

Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker

Heftets tittel: Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker

Utgitt: 1.07.2010

Bestillingsnummer: IS-1348

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

Retningslinjene er foreløpig bare i elektronisk versjon.

Innhold

Lenker til relevante lover og forskrifter	8
Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker	9
1 Innledning - retningslinjenes bruksområde	10
2 Instanser som behandler førerkortsaker og deres oppgaver	11
2.1 Trafikkstasjonen/Regionvegkontoret	11
2.2 Politiet	11
2.3 Fylkesmannens oppgaver	11
2.3.1 Dispensasjonssaker	11
2.3.2 Melding om ikke oppfylte helsekrav	11
2.3.3 Uttalelse/anbefaling til vegmyndigheten – vilkår/tidsbegrensning når helsekrav er oppfylt	13
2.3.4 Opplysninger fra tilsynssaker	13
2.3.5 Saksbehandlers kompetanse	13
2.3.6 Legeerklæring om unntak fra plikten til å bruke bilbelte	14
2.4 Behandlende/attestutstedende lege	14
2.4.1 Legeattester med feil og mangler	15
3 Dispensasjons- og evt. klagesaker	16
3.1 Behovsvurdering	16
3.2 Sammensatte sykdomsbilder	17
3.3 Krav til søknaden	18
3.3.1 Legeattest ved søknad/klage	18
3.3.2 Foreligger alle nødvendige opplysninger?	18
3.4 Krav til vedtaket	19
3.4.1 Begrunnelse	19
3.4.2 Vilkår	19
3.4.3 Dispensasjoners varighet – fornyelse	19
3.4.4 Underretting om klageadgang m.v.	20
3.5 Effektuering av vedtak	20
3.5.1 Underretning av lege og forvaltningsorganer	20
3.5.2 Midlertidig dispensasjon i påvente av endelig vedtak	20
3.6 Klagebehandling	20
3.7 "Oppsettende virkning"?	21
3.8 Ny behandling etter tidligere vedtak i klageinstansen	21
3.9 Hvilket fylke?	21
3.10 Kontroll av oppstilte vilkår	21
3.11 Arkivering	21
3.12 Praktisk kjørevurdering	22

4	Fører kortklasser	23
5	Spesielle forhold ved visse kjøretøygrupper	24
5.1	Tilhenger, kl. E	24
5.2	Person-/varebil med tilhenger, der samlet vekt overstiger 3500 kg	24
5.3	Klasse A1 vs. klasse A	24
5.4	Klasse C1 vs. klasse C	24
5.5	Minibuss, kl. D1	25
5.5.1	Behovsvurdering ved kl. D1	25
5.5.2	Fornyelser	26
5.6	Utrykningskjøring med utrykningskjøretøy	26
5.7	Trafikklærere	26
5.8	Fører kort kl. M kode 145, 146 og 147 – "moped"	26
5.8.1	Dispensasjonspraksis kl. M kode 145 og 146	27
5.9	Fører kort kl. M kode 147 – mopedbil	27
5.10	Fører kortfri motorvogn (omfatter ikke lenger moped)	27
5.11	Kjøreseddel for drosje vs. buss	28
5.12	Øvingskjøring	28
6	Nedsatt synsstyrke – visus	30
6.1	Forskriftens krav	30
6.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	30
6.3	Risikoen ved nedsatt visus	30
6.4	Saksopplysninger ved visusnedsettelse	30
6.5	Dispensasjon ved kl. A, B, S, M og T	31
6.6	Dispensasjon ved kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v.	31
6.7	Vilkår og varighet ved nedsatt visus	31
7	Synsfeltutfall	32
7.1	Forskriftens krav	32
7.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	32
7.3	Risikoen ved synsfeltutfall	32
7.4	Saksopplysninger ved synsfeltutfall	32
7.5	Dispensasjonspraksis for kl. A, B, S, M og T	33
7.6	Dispensasjonspraksis for kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v.	34
7.7	Fører kort for begrenset geografisk område ved synsfeltutfall eller svekket visus	34
8	Fargesyn	35
9	Nedsatt mørkeadaptasjonsevne	36
10	Samsyn, dobbeltsyn	37
10.1	Forskriftens krav	37
10.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	37
10.3	Dispensasjonspraksis for kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v.	37
11	"Seksmånederskravet" ved tapt syn på ett øye	38
12	Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser	39
12.1	Forskriftens krav	39
12.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	39

12.2.1	Bagatellisering eller benekting av anfall	40
12.3	Om utredning av bevissthetstap	41
12.3.1	Anamnese for å skille mellom de tre hovedtypene av bevissthetstap	41
12.3.2	Aktuelle spesialundersøkelser	42
12.4	Dispensasjonspraksis ved bevissthetstap generelt	42
12.4.1	Varighet av dispensasjon og av førerkort	43
12.5	Epilepsi og epilepsiliknende hjernefunksjonsforstyrrelser	43
12.5.1	Attest/opplysninger	43
12.5.2	Dispensasjonsvurdering i ulike, spesifiserte tilfelle:	43
12.5.3	Forhold som ikke taler for dispensasjon	45
12.5.4	Vilkår og varighet ved dispensasjon etter epileptiformt anfall	45
12.6	Synkope	45
12.6.1	Synkope - terminologi	45
12.6.2	Utredning av synkope	46
12.6.3	Dispensasjonspraksis ved synkope	46
12.6.4	Noen momenter i vurderingen	47
12.6.5	Dispensasjonspraksis ved vanlige synkopetyper	47
12.6.6	Vilkår og varighet ved dispensasjon etter synkope	49
12.7	Bevissthetsforstyrrelser av annen, usikker eller uklassifiserbar årsak	49
12.8	TIA som anfallslidelse?	49
12.9	Narkolepsi og katapleksi	50
12.9.1	Forholdet til forskriftens helsekrav	50
12.9.2	Dispensasjonspraksis	50
12.10	Transitorisk global amnesi (TGA)	50
13	Sinnslidelser	51
13.1	Forskriftens krav	51
13.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	51
13.3	Meldeplikt	52
13.4	Attest	52
13.5	Dispensasjonspraksis	52
14	Psykisk utviklingshemming	54
14.1	Forskriftens krav	54
14.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	54
14.3	Risiko, attest og dispensasjonspraksis	54
15	Kognitiv svikt - Demens	56
15.1	Forskriftens krav	56
15.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	56
15.3	Risiko, attest og dispensasjonspraksis	56
15.3.1	Praktisk kjørevurdering	57
16	Medikamenter	59
16.1	Forskriftens krav	59
16.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	59
16.2.1	Benzodiazepiner, hypnotika og sedativa	60
16.2.2	Andre anxiolytika	60

16.2.3	Narkotiske analgetika (opioider)	60
16.2.4	Antidepressiva	61
16.2.5	Antipsykotika	61
16.2.6	Antihistaminer	62
16.2.7	Antiepileptika	62
16.2.8	Anabole steroider	62
16.2.9	Sentralstimulerende midler	62
16.3	Dispensasjonspraksis	62
16.4	Veiledende medikamenttabell	63
17	Rusmiddelmisbruk	64
17.1	Forskriftens krav	64
17.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	64
17.3	Attest	65
17.4	Dispensasjonspraksis	65
17.5	Narkotikamisbrukere i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) - Metadon, Subutex	66
18	Nevrologiske lidelser (unntatt "anfallslidelser")	68
18.1	Forskriftens krav	68
18.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	68
18.3	Apoplexi, hemiplegi, halvsidig neglekt	68
18.3.1	TIA – forbigående cerebrovaskulære symptomer/funn	68
18.3.2	"Hjerneslag"/cerebrovaskulær sykdom med følgetilstander	69
19	Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	70
19.1	Forskriftens krav	70
19.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	70
19.2.1	Hyperkinetisk forstyrrelse uten atferdsforstyrrelse (F90.0, F90.8)	70
19.2.2	Hyperkinetisk forstyrrelse med atferdsforstyrrelse (F90.1)	71
19.3	Attest	71
19.4	Risikovurdering og dispensasjonspraksis	71
19.4.1	Lavere klasser (A, B, M, S og T)	71
19.4.2	Høyere klasser (C1, C, D1, D, kjøreseddel og kompetansebevis)	72
19.4.3	Generelt for alle førerkortklasser	72
19.5	Praktisk kjørevurdering	73
20	Generell helsesvekkelse pga. alder eller sykdom	74
20.1	Forskriftens krav	74
20.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	74
20.3	Dispensasjon	74
21	Respirasjonssvikt	75
21.1	Forskriftens krav	75
21.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	75
21.3	Dispensasjonspraksis	75
21.4	Søvnapnoe	75
22	Diabetes mellitus	76

