventrikkelfunksjon (ekko, scintigrafi eller røntgen ventrikulografi), og
- negativ arbeidsbelastning, jf. avsnittet om "angina".

Søknaden må være eksplisitt anbefalt av behandlende spesialist. Dispensasjon revurderes årlig etter ovenstående kriterier. Det skal ikke gis dispensasjon for kl. D1, D eller kompetansebevis for utrykningskjøring.

23.10 Høyt blodtrykk

Det er ikke faste retningslinjer for hvilke blodtrykksverdier som kan aksepteres. Blodtrykk som gir hodepine, brystsmerter, tungpust eller retinopathi grad IV omfattes av vedleggets § 2 nr. 6 ”andre tilstander” (kl. ABSMT) og vedleggets § 3 nr. 6 (kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v.). Når tilstanden er under kontroll, er forskriftens krav igjen oppfylt, og dispensasjon er derfor uaktuelt.

23.11 Vilkår for dispensasjon ved hjertesykdom

Følgende vilkår bør ofte stilles når det gis dispensasjon:

- følge behandlende leges råd, samt møte til kontroll så ofte som legen finner det nødvendig
- avbryte kjøringen, innlevere førerkortet til politiet og straks søke lege hvis symptomer på sykdommen påny skulle opptre/sykdommen forverres.

24 Hørselssvekkelse

24.1 Forskriftens krav

Gruppe 3 (kl. D1, D, kjøreseddel m.v.) vedleggets § 4 nr. 2: *”Talestemme må oppfattes på 4 meters avstand.”.*

Det er ingen spesifikke krav til hørsel for førerett i gruppe 1 og gruppe 2. Kravet i gruppe 3 er endret fra 1. august 2011 slik at det nå er tillatt med høreapparat etc. Hvis høreapparat er nødvendig for å oppfylle helsekravet, skal dette anføres i helseattesten.

24.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Hørselen må være ”normalt” god, evt. ved hjelp av hørselteknisk hjelpemiddel. Ved undersøkelsen skal vedkommende ikke kunne se legens munn.

24.3 Risiko og dispensasjonspraksis

Hørselen er mindre viktig i trafikken enn synet. Støynivået i biler kan redusere akustiske signalers betydning for trafikksikkerheten. Hørselen er imidlertid ikke uten betydning for evnen til å bli oppmerksom på hendelser i trafikken. Av hensyn til passasjersikkerheten stilles strenge krav til sanser og helse hos fører av buss og minibuss. For personbefordring må føreren kunne høre passasjerene. Kommunikasjon med tegnspråk forutsetter at blikket tas fra trafikken og eventuelt at hendene slipper rattet. Dette er grunnen til forskriftens krav.

Hvor kravet ikke oppfylles, bør det ikke gis dispensasjon for førstegangsutstedelse i gruppe 3. Ved fornyelser der nektelse medfører tap av erverv, må man vurdere hørselsnedsettelsens praktiske følger. Dispensasjon bør imidlertid ikke gis for yrkesmessig personbefordring. Samtidige syns- og hørselsproblemer taler for restriktiv dispensasjonspraksis i forhold til begge problemer, også ved fornyelser.

Ved nedsatt hørsel/døvhet kan det for alle grupper være aktuelt å be trafikkstasjonen vurdere om det er behov for spesielle speil eller annet ekstrautstyr.

25 Førlighetssvekkelse

25.1 Forskriftens krav

For kl. A, B, M, S og T gjelder vedleggets § 2 nr. 7:

”a) Førligheten må være tilstrekkelig for sikker manøvrering av motorvognen.

b) Når førlighetsreduksjon antas å være stasjonær, avgjør trafikkstasjonen ved eventuell praktisk prøve om manøvreringsevnen er betryggende, eventuelt med ekstrautstyr på kjøretøyet.”

For kl. C, C1, D og D1 gjelder etter vedleggets § 3 nr. 7 jf. § 4 følgende tilleggskrav:

”Med hensyn til førlighet kreves det normal kraft og koordinasjon i begge ben og armer, og naturlig grep i begge hender.”