22.1	Forskriftens krav	76
22.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	76
22.3	Legeattest	76
22.4	Diabetes type 1 vs. type 2	76
22.5	Diabetes type 1	77
22.5.1	Dispensasjon for A, B, S, M og T	77
22.5.2	Dispensasjon for kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel, kompetansebevis for utrykningskjøring m.v	77
22.6	Diabetes type 2	78
22.6.1	Dispensasjonspraksis ved perorale antidiabetika (tabletter)	78
22.6.2	Dispensasjonspraksis ved insulinbehandling av diabetes type 2	79
22.7	Begrenset kjøring som nødvendig del av annen virksomhet	79
22.8	Vilkår ved dispensasjon (diabetes type 1 og 2)	79
22.9	Varighet og vilkår når kravene (for lavere klasser) er oppfylt (diabetes 1 og 2)	80
23	Hjerte- og karsykdommer	81
23.1	Forskriftens krav og omfang	81
23.1.1	Klasse A, B, S, M og T	81
23.1.2	Kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v.	81
23.2	Attest ved hjertesykdom	81
23.3	Koronarsykdom: Angina pectoris og gjennomgått hjerteinfarkt	82
23.3.1	Klasse A, B, S, M og T	82
23.3.2	Kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v.	82
23.4	Hjertesvikt	83
23.5	Hjerteklaffesykdom - klaffeopererte	84
23.6	Hjertearytmier	84
23.6.1	Generelt	84
23.6.2	Atrieflimmer	84
23.6.3	Pacemaker	85
23.6.4	Alvorlige, arytmogene tilstander (LQTS, Brugada-syndrom, ARVD, CPVT osv)	85
23.7	Implantert cardioverter-defibrillator (ICD)	85
23.7.1	Generelt om ICD	85
23.7.2	Trafikkrisikoen ved ICD – reviderte retningslinjer	86
23.7.3	Attest	87
23.7.4	Observasjonstid- dispensasjonspraksis for lavere klasser	87
23.7.5	Varighet og vilkår	88
23.7.6	Utvidet førerkort	88
23.7.7	Førerkortforhold når ICD er fjernet	89
23.8	Kardial synkope	89
23.9	Hjertetransplanterte	89
23.10	Høyt blodtrykk	90
23.11	Vilkår for dispensasjon ved hjertesykdom	90
24	Hørselssvekkelse	91
24.1	Forskriftens krav	91
24.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	91
24.3	Risiko og dispensasjonspraksis	91

25	Førlighetssvekkelse	92
25.1	Forskriftens krav	92
25.2	Legeattest i førlighetssaker	92
25.3	Fylkesmannens oppgave i førlighetssaker	92
26	Førerkort begrenset til visse områder	93
26.1	Hjemmel og saksgang	93
26.2	Opplysninger om begrensningen	94
26.3	Geografisk begrensning kan være aktuelt i bl.a. følgende tilfeller:	94
26.4	Tilfelle der det frarådes å gi dispensasjon med geografisk begrensning:	95
27	Vilkårskoder for førerkort	96
27.1	Fellesskapskoder (EU-koder)	96
27.2	Nasjonale koder – bare for kjøring i Norge	97
28	Vedlegg	98
28.1	Forslag til standardbrev når fylkesmannen har mottatt legeattest fra trafikkstasjonen eller politiet, og attesten viser at helsekravene er oppfylt	98
28.2	Forslag til standardbrev når fylkesmannen har mottatt legeattest fra trafikkstasjonen eller politiet, og attesten viser at helsekravene ikke er oppfylt	98
28.3	Forslag til standardbrev til attestutstedende lege når denne har avgitt NA 202 med konklusjon i strid med premissene	99
28.4	Forslag til standardbrev når fylkesmannen har mottatt melding fra lege jf. helsepersonelloven § 34 med forskrift	99

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 1.07.2010 i henhold til Vegdirektoratets forskrift 19. januar 2004 nr. 2998 om førerkort m.m. vedlegg 1 § 6 siste ledd.

1 Innledning - retningslinjenes bruksområde

Retningslinjene gjelder fylkesmennenes behandling av førerkortsaker, og er ikke ment som rettledning for attestutstedende leger, som henvises til IS-1437. Retningslinjene her kan likevel være av interesse når attestutstedende lege ønsker å orientere seg om fylkesmennenes behandling av slike saker. Når ikke annet er nevnt gjelder omtalen dispensasjonspraksis.

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 og manglende kjøreferdighet, jf. vegtrafikklovens § 34, og behandler søknad om gjennerverk av førerett. Når føreretten er tapt av helsemessige grunner, kan den ikke gjennerverkes 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, jf. lovens § 37h.

2.3 Fylkesmannens oppgaver

2.3.1 *Dispensasjonssaker*

Fylkesmannen behandler søknader om dispensasjon fra helsekravene, jf. førerkortforskriftens vedlegg 1, § 6, første ledd. Helsedirektoratet er klageinstans. Se nedenfor. Inntil 1.1.2003 lå denne myndigheten hos henholdsvis fylkeslegen og Helsetilsynet. 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 eller annet helsepersonell, jf. § 3 i forskrift om leges melding om at innehaver av flysertifikat eller førerkort ikke fyller helsemessige krav av 13. juli 1984, hjemlet i § 34 i Lov av 2.7.1999 nr. 64 om helsepersonell. Dersom meldingen ikke inneholder tilstrekkelige opplysninger, må dette innhentes. Etter § 3 skal fylkesmannen melde til politiet dersom førerkortet bør inndras helt eller delvis. I meldingen til politiet må det klart fremgå 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 meldingen i påvente av supplerende spesialistvurderinger eller til søknad om dispensasjon er ferdigbehandlet. Dersom opplysningene tyder på at helsetilstanden ikke er forenlig med sikker kjøring, dvs. at helsekravene ikke er oppfylt, bør melding ikke utsettes. I stedet bør man være rask med å fatte vedtak om dispensasjon hvis nye opplysninger senere tilsier dette. Unntaksvis kan melding til politiet utsettes, dersom opplysningene er svært mangelfulle eller tyder på at meldingen fra lege er sendt på åpenbart sviktende grunnlag. Dersom fylkesmannen mottar melding på NA 202c (skjemaet for førerkortinnehavere over 70 år), må de opplysninger som er nødvendige for å avgjøre om forskriftens helsekrav er oppfylt innhentes, dersom de ikke foreligger.

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 ikke synes mulig. 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 tekstmal, må man dessuten påse at teksten er tilpasset det aktuelle tilfelle. 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.

Dersom det allerede ved meldingen er klart at det kan gis dispensasjon (f.eks. for lavere klasser når det meldes om implantasjon av primærprofylaktisk ICD, jf. pkt. 23.7.4), bør fylkesmannen fatte vedtak om det. Det må deretter meldes til politiet 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 klasser det er dispensert for).

Når melding fra lege gjelder person med utenlandsk førerkort, skal fylkesmannen sende melding til norsk politi. Det er politiets ansvar å inndra førerkortet, evt. i samarbeide med førerkortutstedende lands myndigheter.

2.3.3 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:

- Bruk av optisk korreksjon for å fylle synskravene (EU-kode 01).
- 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 (lavere klasser).
- 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 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.

2.3.4 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 medisinerbruken 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).

2.3.5 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.

2.3.6 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. 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 nylig 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. Vi oppsummerer følgende sentrale momenter:

- 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 bør ikke gis for mer enn to år av gangen.

Helsedirektoratet ønsker en mest mulig restriktiv praksis på dette området. Fritak fra bilbeltepåbudet ved legeattest vil bli omtalt i neste versjon av IS-1437.

2.4 Behandlende/attestutstedende lege

Behandlende/attestutstedende lege leverer premissene for forvaltningens vurdering og vedtak. Attest skal redegjøre for tilstanden i samsvar med de faktiske forhold (!), og gjerne gi en vurdering av risikoen i forbindelse med kjøring. Legen har imidlertid ingen dispensasjonsadgang, og Fylkesmannen er ikke bundet av legens synspunkter på førerkortspørsmålet. Mange leger synes å glemme sin rolle som "sakkyndig" i førerkort saker. I denne sammenheng skal legen ikke være sin pasients "advokat". Noen leger kjenner verken førerkortklassene eller helsekravene. Leger har også svært 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 helsepersonellovens § 15: *"Den som utsteder attest, legeerklæring og lignende, skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, legeerklæring og lignende skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, legeerklæring og lignende."* (Jf. helsepersonellovens kap. 11 om reaksjoner m.v. ved brudd på lovens bestemmelser.)

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

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 trygdemessige 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 klasse A, B, M, S og T 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 trafikkssikkerhetsmessig 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. forvaltningslovens § 12 siste ledd. Fylkesmannen bør normalt kunne godta at legen, uten å forevise skriftlig fullmakt, i samforstand med søkeren/klageren fremlegger legeattest mv. for fylkesmannen som supplement til søknaden/klagen fra den det gjelder. Dersom lege opptrer som fullmektig for pasienten, kan han/hun imidlertid i prinsippet ikke også utstede legeerklæring i saken. Dette følger av helsepersonellovens § 15 siste setning som først og fremst er en presisering, men også en utvidelse av forvaltningslovens § 6.

Søknad om dispensasjon bør som regel vedlegges utfylt NA 202, 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 originaldokumentet. Dersom fylkesmannen likevel, av praktiske årsaker, godtar tekstscannet versjon, må man påse at dette ikke byr på problemer som angitt ovenfor.

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.

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, sikre at eventuelle forverrelser oppdages og kan få evt. nødvendige følger for føreretten.

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 forverrelse 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 anfaller var bagatellmessig og neppe trafikksikkerhetsmessig relevant (som omtalt i kap. 12), kan førerkortet anbefales gitt vanlig gyldighet. Etter anfall 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 klasse C1, C, D1 og D skal førerkortet, etter førerkortforskriftens § 4.1, ha maksimal gyldighetstid fem år (forkortet fra tidligere 10 år), men likevel kun:

- a) til fylte 71 år, dersom vedkommende har fylt 66 år
- b) på ett år, dersom vedkommende har fylt 70 år

Ved stabil tilstand kan det gis dispensasjon for lengre tid enn etter a) og b) ovenfor, dersom dette anses medisinsk forsvarlig. Søker vil da likevel måtte fornye førerkortet hos vegmyndigheten, ved å medbringe sin gyldige dispensasjon. Vegdirektoratet har bestemt at det også vil kreves legeattest ved hver fornyelse.

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 kan gjøres ved å benytte blankett X-073 (som kan bestilles fra Statens trykksakekspedisjon) eller likeverdig informasjon.

3.5 Effektivering 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, vil det være nødvendig å hindre at uvedkommende får kjennskap til disse.

3.5.2 Midlertidig dispensasjon 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 unntaksvis bidra til uavbrutt førerrett ved å anmode trafikkstasjonen per telefon (legg telefonnotat i saken) eller e-post om at det gis midlertidig kjøretillatelse. Dette skjer da uten utferdigelse av nytt førerkort, og sparer søker for gebyr og forvaltningen for arbeid. Søker bør likevel generelt oppfordres til å fremme fornyelsessøknad i god tid, med nødvendige opplysninger, slik at dispensasjonssaken kan behandles på vanlig måte.

3.6 Klagebehandling

Helsedirektoratet er klageinstans for fylkesmannens vedtak, jf. førerkortforskriftens § 14-1, siste ledd. Forvaltningslovens saksbehandlingsregler gjelder. Før klagen sendes Helsedirektoratet, må fylkesmannen foreta forberedende klagebehandling, jf. forvaltningslovens § 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. forvaltningslovens kap. IV-VI. Før saken i motsatt fall sendes Helsedirektoratet, skal den opplyses så godt som mulig, jf. forvaltningslovens § 33 og § 17. Alle tidligere dokumenter, inkludert søknaden, skal vedlegges. Det må fremgå klart hvilke(n) førerkortklasse(r) klagen gjelder. 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 førerrett 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 nr. 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. Vesentlige brudd på vilkårene vil dessuten kunne medføre at dispensasjonen bortfaller.

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

Etter vegtrafikklovens § 34 har politiet adgang til å kreve førerprøve når det er skjellig grunn til å tro at innehaveren ikke fyller helsekravene, eller mangler tilstrekkelige kunnskaper eller ferdigheter. Dersom legen mener praktisk kjørevurdering er nødvendig for å avgjøre om helsekravene er oppfylt, må legen melde dette til fylkesmannen. Dersom fylkesmannen på grunnlag av melding fra lege eller for egen saksbehandling, finner grunn til å anmode om praktisk kjørevurdering, henvender fylkesmannen seg til enten trafikkstasjonen, eller politiet. Fylkesmannen kan ta resultatet av testen med i sin vurdering av om det kan gis dispensasjon. Den må ikke erstatte fylkesmannens vurdering av de helsemessige forhold. Den kan gjennomføres av person som ikke fyller helsekravene, uten at det gis dispensasjon for testen, jf. kap. 5.12.

4 Førerkortklasser

- Kl. A1 - lett motorsykkel
- Kl. A – motorsykkel
- Kl. B - personbil, varebil, inntil 3,5 tonn, inntil 8 passasjerplasser
- Kl. S - beltemotorsykkel ("snøscooter")
- Kl. M kode 145 og 146 – tohjuls moped
- Kl. M kode 147 – mopedbil
- Kl. T – traktor
- Kl. C1 - lett lastebil, inntil 7.5 tonn
- Kl. C – lastebil
- Kl. D1 - minibuss, inntil 16 passasjerplasser
- Kl. D – buss
- Kl. E - tilhenger/-redskap til kl. B, C, C1, D el. D1

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 nytt punkt 5.6.

Trafikklærere, - se omtale i pkt. 5.7.

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. 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 Person-/varebil med tilhenger, der samlet vekt overstiger 3500 kg

Behov for kjøring av stor personbil med tung tilhenger har vært fremmet som behov for dispensasjon for kl. C1(E). Det vises til forskriftens § 3-11:

"Førerett klasse BE gjelder for vogntog bestående av motorvogn, som omfattes av § 3-5 første ledd nr. 1, og tilhenger."

Helsetilsynet forela spørsmålet for Vegdirektoratet, som i svar datert 11. juni 1997 skrev:

"Innehaver av kl. BE vil kunne føre vogntog hvor - trekkvogn har tillatt totalvekt til og med 3500 kg - tilhenger har tillatt totalvekt som er lovlig ut fra trekkvognens vognkort. Vogntogets tillatte totalvekt kan altså overstige 3500 kg."

Vegdirektoratet har bekreftet at denne tolkningen også gjelder under den nye førerkortforskriften. Kjøring av tyngre personbil (inntil 3,5 tonn) med tilhenger kan altså skje med kl. BE, og gir ikke behov for kl. C1(E).

5.3 Klasse A1 vs. klasse A

Helsekravene er like og dispensasjonspraksis bør være lik. Kl. A1 er derfor ikke særskilt nevnt i teksten.

5.4 Klasse C1 vs. klasse C

Også lastebiler inntil 7,5 tonn kan forårsake stor skade, og de brukes ofte til yrkeskjøring. Store privatbiler av typen SUV kan volde betydelige skade på andre trafikanter. Dette tilsier at dispensasjonspraksis ikke uten videre kan være mer liberal enn for kl. C. Etter vår oppfatning er det 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 vil som regel være aktuelt å gi begrensning til aktuelt kjøretøy, EU-kode 51. Ikke alle "bobiler" krever kl. C1, da flere har tillatt totalvekt under 3,5 tonn.

2) Kl. C1 nødvendig for leilighetsvis 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, f.eks. insulinbehandlet type 1-diabetes eller anfall med bevissthetstap 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.

5.5 Minibuss, kl. D1

Helsekravene for kl. D1 og D er like. Minibuss brukes ofte privat for å spare avgift og kjøre i kollektivfelt. Minibussens 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. Vegdirektoratet har stilt seg avvisende til å gi førerkort i kl. D1 med begrensninger i passasjerantallet, idet kjøretøyet klassifisering 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.

5.5.1 Behovsvurdering ved kl. D1

En person anses å ha et sterkt behov for dispensasjon hvis vedkommende kan fremlegge viktige 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.

5.5.2 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.

5.6 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. Det anbefales en dispensasjonspraksis omtrent som for klasse D. I spesielle tilfelle utgjør kjøringen en liten, men nødvendig del av annen virksomhet, for eksempel når søkeren er ansatt i brannvesenet i små kommuner, med få utrykninger i året. Tilstander med lav risiko, eller der søkeren kan kontrollere risikoen ved kjøring, for eksempel ved blodsuktermåling, kan da være forenlig med dispensasjon etter en mer liberal vurdering. 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 dårlig forenlig med dispensasjon for utrykningskjøring.

5.7 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."¹ 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 sjåførere. 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.

¹ Helsemyndighetens dispensasjonsadgang for så vidt gjelder utrykningskjøring med utrykningskjøretøy ble formalisert ved endring 12.mai 2004 av § 8-3 i forskrift 19.januar 2004 nr. 299 om samme emne.

5.8 Førerkort kl. M kode 145, 146 og 147—"moped"

Førerkortforskriftens § 3-16:

Førerrett i klasse M med kode 146, gjelder for kjøring i Norge med tohjuls moped. I tillegg gjelder føreretten for kjøring i Norge med tre- eller firehjuls moped med egenvekt (minus batterienes vekt ved eldrift) ikke over 150 kg.

Førerett i klasse M med kode 147 gjelder for kjøring i Norge med tre- eller firehjuls moped. For personer som ikke er fylt 18 år er føreretten begrenset til tre- eller firehjuls moped med egenvekt (minus batterienes vekt ved eldrift) ikke over 150 kg.

Førerett i klasse M med kode 145, gjelder for kjøring i Norge med tohjuls moped. I tillegg gjelder føreretten for kjøring i Norge med tre- eller firehjuls moped med egenvekt (minus batterienes vekt ved eldrift) ikke over 150 kg.

Førerett i klasse M gjelder for kjøring i Norge med moped. Aldersbegrensningen for tre- eller firehjuls moped, som nevnt i annet ledd, gjelder tilsvarende.

5.8.1 Dispensasjonspraksis kl. M 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.

5.9 Førerkort kl. M kode 147 – mopedbil

Helsekravene er som for kl. B. I hovedsak vurderes dispensasjonssaker vedrørende førerkort kl. M-147 tilsvarende kl. B, pga. mopedbilens ikke helt ubetydelig masse og fordi den fyller hele kjørebane. En moderne mopedbil likner utseendemessig og konstruktivt en småbil, men har begrenset hastighet. Dette i motsetning til moped (inkl. tidligere tiders trehjulsmedepeder/”invalidemedepeder”), 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.

5.10 Førerkortfri motorvogn (omfatter ikke lenger moped)

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

§ 12-1. Alminnelige unntak fra førerkortplikten for traktor og motorredskap
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.*
3. *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. "Særregler for visse typer kjøring

I garasjehus, servicestasjon, bilverksted-, industri- eller lignende område i Norge kan motorvogn/vogntog som betinger førerrett i klassene C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 eller D1E flyttes av person som har førerrett 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 gav 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.

5.11 Kjøreseddel for drosje vs. 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.

5.12 Øvingskjøring

Under henvisning til vegtrafikklovens § 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" øvelseskjøring i bil uten dobbelt pedalsett, bør det bare gis dispensasjon innenfor retningslinjenes rammer. Det bør ikke gis dispensasjon for øvelseskjøring 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.

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

Etter EUs reviderte førerkortdirektiv 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 prøve.

Legeattest fra spesialist i øyesykdommer skal foreligge. Attesten bør foruten korrigert og ukorrigert visus angi årsaken til den nedsatte synsstyrken, om det kan ventes forverrelse, om synsfeltet er innskrenket og om det er problemer med blendingsfølsomhet, kontrastfølsomhet eller mørkeadaptasjonsevne. Ved rene refraksjonsanomalier uten tegn til sykdom, kan erklæring fra offentlig godkjent optiker godtas.

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 sjåførere med dårlig syn. Geografisk begrensning kan derfor ikke uten videre anbefales.