Etter vedleggets § 6 har fylkesmannen dispensasjonsadgang bare i de tilfellene hvor førlighetssvekkelsen ikke er stasjonær. Det er vegmyndigheten (trafikkstasjonen) som avgjør om kjøreevnen er betryggende og gir eventuelle dispensasjoner fra kravene ved stasjonær førlighetssvekkelse.

25.2 Helseattest i førlighetssaker

Helseattesten skal redegjøre for førlighetsreduksjonen, dens årsak og prognose (om den kan anses stasjonær). Attest fra spesialist i nevrologi eller fysikalsk medisin kan være nødvendig. Da personer med førlighetsproblemer ikke sjelden har andre helseproblemer, skal det alltid foreligge NA-0202.

25.3 Fylkesmannens oppgave i førlighetssaker

Når førlighetsreduksjonen er stasjonær, er det den praktiske kjøreevnen, evt. med spesialutstyr, som er avgjørende for om førerkort kan utstedes. Trafikkstasjonen vurderer dette og fatter vedtak, jf. § 2 nr. 7b jf. § 6 annet ledd. Likeledes er det, ved stasjonær svekkelse, trafikkstasjonen som avgjør om det kan dispenseres fra kravet om naturlig håndgrep og normal kraft og koordinasjon i ben og armer. Det er kun ved mulig ikke-stasjonær svekkelse fylkesmannen skal fatte vedtak. Vurderingstema er risikoen for progresjon. Vegmyndigheten må uansett vurdere kjøreevnen.

En absolutt forutsetning for dispensasjon er at manøvreringsevnen er tilstrekkelig ved vegmyndighetens prøve. Dispensasjon for kl. A, B, M, S eller T kan i så tilfelle gis med varighet tilpasset forventet progresjon, evt. med vilkår om gyldighet bare med det utstyr som finnes nødvendig, eller kun for spesialtilpasset kjøretøy (se pkt. 27 om aktuelle koder). Det skal vises særdeles stor forsiktighet med å dispensere for andre klasser, spesielt persontransport. Det skal ikke dispenseres for førstegangsutstedelser. Vær dessuten oppmerksom på samtidig anfallslidelse, nedsatt syn eller bruk av medikamenter.

26 Førerkort med geografisk begrensning

26.1 Hjemmel

I henhold til førerkortforskriftens § 4-3 kan Vegdirektoratet begrense føreretten geografisk. En begrensning av føreretten av helsemessige årsaker kan ikke gis uten at fylkesmannen har gitt dispensasjon fra helsekravene for den aktuelle klassen. En dispensasjon fra helsekravene gir ingen automatisk rett til å få utstedt førerkort med begrensning. Vegdirektoratet er meget restriktiv i disse sakene. Fylkesmannen skal derfor være meget tilbakeholden med å dispensere fra helsekravene på vilkår om førerkort med geografisk begrensning.

Geografisk begrensning må kun benyttes når det anses godtgjort at begrensningen sikrer at kjøring kan skje på trygg måte, og skal ikke være en "universalutvei" eller "nødløsning" i saker der det er gode grunner til å avslå søknad om dispensasjon. Det understrekes at den geografiske begrensningen i seg selv skal begrense risikoen knyttet til tilstanden. Det skal ikke gis dispensasjon for geografisk begrensning for å begrense det antall medtrafikanter som utsettes for en fører som vurderes å ikke kunne kjøre sikkert.

26.2 Saksgang

Dersom det primært søkes om førerkort med geografisk begrensning, kan fylkesmannen fatte vedtak angående dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav for slikt førerkort. Vegdirektoratets krav er at det **før** fylkesmannen gir dispensasjon, skal være foretatt en praktisk kjørevurdering på den aktuelle veistrekningen/området. Bare når resultatet av denne er *anbefalt* eller *usikker* (se pkt. 3.12) skal fylkesmannen vurdere om det er helsemessig forsvarlig å gi dispensasjon.

Ved positivt vedtak settes som forutsetning at Vegdirektoratet finner å kunne innvilge søknad om geografisk begrenset førerkort. Saken sendes deretter trafikkstasjonen/regionvegkontoret, som etter forberedende behandling sender saken til Vegdirektoratet, som fatter vedtak i saken.

26.3 Opplysninger om begrensningen

Aktuell begrensning vil ofte fremgå av de behov søker påberoper seg. Før vedtak fattes må begrensningen være klar, f.eks. ved angivelse av bestemte vegstrekninger, et område avgrenset ved kart eller avstand fra søkers hjem, eller annen klar geografisk avgrensning. Det må gjøres en konkret vurdering som sikrer at formålet med begrensningen ivaretas, samtidig som den er klart spesifisert. En viss lokalkunnskap kan være nødvendig. Slike saker vil fort bli langt mer arbeidskrevende enn vanlige dispensasjonssaker, men det forutsettes at denne løsningen bare benyttes helt unntaksvis.

26.4 Geografisk begrensning - eksempel

Geografisk begrensning kan være aktuelt ved for eksempel visussvekkelse/synsfeltutfall som er stabilt og hvor søker er uten annen helsesvekkelse. Begrenset kjøring på kjent vei med enkelt trafikkbilde ansees i enkelte tilfelle å redusere den sikkerhetsrisiko som ellers er forbundet med synsfeltutfall eller visusnedsettelse. Når det er sterkt behov, f.eks. avsidesliggende bolig uten annen kommunikasjon, kan geografisk begrensning være aktuelt. Det anses ikke aktuelt å dispensere for kjøring i tettbygd nærområde. Også trafikanter i søkers nærområde må beskyttes mot sjåfører med dårlig syn (jf. pkt. 7.7).

26.5 Tilfelle der det frarådes å gi dispensasjon med geografisk begrensning:

- Generell helsesvekkelse pga. alder fremmes ikke sjelden som behov for geografisk begrenset førerkort. Stortingets flertall gikk imot en slik ordning våren 2003, se Inst. S. nr. 214 (2002-2003). Også personer i søkers nærområde har krav på beskyttelse mot førere som ikke vurderes å kunne kjøre så sikkert at førerkort kan gis på vanlig måte. Ved kognitiv svekkelse skal det derfor ikke gis dispensasjon for geografisk begrenset førerkort.
- Visussvekkelse, f.eks. pga. alder, hvor svekkelsen ikke kan ventes å være stabil (se 26.4). Også personer i søkers nærområde forutsettes å ha krav på beskyttelse mot førere som ikke vurderes å kunne kjøre sikkert pga. nedsatt visus.
- Anfallslidelser. Geografisk begrensning reduserer ikke risikoen for anfall under kjøring, og er dermed ikke hensiktsmessig i anfallssaker.
- Medikamentmisbruk. Også personer i søkers nærområde har krav på beskyttelse mot førere som pga. påvirkning ikke vurderes å kunne kjøre sikkert.

27 Vilkårskoder for førerkort

Det brukes særlige koder på førerkortet for å tilkjennegi utvidelse eller begrensninger i førerettighetene. Vi viser til førerkortforskriftens Vedlegg 4, og gjengir nedenfor de antatt mest relevante koder med kort kommentar. Disse bør anvendes av helsemyndigheten når det er relevant. Vi antar at de kan bedre kontrollen med vilkår for dispensasjon, og muliggjøre særlige løsninger i spesielle saker, f.eks. kjøring av egen campingbil, handicapvogn, veterankjøretøy m.v.

27.1 Fellesskapskoder (EU-koder)

01 Korreksjon av syn. Brukes ved krav om briller/linser.

02 Høreapparat. Denne brukes når høreapparat etc er nødvendig for å oppfylle kravet i gruppe 3.

03 Arm- eller benprotese/ortose. Sjelden relevant for fylkesmannen, da det er vegmyndigheten som fatter vedtak ved stasjonær førlighetssvekkelse.

05 Begrenset førerett av helsemessige grunner. Koden 05.02 brukes der Vegdirektoratet har fattet vedtak, etter dispensasjon fra helsekravene, om at føreretten er begrenset til kjøring innenfor et geografisk område og liknende. Kode 0.5 kan ikke brukes alene, men bare med underkategorier:

05.01 Begrenset til kjøring om dagen (for eksempel en time før soloppgang til en time etter solnedgang). Vi viser til kap. 9.