Etter EUs reviderte førerkortdirektiv skal det 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.

Etter EUs reviderte førerkortdirektiv er det ikke lengre dispensasjonsadgang for høyere klasser ved visusnedsettelse. 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.

6.7 Vilkår og varighet ved nedsatt visus

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

7 Synsfeltutfall

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. De nye kravene innebærer ingen vesentlig realitetsendring. Det screenes med Donders' prøve. Er synsfeltet ikke normalt, må det utføres perimetri for å fastslå om forskriftens krav er oppfylt. Det er ikke spesielle krav til hvilke typer perimetri som kan anvendes i spørsmålet om kravene er oppfylt. I dispensasjonssaker anbefales fortsatt Goldman, jf. pkt. 7.4. Kravet til horisontal og vertikal utbredelse av synsfeltet gjelder samtidig, slik at synsfeltet må ha den aktuelle vertikale utbredelsen i (omtrent) hele den horisontale. Ved homonym kvadrantanopsi vil f.eks. kravene ikke være oppfylt. Kravene gjelder samlet synsfelt når begge øyne er i bruk.

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

Etter EUs reviderte førerkortdirektiv 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 i henhold til ovenstående, redegjøre for årsak og prognose, og om mulig gi en vurdering av trafikksikkerhetsrisikoen. Synsfeltdiagram skal vedlegges. Donders' metode er tilstrekkelig som screeningundersøkelse. Mer nøyaktige metoder må anvendes for vurdering av påviste eller mistenkte synsfeltutfall, dvs. i alle dispensasjonssaker. Helsedirektoratet fastholder at den trafikkmessig mest relevante metoden er Goldman-perimetri. Autoperimetri kan være for sensitiv for vurdering av synsfeltets brukbarhet i trafikken, fordi den detekterer også relative utfall. Goldman-perimetri er fortsatt tilgjengelig ved regionsykehus, en del sentral- og lokalsykehus og hos noen privatpraktiserende spesialister. Undersøkelsen skal utføres med stort objekt. Hvert øye skal undersøkes for seg, og det skal gjøres en binokulær registrering, fordi utfallene gjensidig kan overlappes av det andre øyets intakte synsfelt.

I følgende tilfelle kan Goldman erstattes av autoperimetri:

- 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:

- Parasentralt 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. Også her bør det undersøkes binokulært i tillegg til hvert øye for seg.

7.5 Dispensasjonspraksis for 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. Etter den nye EU-forskriften kan det 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.

Etter EUs reviderte førerkortdirektiv er det 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 begrensnings unntaksvis vurderes. Se kapitlet "Førerkort begrenset til visse områder", 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 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

For kl. A, B, S, M og T gjelder 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 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." Kravet om at det ikke skal være ansett nødvendig med medikamentell anfallsprofylakse, er nytt, og innført ved tilpasning til EUs førerkortdirektiv.

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. Et anfall hos en 17 åring medfører f.eks. ti års karenstid, mens anfall hos en 18 åring diskvalifiserer livet ut.

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 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. Anfallet må i så fall være helt klart irrelevant i trafikksammenheng eller ikke innebære noen 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 epileptiforme anfall, synkoper og anfall av annen, usikker eller uklassifiserbar type:

1. Epileptiforme anfall skyldes en primær 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. "Leilighetsanfall" betegner et enkeltstående, epilepsiliknende anfall, med normalt EEG.

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. 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 epileptiformt anfall eller synkope, som beskrevet ovenfor. Det kan dreie seg om f.eks. funksjonelle anfall, 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 epileptiformt 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". I slike tilfelle er det viktig å innhente fyldig dokumentasjon fra tidlig i forløpet (legevaktjournal, ambulansejournal, innkostsjournal), 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 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.

12.3 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 (ambulansjournal, innkomsjournal, legevaktsjournalnotat). 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.

12.3.1 Anamnese for å skille mellom de tre hovedtypene av bevissthetstap

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

- Generelle krampes, som opptrer tidlig i anfallet og ikke er helt kortvarige.
- Postiktal forvirring.
- Tungebitt.
- Strukturelle forandringer i hjernen (tumor, arr, gammelt hjerneinfarkt, MS).
- Epilepsi i nær familie.
- Tidligere hodetraume.
- Moderate alkoholemengder eller søvndeprivasjon som utløsende faktor.

Mangel på disse taler for synkope (sirkulasjonsproblem). Partiell anfall, enkle partiell anfall eller komplekse partiell anfall, kan ha avvikende symptomatologi, og kan være vanskelige å skille fra "uklassifiserbare" anfall.

Følgende trekker i retning av reflekssynkope:

- Autonome fenomener (kvalme, svette, svimmelhet) som innledning og/eller etterpåk.
- 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, nakkevidning, 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.

12.3.2 Aktuelle 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.
- CT eller MR av hjernen brukes for å undersøke om det er strukturelle forandringer i hjernen, og inngår dermed i utredning av epileptiforme 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), evt. R-test (flere dagers registrering) 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 hjerterytmene. Brukes ved sterk mistanke om arytmi som årsak, eller når det er viktig å utelukke dette. 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 brukes i utredning av mistenkt reflekssynkope, for å klargjøre mekanismen og bekrefte diagnosen. Den sier ikke noe om residivrisiko og kan ikke brukes for å evaluere effekt av behandling. Har sjelden betydning i førerkortsaker.

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 kan derfor ikke tillegges avgjørende 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.

12.4 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 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).

12.4.1 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 anfaller var bagatellmessig og neppe trafikksikkerhetsmessig relevant, kan førerkortet anbefales gitt vanlig gyldighet. Etter anfall 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."

12.5 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.

12.5.1 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.

12.5.2 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. Punktene nedenfor spesifiserer de fleste aktuelle tilfelle, og angir dispensasjonspraksis, i samsvar med EU-direktivet.

1. Unnskyldelig bortfall av medikamentell anfallsbeskyttelse. Hvis en person med normalt EEG 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. Det skal ikke gis dispensasjon ved holdepunkter for slurv med medikamentinntaket. (Det skal ikke dispenseres for høyere klasser, da behandlingskrevende anfallssykdom er uforenlig med dispensasjon.)
2. Når antiepileptisk behandling trappes ned for seponering, etter vurdering av lege, skal pasienten ikke kjøre bil under nedtrappingen og i seks måneder etter seponering. Siden helsekravene da ikke kan anses oppfylt ("andre tilstander") i minst seks måneder, skal det sendes melding til fylkesmannen. 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 det ikke gis dispensasjon.
3. Fremprovosert, enkeltstående anfall, dvs. anfall som står i klar sammenheng med spesielle, anfallsutløsende forhold, f.eks. fysiske eller psykiske påkjenninger. Dersom det antatt anfallsutløsende forhold fremstår som klart og ekstraordinært, og helt klart vil bli unngått, taler det for dispensasjon for lavere klasser etter relativt kort tid. Observasjonstiden tilpasses det som antas nødvendig for å sikre at det utløsende forhold ikke vil opptre igjen. Utvidet førerkort 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. Utvidet førerkort m.v.: Det skal ikke gis dispensasjon før etter tidligst fem års anfallsfrihet.
5. Anfall som kun har opptrådt under søvn. Det kan gis dispensasjon for lavere klasser etter ett år med kun nattlige anfall, forutsatt at kvalifisert nevrolog mener det er forsvarlig. Nattlige anfall kan være uttrykk for epilepsi med dårlig anfallskontroll. Det skal da ikke dispenseres. Dispensasjon etter dette punktet gis altså kun etter grundig nevrologisk vurdering, som resulterer i klar tilrådning. Det skal ikke gis dispensasjon etter dette punktet for høyere klasser.
6. Anfall som aldri har påvirket bevissthet eller kjøreevne. I meget sjeldne tilfelle kan epileptiske anfall av enkel, partiell type forløpe uten påvirkning av kjøreevnen. Når dette er godtgjort ved vurdering hos spesielt kompetent nevrolog/spesialavdeling, kan det gis dispensasjon for lavere klasser 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 høyere klasser.
7. Epilepsi forøvrig. Epilepsi defineres her som å ha hatt to eller flere epileptiforme anfall i løpet av en femårsperiode. Når ingen av punktene 1-6 over kommer til anvendelse, skal det ikke gis dispensasjon fra kravet til ett års anfallsfrihet for lavere klasser og 10 år for høyere. Dette følger direkte av EU-direktivet.

8. Epileptiformt anfall og strukturelle intrakranielle forandringer og/eller epileptiforme trekk i EEG: Det skal ikke dispenseres.

9. Epilepsikirurgi: Brukes ved epilepsi som er vanskelig å behandle. Langtidsprognosen er usikker. Det skal ikke dispenseres.

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.

12.5.3 Forhold som ikke taler for dispensasjon

1. Anfall med "innledende varslar"/"aura". En kan ikke stole på at anfall som har 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 epileptogen aktivitet i EEG tegn på høyere anfallsrisiko, 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 i de mange tilfelle vil det dermed ikke kunne gis dispensasjon. Behandlingskrevende epilepsi er ikke forenlig med utvidet førerkort.

12.5.4 Vilkår og varighet ved dispensasjon etter epileptiformt 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-forskriften.

12.6 Synkope

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

12.6.1 Synkope - terminologi

Reflekssynkope ("neurally mediated syncope") skyldes episodisk feilreaksjon i de mekanismer som tilpasser hjerterefrekvens, hjerkets 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 reflekssynkope 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.

12.6.2 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, med ved mistenkt epileptiforme anfall.)