05.02 Begrenset til kjøring innenfor en radius av …… km fra førerkortinnehaverens bolig eller bare innenfor angitt by/område

05.03 Begrenset til kjøring uten passasjerer

05.04 Begrenset til kjøring med hastighet høyst …. Km/t

05.05 Begrenset til kjøring med ledsager med førerkort

05.06 Begrenset til kjøring uten tilhenger

05.07 Ingen kjøring på motorveg

05.08 Alkoholforbud. Koden angir at totalavhold fra alkohol er et vilkår for førerett. Se kap. 2.3.3 om vilkår og varighet og kap. 17 om rusmidler.

10 Tilpasset girkasse. Koden skal brukes der det er krav om at girkassen må være tilpasset vedkommende, for eksempel krav om automatgiret kjøretøy. Koden må ikke forveksles med kode 78, som brukes ved begrensning til automatgiret kjøretøy for den som frivillig har avlagt førerprøven på slikt.

51 Begrenset til bestemt kjøretøy/kjennemerke. Kjennemerket påføres. Kan muliggjøre særlige løsninger i spesielle dispensasjonssaker.

78 Begrenset til å gjelde kjøretøy uten koplingspedal (eller uten koplingshendel som opereres manuelt for klasse A eller A1). I dispensasjonssaker bør kode 10 brukes.

27.2 Nasjonale koder – bare for kjøring i Norge

Kode 110 Geografisk begrenset førerett, er erstattet av kode 05.02.

Kode 120 Begrenset til bestemt kjøretøy/kjennemerke i kl. S eller T. Jf. kode 51.

Kode 130 Gjelder også for bestemt kjøretøy/kjennemerke for kjøring i Norge. Skal brukes hvor vedkommende har fått utvidet førerrett for ett bestemt kjøretøy, f.eks. veterankjøretøy. Helsedirektoratet antar at denne koden kan dekke behovet, og gjøre dispensasjon unødvendig, i enkelte saker der det søkes om dispensasjon for utvidet førerkort kun for å kunne kjøre bestemte veterankjøretøy.

For komplett kodeoversikt vises til Førerkortforskriftens vedlegg 4.

28 Vedlegg (forslag til standardbrev)

28.1 Mal - Helsekravet oppfylt

Førerkort - Helsekrav oppfylt

Vi viser til din søknad datert … om dispensasjon for førerkort klasse …

Vi har vurdert den tilsendte dokumentasjonen og finner at du fyller helsekravene. Du har ikke behov for dispensasjon fra helsekrav for klasse …
(*Eventuelle vilkår og gyldighetstid bør angis.*)

Dokumenter som er vurdert:
…
…
…

Dokumentene sendes i retur til deg. Ta med dette brevet, og henvend deg til trafikkstasjonen/politiet for behandling av søknaden.

Kopi:
(Melder/attestutskriver)

28.2 Mal - Helsekravet ikke oppfylt

Førerkort - Helsekrav ikke oppfylt – midlertidig kjøreforbud

Navn … … f. nr … …

Jeg viser til samtalen i dag den … hvor vi også tok opp spørsmålet om det er forsvarlig at du kjører bil.

Du fyller for tiden ikke førerkortforskriftens helsekrav for klasse … Du har derfor ikke førerett i henhold til vegtrafikkloven § 21, og må la bilen stå inntil videre. Vi vil ta opp spørsmålet på nytt den ...

Jeg viser også til førerkortforskriften (FOR-2004-01-19 nr. 298) vedlegg 1 § 1: "Ingen må føre motorvogn når vedkommende på grunn av sykdom, annen påvist eller sannsynlig helsesvekkelse eller bruk av medikamenter ikke er i stand til å kjøre på trygg måte".

Sted … dato … … … (sign)

28.3 Mal - Innvilget dispensasjon

Førerkort - Dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav, førerkort klasse …

Navn, f.nr.

Vi viser til mottatt søknad med attester og vedlegg.

Vedtak
Fylkesmannen finner å kunne gi dispensasjon fra helsekravene i førerkortforskriften (FOR-2004-01-19 nr. 298) vedlegg 1 § … nr. … (*aktuelle helsekrav*), jf. § 6.

Dispensasjonen gjelder i (x) år fra dags dato (og inntil helsekravet igjen er oppfylt).

Betingelsen er at du:

- overholder medikasjon og råd som legen gir
- møter til kontroll hos behandlende lege/spesialist så ofte som denne finner det nødvendig
- avbryter kjøring og søker lege hvis sykdommen forverres

Dokumenter som er vurdert:

- *dok 1*
- *dok 2*
- …

Ditt nåværende førerkort er ikke lenger gyldig. For å få nytt gyldig førerkort må du ta brevet med til trafikkstasjonen/politiet.

Avgjørelsen om å gi dispensasjon er et enkeltvedtak og kan påklages til Helsedirektoratet, jf forvaltningsloven kapittel VI.
Klagen sendes Fylkesmannen innen 3 uker.

Med hilsen

Underskriver *Medunderskriver*
Kopi til:
Lege/spesialist
Trafikkstasjon
Politidistrikt

*(**OBS!** Resten av brevet har personsensitiv tekst og skal ikke være med på kopi til politi og trafikkstasjon. Kopien behøver kun bestå av den første siden.)*

Lovgrunnlaget
For førerkort i aktuelle klasse(r) gjelder følgende helsekrav, jf førerkortforskriften (FOR-2004-01-19 nr. 298) vedlegg 1 § … nr ... Helsedirektoratet har i rundskriv IS-1348 gitt Fylkesmannen retningslinjer for behandling av førerkortsaker.

Ved neste søknad om dispensasjon/fornyelse av førerkort må følgende fremlegges:

- ny søknad om dispensasjon fra deg, med redegjørelse for behov
- ny legeattest NA-0202 fra fastlege
- ny legeattest som spesielt omhandler den aktuelle helsesvikten

Mer informasjon finner du på fylkesmannen sine nettsider: www.fylkesmannen.no/...

Saksgrunnlaget:
(*Begrunnelse for dispensasjon og begrunnelse ved tidsbegrensning*)

Vi minner om legens meldeplikt dersom vilkårene for dispensasjon ikke lengre er til stede, jf. helsepersonelloven § 34.

28.4 Mal - Avslag dispensasjon

Førerkort - Avslag på søknad om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav førerkort klasse …

Navn f. nr.

Vi viser til din søknad datert … om dispensasjon for førerkort klasse … Vi har også mottatt helseattest datert… fra lege …, og spesialisterklæring datert … fra lege …
Annen dokumentasjon:

Vedtak
Fylkesmannen finner å måtte avslå din søknad om dispensasjon fra helsekravene, jf. førerkortforskriften (FOR-2004-01-19 nr. 298) vedlegg 1 § … nr. … (*aktuelle helsekrav*), jf. § 6.

Vurdering/begrunnelse

- *Vise til faktiske forhold (helsetilstand, behov)*
- *Vurdering ut fra forskrift og retningslinjer*
- *Konklusjon: Eks. Du har beskrevet et sterkt sosialt/yrkesmessig behov for førerkort, men av hensyn til den risiko din helsetilstand medfører i trafikken finner vi å måtte avslå din søknad.*

Avslaget på søknad om dispensasjon er et enkeltvedtak og kan påklages til Helsedirektoratet, jf. forvaltningsloven kapittel VI.
Klagen sendes Fylkesmannen innen 3 uker.

Med hilsen

Underskriver *Medunderskriver*

Kopi til:
Lege/spesialist/ psykolog/optiker

Lovgrunnlaget

For førerkort i aktuelle klasse(r) gjelder følgende helsekrav, jf. førerkortforskriften vedlegg 1 § … nr. … Helsedirektoratet har i rundskriv IS-1348 gitt Fylkesmannen retningslinjer for behandling av førerkortsaker.

Mer informasjon finner du på fylkesmannen sine nettsider: www.fylkesmannen.no/...