12.6.3 Disposasjonspraksis 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 epileptiform (pkt. 12.5) eller uklassifiserbar type (pkt. 12.7). Anfall som antas å være ledd i rusmisbruk må vurderes i forhold til prognosen for misbruket, jf. kap. 17. Bevissthetsforstyrrelse 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. Disposasjonspraksis må tilpasses den aktuelle søkers anfallstype og -forekomst, slik at den hindrer kjøring hos personer med risiko for synkope under kjøring, men ikke begrenser førerrett 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 disposasjon 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 for lavere førerkortklasser. Mest restriktiv må man være for yrkessjåførvirksomhet med buss.

12.6.4 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 stereotyp 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.
- Refleks-synkoper 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.)

12.6.5 Dispensasjonspraksis ved vanlige synkopetyper

Sannsynlig diagnose	Førerkortvurdering ABMST	Førerkortvurdering C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v.
Reflekssynkope av vasovagal eller carotid sinus type, <u>enkeltstående, ikke under høyrisikoaktivitet eller med skade ("banal"*)</u>	Krav kan anses oppfylt (inndragelse ikke nødvendig)	Krav kan anses oppfylt (inndragelse ikke nødvendig), <u>dersom</u> opplysningene ikke gir rom for tvil.

Reflekssynkope av vasovagal eller carotid sinus type, <u>gjentatte</u> 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 <u>helt</u> 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 <u>kun</u> har forekommet i de nevnte situasjoner og <u>ikke</u> i forbindelse med bilkjøring (fordi eventuelle nye synkoper ikke kan ventes å inntre under kjøring)	Krav kan anses oppfylt (inndragelse ikke nødvendig), dersom synkope <u>kun</u> har forekommet i de nevnte situasjoner og <u>ikke</u> 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 anbefalte observasjonstid 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 <u>synkope</u> under interkurrent sykdom (altså uten epileptogene 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 "høyrisikoaktivitet"*

(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.

12.6.6 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.

12.7 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 (ambulansjournal, 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 epilepsiliknende anfall, sjeldnere på synkoper. Diagnosen kan være vanskelig. Pga. den diagnostiske usikkerheten er hovedregelen at det ikke gis dispensasjon.

12.8 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 synkopelignende 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.

12.9 Narkolepsi og katapleksi

12.9.1 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.

12.9.2 Dispensasjonspraksis

Det kan gis dispensasjon for kl. ABMST når behandlende nevrolog attesterer at sykdommen er under god kontroll, slik at den ikke gir sikkerhetsrisiko under kjøring. 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 kjørehell. 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.

12.10 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 Sinnslidelser

13.1 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."

13.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Med alvorlig sinnslidelse menes som regel en psykotisk tilstand. Forskriftens helsekrav er ikke oppfylt hvis det foreligger en kronisk psykotisk tilstand, eller det har forekommet flere psykotiske episoder. Hvis det har forekommet en enkeltstående psykotisk episode som har svekket kjøreevnen for mindre enn ett år siden, og det må antas at det er fare for nye psykotiske episoder, er ikke førerkortforskriftens helsekrav oppfylt.

Hvis det har forekommet en eller flere psykotiske episoder som har svekket kjøreevnen, og det brukes antipsykotisk medikasjon for å forebygge slike episoder, er forskriftens helsekrav ikke oppfylt. Antipsykotiske medikamenter kan i seg selv ha innvirkning på kjøreevnen, uavhengig av om disse brukes for å forebygge nye psykotiske episoder eller ikke, se kap. 16.

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 over lang tid, selv om den psykotiske episoden ligger mer enn to år tilbake i tid.

Psykiske lidelser kan gi ulike symptomer og gi nedsatt livskvalitet og arbeidsevne, men likevel være uten betydning for trafikksikkerheten. Det å være uføretrygdet pga. en psykisk lidelse betyr ikke at forskriftens krav ikke er oppfylt. Men hvis en ikke-psykotisk psykisk lidelse medfører personlighetsavvik, impulsivitet eller andre symptomer som nedsetter kjøreevnen og reduserer trafikksikkerheten, kan dette medføre at forskriftens helsekrav ikke er oppfylt. Dette kan for eksempel gjelde depressiv impulspreget suicidalitet.

Noen psykiske lidelser har et episodisk forløp, som bipolar affektiv lidelse, schizoaffektiv lidelse og tilbakevendende depressiv lidelse. Hvis lidelsen er av slik karakter at 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.

Personlighetsavvik omfattes av forskriftens krav dersom det er holdepunkter for nedsatt dømmekraft, impulskontroll eller atferdsforstyrrelser som kan være farlige i

trafikken.

13.3 Meldeplikt

Meldeplikten etter helsepersonelloven § 34 inntreffer ved enhver psykotisk tilstand, både akutte og kroniske, samt når antipsykotisk medikasjon brukes for å forebygge nye psykotiske episoder som kan svekke kjøreevnen, 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.

13.4 Attest

Ved opplysning om (gjennomgått) alvorlig sinnslidelse og om episodisk lidelse, kreves attest fra behandlende lege. Attesten bør vurdere vedkommendes funksjon som motorvognfører. Om nødvendig kan det kreves attest fra spesialist i psykiatri, evt. attest fra psykologspesialist eller epikrise fra psykiatrisk institusjon eller poliklinikk. For kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v. er det rimelig å kreve mer inngående spesialistvurdering.

13.5 Dispensasjonspraksis

Ved enkeltstående psykotiske episoder uten spesiell risiko for tilbakefall, kan det gis dispensasjon for de lavere førerkortklassene etter 3-6 måneder. Særlig ved manisk pregede psykoser og tilstander med endret virkelighetsoppfatning, bør det kreves fravær av ethvert symptom av betydning for trafikksikkerheten over 6 - 12 måneder, avhengig av tilstandens alvorlighetsgrad og prognosen for tilbakefall. Det må vurderes konkret hvilke symptomer som har betydning for trafikksikkerheten. Noen vrangforestillinger har innvirkning på kjøreevnen og trafikkatferden, mens andre ikke har det. Som regel vil impulsivitet, personlighetsendring og svekket kognitiv funksjon, være symptomer av betydning for trafikksikkerheten.

Schizofreni med relativt god sosial og kognitiv funksjon representerer neppe noen spesiell trafikksikkerhetsrisiko, og dispensasjon bør kunne gis for kl. A, B, S, M og T. Tidligere kjøreepisode(r) i psykisk ubalanse, og særlig om denne (disse) har ført til farlig kjøring eller har vært gjentatte, taler imot dispensasjon. Behandlende leges vurdering må sammenholdes med faktiske opplysninger om slike hendelser. Helsedirektoratet har flere ganger sett at behandlende lege ikke kjenner til slike episoder, eller har unnlatt å ta dem i betraktning ved attestutstedelsen. 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. Antipsykotika kan gi sedasjon og uønskede motoriske virkninger som kan gjøre bilkjøring risikofyllt, se kap. 16.

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 innsykning 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., bør det være svært gode holdepunkter for god prognose. Dispensasjon for førstegangsutstedelse av kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v. bør bare gis der det er særskilt gode holdepunkter for at sinnslidelsen ikke har betydning for kjøreevnen.

14 Psykisk utviklingshemming

14.1 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."

14.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Ved psykisk utviklingshemming (IQ under 70 og korresponderende funksjonsnivå) er forskriftens helsekrav ikke oppfylt.

Ved gjennomgående 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.

I praksis vil dispensasjonsvurderingene handle om personer med lett psykisk utviklingshemming (IQ 55-70 og korresponderende funksjonsnivå). Moderat psykisk utviklingshemmede (IQ under 55 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 aldersadekvate for den førerkortklasse det søkes dispensasjon for, specialistens 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 alvorlige eller omfattende gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, som autisme eller Aspergers syndrom, vil det i en dispensasjonsvurdering 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?

Det er en rekke tilstander som kan medfører kognitiv svikt. Hjerneslag, hodetraumer og psykiske lidelser kan ha slike følgetilstander. Dessuten Alzheimers sykdom, vaskulær demens og andre demenstilstander. 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), apraxi (vansker med å utføre visse gjøremål), betydelig hukommelsessvikt, redusert dømmekraft og forlenget reaksjonstid. 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 dement 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 blindingstendensen), 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.

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.

I tillegg til eventuelle uakseptable resultater ved de tester som er gjennomført, taler følgende mot dispensasjon: Kritikkkløshet, 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.

15.3.1 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 oppmerksomhetsfunksjon. 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 konsentrasjonsproblemer. 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 pga. 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 slike medikamenter.

16.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Ved medikamentbruk som "reduserer årvåkenhet eller kjøreevne" er ikke forskriftens krav oppfylt.

Pkt. 16.4. inneholder en veiledende medikamenttabell. Dette er en oversikt over hvilke døgndoser som kan antas å ha slik innvirkning på kjøreevnen at forskriftens Vedlegg 1 § 2 nr. 5 ikke er oppfylt, og hvilke doser som kan gi grunnlag for dispensasjon. Som det vil gå fram av tabellen, vil en rekke medikamenter gi sedasjon eller andre virkninger som kan gi trafikkfare i vanlige terapeutiske doser. Tabellen må leses med forsiktighet og må alltid leses i sammenheng med teksten i pkt. 16.2.1 – 16.2.9. 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 og kan ha ulike serumverdier av medikamentet. Hvis det foreligger tvil om hvilken virkning en medikamentdose har på kjøreevnen, kan 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, og førerkortforskriftens helsekrav er som regel ikke oppfylt ved slike kombinasjoner.

16.2.1 Benzodiazepiner, hypnotika og sedativa

Hypnotika, sedativa og benzodiazepiner har alle sederende virkning, noen mer enn andre, og i ulike doser. Disse medikamentene har derfor stor innvirkning på kjøreevnen. Et inntak på 15 mg diazepam har blitt sammenlignet med blodalkoholkonsentrasjoner på omkring 1 promille når det gjelder forringelse av ferdigheter relevante for bilkjøring, mål korttid etter inntak hos ikke tilvendte individer. Virkningen kan henge lenge i, og særlig viser det seg at bruk av benzodiazepiner med lang halveringstid (diazepam 20-100 t, klonazepam 20-60 t, nitrazepam 18-38 t, alprozalam 9-20 t) har stor sammenheng med ulykkesrisiko.

Mange føler seg ikke spesielt påvirket av benzodiazepiner. Det har vanligvis 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 pkt. 16.4 gis en oversikt over hvilke døgndoser som må anses å ikke være forenlig med førerrett i de ulike klassene. Også lavere doser kan imidlertid være risikofylte, særlig ved samtidig bruk av andre legemidler (spesielt 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, men også ved dosering om kvelden når kjøringen skjer om dagen, vil påvirkningen kunne være så stor at bilkjøring er kontraindisert.

Hypnotika, sedativa og benzodiazepiner brukt i rushensikt eller med et misbrukspreg kontraindiserer bilkjøring.

16.2.2 Andre anxiolytika

Angstdempende midler utenom benzodiazepingruppen har vanligvis ikke uakseptabel innvirkning på kjøreevnen, med unntak av hydroksyzin, som derfor er tatt inn i den veiledende tabellen i pkt. 16.4.

16.2.3 Narkotiske analgetika (opioider)

Det er en rekke opioidpreparater, men vi har ikke funnet grunnlag for å kunne gi noen dosegrenser i den veiledende tabellen i pkt. 16.4, og ingen av dem er spesielt nevnt.

Generelt vil opioider gis ved sterke smertetilstander. Opioider gir en viss sederende og til dels euforiserende virkning, men det skjer en betydelig tilvenning når det gjelder disse virkningene. Ved bruk av opioider alene, innenfor veiledende dosegrenser for den lidelsen opioidene brukes for, 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, i medhold av førerkortforskriften Vedlegg 1 § 1 tredje ledd. Hvis medikamentet brukes over tid i fast dose, og på klar

medisinsk indikasjon, vil det måtte antas at tilvenning skjer, slik at førerkortforskriftens helsekrav antas å være oppfylt.

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

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 inntreer.

Når det gjelder bruk av metadon, buprenorfin og andre opioider i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering, se pkt. 17.5.

Opiater brukt i rushensikt eller med et misbrukspreg kontraindiserer bilkjøring.

16.2.4 Antidepressiva

Trisykliske antidepressiva

Disse kan gi sedasjon og akkomodasjonsparese og dermed trafikkfare. Bilkjøring bør unnlates under innstilling og doseøkning, evt. også av hensyn til sykdommen som indisierer legemiddelet. Ved fast dose vises til den veiledende tabellen i pkt. 16.4.

Andre antidepressiva

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

16.2.5 Antipsykotika

Ved behandling med antipsykotisk medikament som kan svekke kjøreevnen, er ikke førerkortforskriftens helsekrav oppfylt, se kap. 13.

Sedasjon og uønskede motoriske virkninger kan føre til at den medikamentelle behandlingen i seg selv gjør 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. I den veiledende tabellen i pkt. 16.4. er de vanlig brukte antipsykotiske medikamentene med høyeste sederende virkning listet opp. Dette betyr ikke at ikke andre antipsykotiske midler i terapeutiske doser også kan ha virkninger som fører til at førerkortforskriftens helsekrav ikke er oppfylt. Det er meget stor individuell variasjon mht. hvilken dempende, evt. sederende virkning et antipsykotisk medikament kan ha på ulike personer, bl.a. avhengig av sykdommens natur.

Kombinasjon med andre legemidler kan være risikofylt. Slik risiko kan være vanskelig å forutsi. Fylkesmannen bør legge avgjørende vekt på behandlende leges samlede vurdering av medikasjon og grunnsykdom. I kombinasjon med en rekke

hjerte/kar-midler kan det oppstå risiko for hypotensjon og hjerterytmier.

16.2.6 Antihistaminer

Selektive H1-reseptorantagonister, som nå er nærmest enerådende i allergibehandling, regnes som lite sederende, og vil som regel ikke kontraindisere bilkjøring. Eldre typer antihistaminer har sederende effekt. Bilkjøring de første 1-2 uker av behandlingen og like etter inntak kan være risikofylt. Alimemazin og prometazin har sterk sederende effekt og er derfor tatt med i den veiledende tabellen i pkt. 16.4. Hvis disse brukes på dagtid, skal bilkjøring ikke skje.

Noen antihistaminer selges som håndkjøpspreparater. Det ovenstående gjelder reseptpliktige medikamenter.

16.2.7 Antiepileptika

Disse kan ha uttalte sedative og uheldige psykomotoriske effekter. Bare noen av de mest brukte og de som vanligvis opptrer i førerkortsaker, er tatt med i den veiledende tabellen i pkt. 16.4. Valg av legemiddel og dosering er en spesialistoppgave, og ved dispensasjonssøknader ved bruk av de øvrige antiepileptiske medikamentene vil det derfor alltid måtte foreligge en spesialistuttalelse, og det må også tas hensyn til den sykdommen som behandles med medikamentet. Det må derfor gjøres en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle.

Etter tilvenning til fast dose av ett medikament, som gir serumkonsentrasjon i terapeutisk område og adekvat anfallskontroll, vil bilkjøring ofte ikke være kontraindisert, men det henvises til den veiledende tabellen i pkt. 16.4.

Kombinasjoner vil ofte gi mer sedasjon enn monoterapi gir. Spesialisten bør vurdere om medikasjonen påvirker kjøreevnen når det gis spesialistattest for førerkortformål, og fylkesmannen kan som regel følge spesialistens råd.

16.2.8 Anabole steroider

Anabole steroider brukt i treningsøyemed kan medføre aggressivitet og dårlig impulskontroll. Ved misbruk av slike stoffer vil førerkortforskriftens helsekrav ofte ikke kunne anses oppfylt.

16.2.9 Sentralstimulerende midler

Se kap. 19 for vurdering ved hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD). All annen bruk av slike midler kontraindiserer bilkjøring.

16.3 Dispensasjonspraksis

Dispensasjon ved de medikamentdoser som anses å kunne gi trafikkfare, jf pkt. 16.2.1 – 16.2.9 og den veiledende tabellen i pkt. 16.4., skal bare gis når det er godtgjort at medikamentpåvirkningen ikke har uakseptable innvirkninger på

kjøreevnen.

Særlig ved kombinasjoner av medikamenter skal det vises forsiktighet med å gi dispensasjon, spesielt for klasse D og for kjøreseddel m.v.

16.4 Veiledende medikamenttabell

Dette er en oversikt over hvilke døgndoser som kan antas å ha slik innvirkning på kjøreevnen at forskriftens Vedlegg 1 § 2 nr. 5 ikke er oppfylt. Som det vil gå fram av tabellen, vil en rekke medikamenter gi sedasjon eller andre virkninger som kan gi trafikklfare i vanlige terapeutiske doser. Tabellen må leses med forsiktighet og må alltid leses i sammenheng med teksten i pkt. 16.2.1 – 16.2.9. 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 og kan ha ulike serumverdier av medikamentet. Noen ganger kan måling av serumnivå gi verdifull tilleggsinformasjon for å vurdere påvirkningsgraden og dermed mulig trafikklfare.

Kombinasjoner av flere av de nevnte medikamentene vil som regel gi innvirkning på kjøreevnen også i lavere doser enn det som framgår av tabellen.

Medikament-grupper	Evt. under-gruppe	Medikament	Oppfyller vanligvis helse-kravene	Dispensasjon bør vanligvis gis for lavere klasser Dispensasjon kan gis for høyere klasser	Dispensasjon kan gis for lavere klasser Dispensasjon for høyere klasser skal vanligvis ikke gis	Dispensasjon skal vanligvis ikke gis for noe klasser
Benzo-diazepiner <u>Se pkt. 16.2.1</u>		Diazepam	< 5 mg	5-10 mg	10-20 mg	> 20 mg
		Oksazepam	< 15 mg	15-25mg	25-40mg	> 40 mg
		Alprazolam	< 1 mg	1-2 mg	2-4 mg	> 4 mg
		Klonazepam	< 1 mg	1-2 mg	2-4 mg	> 4 mg
Anxiolytika <u>Se pkt. 16.2.2</u>		Hydroksyzin	< 10 mg	10-15 mg	15-30 mg	> 30 mg
Hypnotika og sedativa <u>Se pkt. 16.2.1</u>	Benzodiazepin-derivater	Nitrazepam	< 5 mg	5-10 mg	10-15 mg	>15 mg
		Flunitrazepam	< 1 mg	1-2 mg	2-4 mg	> 4 mg
	Benzodiazepin-lignende	Zopiklon	< 10 mg	10-15 mg	15-30 mg	> 30 mg
		Zolpidem	< 10 mg	10-15 mg	15-30 mg	> 30 mg
Opioider <u>Se pkt. 16.2.3</u>		Alle	Se tekst pkt. 16.2.3			
Antidepressiva <u>Se pkt. 16.2.4</u>	Trisykliske antidepressiva	Alle registrerte	< 25 mg	25-50 mg	50-100 mg	> 100 mg
Anti-psykotika <u>Se pkt 16.2.5</u>		Levomepromazin	< 25 mg	25-50 mg	50-100 mg	> 100 mg
		Klorprotixen	< 50 mg	50-100 mg	100-200 mg	> 200 mg
		Olanzapin	< 10 mg	10-15 mg	15-20 mg	> 20 mg
		Quetiapin	< 100 mg	100-300 mg	300-400 mg	> 400 mg
		Risperidon	< 1 mg	1-3 mg	3-4 mg	> 4 mg
Anti-histaminer <u>Se pkt. 16.2.6</u>		Alimemazin	< 10 mg	10-15 mg	15-20 mg	> 20 mg
		Prometazin	< 25 mg	25-50 mg	50-75 mg	> 75 mg
Anti-epileptika <u>Se pkt. 16.2.7</u>		Karbamazepin	< 200 mg	200-600 mg	600-1000 mg	> 1000 mg
		Fenobarbital	< 50 mg	50-100 mg	100-150 mg	> 150 mg
		Fenytoin	< 100mg	100-200 mg	200-300 mg	> 300 mg
		Okskarbazepin	< 250 mg	250-750 mg	750 – 1500 mg	> 1500 mg
		Valproinsyre	< 500 mg	500-1000 mg	1000 –2000 mg	> 2000 mg

17 Rusmiddelmisbruk

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 Hva omfattes av forskriftens krav?