28.5 Mal – Kjørevurdering

Førerkort - Kjørevurdering
(Alle malene bør ha Førerkort som første ord, pga. systematikk i dokumentarkivet)

Førerkort klasse …
Navn f.nr.
Adresse

Fylkesmannen har mottatt brev fra lege … datert …
Av brevet går det fram at … har (et) helseproblem.

Dersom trafikkstasjonen sender ut timeavtale
Fylkesmannen er usikker på om helseproblemet kan medvirke til at … ikke kan føre bilen på en trygg og sikker måte, og vil derfor be om at trafikkstasjonen gjennomfører en praktisk kjørevurdering.

Dersom søker bestiller time selv
Fylkesmannen er usikker på om helseproblemet kan medvirke til at du ikke kan føre bilen på en trygg og sikker måte, og vil derfor be om at du gjennomfører en praktisk kjørevurdering. Du må selv kontakte trafikkstasjonen og bestille time.

Det skal legges vekt på …

Resultatet av kjørevurderingen sendes til fylkesmannen. Dersom kjørevurdering ikke er gjennomført **i løpet av 3 måneder**, vil fylkesmannen vurdere å anbefale at politiet tilbakekaller føreretten

[Navn/du] gjøres ved (kopi av) dette brev oppmerksom på du/han/hun ikke har førerett når helsekravene ikke er oppfylt , jf. Vegtrafikkloven § 21, jf. førerkortforskriften (FOR-2004-01-19 nr. 298) vedlegg 1 § 1.

Dersom fylkesmannen er usikker på om vedkommende bør kjøre i mellomtiden:
Ved kopi av dette brevet ber vi legen/psykologen/optikeren/spesialisten vurdere om helseproblemet medfører at du må avstå fra å kjøre inntil praktisk kjørevurdering er gjennomført med positivt resultat, jf. Vegtrafikkloven § 21. Legen bes i så fall om å informere deg om at du inntil videre ikke har førerett.

Kopi: Søker
Trafikkstasjon
Evt. lege/psykolog/optiker/spesialist

Med hilsen

Underskriver *Medunderskriver*

28.6 Mal - Oversending av klagesak til Helsedirektoratet

Førerkort – Overføring av klagesak til Helsedirektoratet

Helsedirektoratet

Postboks 7000 St. Olavs plass

0130 Oslo

Klage på avslag på søknad om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav klasse *(ABEMSTCD, kjøreseddel mv.)* – (*navn søker*), født *(dd.mm.åååå)* – *(diagnose eller årsak)*

Vi viser til brev datert … fra (*navn søker)* med klage på vårt vedtak (*dato*) (*med avslag på søknaden om dispensasjon/ klage på vilkår for eller dispensasjon/ utmålt tid for dispensasjon)*

(*Kort begrunnelse for vedtaket - 2-7 linjer*)

Sakens dokumenter ligger ved:

1. *melding, dato*
2. *tilrådning politi, dato*
3. *søknad dispensasjon, dato*
4. *helseattest NA-0202, dato*
5. *attest fra fastlege, spesialist/ psykolog/ optiker/*
6. *relevante epikriser*
7. *fylkesmannens vedtak, dato*
8. *klage, dato*
9. *fylkesmannen opprettholder vedtaket dato*

Med vennlig hilsen

Underskriver *Medunderskriver*

Kopi:

Navn søker

28.7 Forslag til standardbrev til attestutstedende lege når denne har avgitt NA-0202 med konklusjon i strid med premissene

Førerkort – Brev til attestutstedende lege når denne har avgitt NA-0202 med konklusjon i strid med premissene

Til lege …

Deres attest i førerkortsak

Det vises til Deres helseattest NA-0202 datert …, angående …, født …

I attestens side 4 har De konkludert med at søkeren fyller helsekravene for klasse ….

Dette til tross for at De *(alternative formuleringer)* på attestens side … har skrevet … / har krysset av for … / i den ledsagende tilleggsattesten har skrevet …

Som det vil fremgå av førerkortforskriftens helsekrav, er dermed forskriftens helsekrav ikke oppfylt for kl. A1, A, B(E), S, M og T, C1(E) og C(E), D1(E), D(E) og kjøreseddel mv.