Alkoholmisbruk er vanligvis karakterisert av et uvanlig høyt forbruk og manglende evne til å kontrollere forbruket. Et alkoholmisbruk over tid kan gi en rekke somatiske og mentale forstyrrelser, og kan få betydelige sosiale konsekvenser. En person med et kronisk alkoholmisbruk vil være påvirket store deler av tiden, og helsekravene er da ikke oppfylt.

Noen førerkortsøkere eller -innehavere har et uvanlig høyt alkoholforbruk, men med kontroll over sitt forbruk, og uten at det foreligger andre tegn til misbruk. Med et daglig eller regelmessig alkoholforbruk godt over det alminnelige, så høyt at verdiene på CDT% og andre markører (se pkt. 17.4.) konstant ligger over anbefalte verdier, og det også på andre måter konstateres skadevirkninger av alkoholforbruket, vil det være en viss påvirkning gjennom hele døgnet. Dessuten vil et langvarig høyt alkoholbruk påvirke hjernens funksjon. Det må derfor anses at et slikt alkoholforbruk har en uforsvarlig innvirkning på kjøreevnen, hvis det ikke foreligger meget klare holdepunkter for noe annet. Forskriftens helsekrav er dermed ikke oppfylt.

Noen alkoholmisbrukere og misbrukere av medikamenter eller illegale rusmidler har perioder med misbruk og perioder med avhold (i sjeldne tilfeller et moderat forbruk). I slike tilfeller vil helsekravene ikke være oppfylt. Et periodemessig misbruk kan ha sammenheng med en bipolar lidelse, se pkt. 13.2.

Illegale rusmidler påvirker kjøringen i større eller mindre grad og på forskjellig måte. Hvis illegale rusmidler inntas før eller under kjøring, er helsekravene ikke oppfylt. Hvis det foreligger et kronisk forbruk av illegale rusmidler, selv om dette ikke brukes i forbindelse med kjøring, må det antas at kjøreevnen er kronisk påvirket, og helsekravene er ikke oppfylt. Vanligvis vil derfor et regelmessig inntak av illegale rusmidler innebære at helsekravene ikke er oppfylt. Men ikke enhver bruk av illegale rusmidler er å anse som et misbruk i trafikal sammenheng. Hvis illegale rusmidler inntas sporadisk i små mengder og ikke i forbindelse med kjøring, slik at det ikke kan anses at inntaket av disse har betydning for kjøreevnen, vil ikke et slikt forbruk i seg selv innebære at helsekravene ikke er oppfylt.

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. Slik bruk medfører at helsekravene ikke er oppfylt.

Dersom misbruket av alkohol, illegale rusmidler eller medikamenter ligger ca. 3-5 år tilbake i tid, uten tegn på tilbakefall, kan det forsvares å anse helsekravene som oppfylt, spesielt for lavere klasser.

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

Ved psykoser utløst av rusmiddelbruk er ikke forskriftens helsekrav oppfylt. Se også pkt. 13.2.

Personer som er innlagt i institusjon eller er i behandling på annen måte for rusmiddelmisbruk, oppfyller ikke førerkortforskriftens helsekrav.

Personer som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR), oppfyller ikke førerkortforskriftens helsekrav. Se pkt. 17.5.

17.3 Attest

Ved opplysninger om misbruk av rusmidler kan det være nødvendig med attest fra psykolog eller spesialist i psykiatri. Hvis fast, behandlende lege er eneste behandlingskontakt og kjenner pasienten godt, kan attest fra denne være tilstrekkelig. Attesten skal gi opplysninger om og eventuelle kommentarer til de vurderingstemaene som omtales i pkt. 17.4 første og annet avsnitt, bl.a. hvorvidt avholdenhet er verifisert/sannsynliggjort ved klinisk inntrykk og laboratorieprøver.

17.4 Dispensasjonspraksis

Dispensasjon for de lavere førerkortklassene (A, B, M, S og T) kan gis når alkohol-, stoff- eller medikamentfrihet er dokumentert over en lengre periode (vanligvis over 1 år) og søkeren har forpliktet seg til og vist at han kan gjennomføre deltakelse i oppfølgende behandling/kontroller. Krav til rusfri periode må avhenge av øvrige holdpunkter for at søker vil holde seg rusfri, belyst av opplysninger om tidligere misbrukshistorie, grad av etterlevelse av kontrollopplegg, hvor tett og betryggende kontrollopplegget er, og yrkesmessig/sosialt nettverk. Eksempelvis vil en alkoholmisbruker som tidligere har holdt seg rusfri 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 lengre observasjonstid.

Kontrollene vil oftest dreie seg om klinisk inntrykk, samt urin- og/eller blodprøver. Håranalyser kan være et supplement for vurdering av om det foreligger kronisk misbruk av alkohol eller et annet rusmiddel. Spyttprøver kan bli en praktisk viktig prøveform. Ved alkoholmisbruk er det særlig blodprøvene CDT% (carbohydrat deficient transferrin), EtG (etylglucuronid), EtS (etylsulfat), leverprøver og MCV som er aktuelle markører. Laboratoriesvar, som i utgangspunktet kan være tatt i klinisk hensikt, brukes i førerkortsaker til en konkret risikovurdering, dvs. en prognose om mulig økt risiko for uheldige trafikale hendelser, med konsekvenser både for søkeren

selv og andre trafikanter. Vurdering av dispensasjonsspørsmål er således ingen straffrettslig vurdering, og det må og kan derfor i disse sakene foretas en skjønnsmessig vurdering av validiteten og konsekvensene av de prøvesvar som foreligger. Det kan ved en dispensasjonsvurdering imidlertid ikke bygges på prøver alene, men på en kombinert klinisk og laboratoriemessig verifikasjon av opphørt misbruk.

Det går fram av pkt. 17.2 at personer som er innlagt i institusjon eller er i behandling på annen måte for rusmiddelmisbruk, ikke oppfyller førerkortforskriftens helsekrav. Personer som har et slikt rusproblem at de naturlig skulle ha fått kvalifisert hjelp for sitt rusmiddelmisbruk, men som ikke ønsker eller er i stand til å motta slik hjelp, bør vanligvis ikke gis dispensasjon.

Dispensasjonen må til å begynne med gis begrenset gyldighet (f.eks. 1 år). Førerkort kan være viktig for å kunne være i jobb, hvilket igjen kan motivere for fortsatt avhold. Hvis det gis dispensasjon, må søker forplikte seg til totalavhold og å følge oppsatte kontroller, og legen må minnes på sin umiddelbart inntredende meldeplikt ved tilbakefall. Hvilke kontroller som er nødvendige, må vurderes konkret i hver sak.

Vurderingen vedr. dispensasjon for klasse C1, C, D1, D, kjøreseddel og kompetansebevis for utrykningskjøring bedømmes vesentlig strengere. Ved de høyere klassene vil det vanligvis måtte kreves minst 5-10 år alkohol-, stoff- eller medikamentfrihet. Dessuten må det kreves at dette er dokumentert på en svært betryggende måte (vanligvis gjennom detaljerte kliniske opplysninger kombinert med relevante laboratorieprøver).

17.5 Narkotikamisbrukere i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) - Metadon, Subutex

Substitusjonsbehandling med metadon, buprenorfin eller andre opioider ved alvorlig opioidmisbruk må antas å medføre en viss trafikksikkerhetsrisiko. 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.

Narkomani må antas å medføre betydelig risiko, og en kan ikke vente at mangel på førerkort hindrer bilkjøring. Det er relativt vanlig at personer i LAR også bruker rusmidler eller andre beroligende eller bedøvende midler.

Risikoen ved substitusjonsbehandling i LAR må veies mot risikoen ved fortsatt misbruk. Forutsetningen for å være i LAR er at det har forekommet et relativt omfattende misbruk av opiat over tid. For å kunne vurdere risikoen for tilbakefall og for eventuelt fortsatt misbruk, er det derfor som regel nødvendig å innhente opplysninger om det rusmiddelmisbruket som i sin tid førte til etablering av legemiddelassistert rehabilitering. Dessuten må det innhentes relativt detaljerte opplysninger om 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 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 minst ett år.

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.

Søker må forplikte seg til absolutt avhold fra bruk av rusmidler og fra beroligende eller bedøvende medikamenter, og å følge oppsatte kontroller. Det forutsettes at legen er seg bevisst den umiddelbart inntredende meldeplikten ved tilbakefall. Så lenge det er nevneverdig fare for at misbruket kan starte opp igjen, skal det ikke gis anbefaling om førerkort eller dispensasjon.