… … … … *(Her kan det eventuelt settes inn andre forhold som er mer eller mindre åpenbart galt eller selvmotsigende)*

Helsekravene er trykket på attestblanketten, og den tabellariske oversikten over helsekravene gjør det klart at attestens konklusjon er i strid med forutsetningene som gis ved Deres avkrysning på side … Fylkesmannen understreker at helseattest for førerkort skal ha konklusjon som er i samsvar med forskriftens helsekrav og avkrysningene i attestens øvrige punkter.

Med hilsen

Underskriver *Medunderskriver*

28.8 Mal – Tilbakekall av førerett

Førerkort - Tilrådning om tilbakekall av føreretten mv. på grunn av ikke oppfylte helsekrav

Navn f.nr.
Adresse

Fylkesmannen har mottatt melding fra lege … /sykehusavdeling … datert … Meldingen er gitt etter helsepersonelloven § 34. Det opplyses at vedkommende ikke fyller helsekravene til førerkort.

Fylkesmannen har vurdert opplysningene, og er kommet til at helsekrav til førerett klasse … /kjøreseddel mv. ikke er oppfylt, jf. førerkortforskriften (FOR-2004-01-19 nr. 298) vedlegg 1 § … nr. …

Grunnlag:
(Kort angivelse av hva som er lagt til grunn ved Fylkesmannens tilrådning, herunder opplysninger om relevante undersøkelser som er gjennomført (f.eks. undersøkelse hos fastlege og/eller spesialist) og resultatet av undersøkelsen(e), samt Fylkesmannens vurdering/begrunnelse for at helsekravene ikke er oppfylt. Jf. meldepliktforskriften § 3 om at «nødvendige opplysninger» skal sendes skriftlig til politiet)

Følgende dokumenter følger vedlagt (oversendes bare når dokumentasjonen anses nødvendig for politiets vedtak i spørsmålet om tilbakekall av føreretten) :

- *Eks Melding/ epikrise/spesialistuttalelse*
- …

Fylkesmannen tilrår at politiet tilbakekaller føreretten i klasse … /retten til å føre motorvogn ved persontransport mot vederlag (kjøreseddel) mv., jf. forskrift av 13. juli 1984 nr. 1467 § 3, pkt.1, 2. ledd.

Ved kopi av dette brevet varsles *NN* om at helsekravene til førerett ikke er oppfylt, og at Fylkesmannen tilrår at førerretten tilbakekalles. *NN* oppfordres til å levere førerkortet/kjøreseddel til politiet.

Med hilsen

Underskriver *Medunderskriver*

Kopi: Førerkortinnehaver
Meldende lege/ psykolog/ spesialist/ optiker
(Kopi skal ikke sendes til trafikkstasjon)

Fylkesmannen kan i særlige tilfeller gi dispensasjon (unntak) fra helsekravene i førerkortforskriften. Dispensasjon blir bare gitt dersom fylkesmannen finner at dette er trafikksikkerhetsmessig forsvarlig.
Dersom innehaveren ønsker å få tilbake førerkort/kjøreseddel, på tross av at helsekravene ikke er oppfylt, kan dette mest hensiktsmessig skje ved å søke fylkesmannen om dispensasjon fra forskriftens helsekrav. En eventuell slik søknad skal inneholde:

- Begrunnet dispensasjonssøknad. De opplysninger som søker ønsker at fylkesmannen skal ta hensyn til, må fremkomme av søknaden med eventuelle vedlegg. Dette gjelder behov for førerkort/førerett, herunder særlige yrkesmessige og/eller sosiale forhold. For yrkesmessige behov kreves attest fra arbeidsgiver. Hvilke førerkortsøknaden gjelder må også oppgis.
- Helseattest NA-0202 fra fastlegen
- Legeattest som spesielt omhandler den aktuelle helsesvikten

Mer informasjon finner du på fylkesmannen sine nettsider: www.fylkesmannen.no/...

Veiledere fra Helsedirektoratet utarbeides innenfor helsefaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, lovverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Helsedirektoratet
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no