Enkelte personer er i LAR og har samtidig ADHD, og bruker da både opioider og sentralstimulerende legemiddel. Det skal da ikke gis dispensasjon. Det kan gis dispensasjon hvis søkeren går over til ikke-sentralstimulerende medikament for ADHD, og vilkårene både for å få dispensasjon for LAR og for ADHD (se kap. 19) er til stede, og det vurderes at kombinasjonen hos vedkommende søker ikke gir grunnlag for noen annen konklusjon.

Relativt ofte kommer det spørsmål om dispensasjon for personer i LAR som bruker en liten dose sovemedisiner (gjerne benzodiazepiner). Det skal da ikke gis dispensasjon, i medhold av vilkårene i annet avsnitt c).

Det skal heller ikke gis dispensasjon dersom det er mistanke om manglende etterlevelse av kontrollopplegget.

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.

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 synkopelignende 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 cerebrovaskulære 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

Tema i dette punktet er følgetilstanden etter en cerebrovaskulær hendelse, og om den nedsetter kjøreevnen. "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, inntreffer 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 (vanligvis brukes da F90.8. i ICD-10), 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/antisosial 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 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 gis 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 trafiksikker 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 (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 trafiksikkerhetsrisikoen 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 trafiksikker 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 trafiksikkerheten 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 konsentrasjonsproblemer. 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 også 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. Vurderingen av skikkethet som fører kan imidlertid være vanskelig. I slike tilfeller kan en praktisk kjørevurdering ved trafikkstasjonen være avgjørende, 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.

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 $pO_2 < 8$ kPa eller $pCO_2 > 6,7$ 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 pCO_2), 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 CO_2 -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. $pCO_2 < 6,7$ 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

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."*

Kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v. vedlegg 1 § 3 nr. 5 jf. § 4: *"Det må ikke være diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre antidiabetika."*

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

22.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

For kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v. anses det å fremgå klart av forskriftsteksten at kravene ikke er oppfylt ved medikamentelt behandlet diabetes. For kl. A, B, S, M og T omfattes sykdommen av vedlegg 1 § 2 nr. 3 dersom det har vært hypoglykemier som er særlig hyppige eller har medført fare i trafikken.

22.3 Legeattest

NA 202 og NA 202b (versjon 1999 eller nyere) skal alltid foreligge, 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 Diabetes type 1 vs. type 2

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 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 oftest i første rekke livsstilsendring (fysisk aktivitet, vektnedgang, kostrestriksjoner), og/eller tabletter (perorale antidiabetika), eventuelt i kombinasjon med insulin, sjeldnere insulin alene. Risikoen knyttet til sykdom og behandling er ulik for type 1 og 2. Tabletter 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. Nedenfor er de to tilstandene omtalt separat.

22.5 Diabetes type 1

Insulinbehandling kan gi hypoglykemi (lavt blodsukker), og dermed bevisstløshet og kramper.

Hypoglykemi kan også nedsette dømmekraft og oppmerksomhet uten at bevisstheten tapes (av noen kalt "nevrohypoglykemi"). 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 øker og evnen til å merke den avtar med tiden. Moderne diabetesbehandling har ikke eliminert risikoen for hypoglykemi, kanskje tvert imot. Et relativt lavt gjennomsnittlig blodsukker (uttrykt ved blodprøven HbA1c), reduserer risikoen for langtidskomplikasjoner, men øker 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 risiko. Insulinbehandlede diabetikere bør derfor ikke drive yrkesmessig sjåførvirksomhet, kjøre tyngre kjøretøyer eller drive personbefordring. På lengre sikt kan diabetes også medføre øyesykdom, koronarsykdom og andre "åreforkalkningssykdommer".

22.5.1 Dispensasjon for A, B, S, M og T

Dispensasjon er bare aktuelt 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. 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.

22.5.2 Dispensasjon for kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel, kompetansebevis for utrykningskjøring m.v

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 kl. C1 til privat bruk. Dessuten kl. D1 til privat bruk forutsatt særlige behov (jf. pkt. 5.5.1). Dispensasjon kan også gis for kl. C og kjøreseddel for drosje når søkeren er etablert som sjåfør og det er små muligheter til annet arbeid. Dispensasjon skal ikke gis for kl. D, kjøreseddel for buss 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. C1 til privat bruk og for kl. D1 til privat bruk, forutsatt særlige behov (jf. pkt. 5.5.1 og evt. 3.1). Dispensasjon kan unntaksvis også gis for kl. C og 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. C1, C, 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 blodsuktermålinger 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 øker og evnen til å merke den avtar 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 nedenfor.

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

22.6 Diabetes type 2

22.6.1 *Dispensasjonspraksis ved perorale antidiabetika (tabletter)*

Perorale antidiabetika i normale doser medfører en langt lavere risiko for hypoglykemi enn insulin. Mange pasienter med diabetes type 2 er overvektige og har insulinresistens. Slike personer 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 i kl. C1, C og D1, D og kjøreseddel m.v. Forutsetningene er altså at:

- sykdommen er velkontrollert på tabletter
- det ikke er komplikasjoner
- legen attesterer at det ikke har vært hypoglykemiepisoder og at risikoen for dette er lav.

Det må gjøres oppmerksom på at fornyelser ikke kan påregnes dersom sykdommen utvikler seg ugunstig.

Under de forhold som er nevnt over, bør dispensasjon kunne gis for 5 år, dersom legen anbefaler dette. Dispensasjon bør i alle tilfelle gis på vilkår, se nedenfor.

22.6.2 *Dispensasjonspraksis ved insulinbehandling av diabetes type 2*

Insulinbehandling medfører vesentlig lavere risiko ved type 2-diabetes enn ved type 1. Dette skyldes trolig insulinresistens og at pasienten ofte har en egenproduksjon av insulin. Type 2-diabetikere 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. C, 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 (diabetes type 1 og 2)

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 mot at søkeren skriftlig forplikter seg til:

1. å møte til kontroll hos behandlende lege/spesialist så ofte som denne finner det påkrevd
2. nøye å overholde den medikasjon som blir forordnet og de anvisninger legen gir
3. straks å avbryte kjøringen hvis symptomer på hypoglykemi skulle inntre
4. å unnlate å kjøre dersom man ikke har spist som normalt den dagen (ved type II)
5. alltid å ha med sukker under kjøring

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

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. Kortere varighet gis dersom sykdommen har vært eller er mindre stabil eller velregulert. Vilkår som nevnt i avsnittet ovenfor bør gjøres gjeldende.

23 Hjerte- og karsykdommer

23.1 Forskriftens krav og omfang

23.1.1 Klasse A, B, S, M og T

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), hovedstammestenoze (frem til intervensjon er foretatt), angina i hvile eller ved lett psykisk belastning. Ofte vil disse tilstandene ha varighet kortere enn 6 mnd. Formell førerkortinnndragelse 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 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 trafiksikkerheten at den anses omfattet av "andre sykdomstilstander", jf. 23.1.2. Fylkesmannen må vurdere behovet for spesialistattest basert på primærlegens opplysninger. For øvrige klasser skal det foreligge attest fra spesialist i hjertesykdommer/sykehuspoliklinikk. 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

Stabil angina er ikke til hinder for å anse førerkortforskriftens helsekrav for oppfylt. Hvileangina eller andre holdepunkter for høy risiko for plutselig indisponerhet, 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 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 ventrikel 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: 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 forverrelser 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 behandelende 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 kardiomyopati (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 Hjerterklaffesykdom - klaffeopererte

Personer med hjerterklaffesykdom 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 Hjerterytmier

23.6.1 Generelt

Bestemmelsene om anfallssykdom gjelder også for hjerterytmier som påvirker bevisstheten. Malign arytmie 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 pacemakere 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 ventrikel 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" (alle klasser).

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

reduisert 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 – reviderte retningslinjer

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 hjerterytmeforeningen (<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 herværende, reviderte retningslinjer i samsvar med hovedanbefalingene i ekspertgruppens rapport. Vi har lagt stor vekt på at

retningslinjene skal kunne praktiseres. Revisjonen innebærer en liberalisering av tidligere praksis, en reduksjon i antallet meldinger etter helsepersonellovens § 34, og redusert saksmengde.

Vi understreker at de reduserte 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 (ikke fra dato for implantasjon av ICD som tidligere).

Hendelse	Observasjonstid før kjøring/disp.	Legens skriftlige meldeplikt etter helsepersonellovens § 34	Fylkesmannens respons
Implantasjon av <u>primærprofylaktisk ICD</u> , jf. ovenfor, <u>uten</u> synkope eller hemodynamisk betydningsfull VT	Disp. kan gis <u>når spesialisten anbefaler det</u> , som regel når ICD er kontrollert og funnet velfungerende.	Skal meldes. Gi evt. samtidig anbefaling om dispensasjon	Behandle dispensasjonssaken for lavere klasser. Gi evt. melding til politiet om inndragning av høyere klasser og kjøreseddel mv.
Implantasjon av <u>sekundærprofylaktisk ICD</u> , og i tilfelle som ikke omfattes av tabellcellen over	Tre mnd., <u>når spesialisten anbefaler det</u> . (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 <u>uten</u> bevissthetspåvirkning	Ingen, <u>dersom</u> spesialisten mener det er lav risiko. Ved økende arytmiforekomst eller når	Som regel ikke*	

	spesialisten mener det er økt risiko, kan det være nødvendig å fraråde kjøring til risikoen igjen er ansett lav.		
Berettiget DC-støt <u>uten</u> bevissthetspåvirkning	Tre mnd., <u>dersom</u> <u>spesialisten mener det er forsvarlig</u>	Nei. Muntlig advarsel til pasienten*	
Arytmi <u>med</u> bevissthetspåvirkning, med eller uten terapi fra ICD	Seks måneder	Ja	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 reduserte minstetidene for dispensasjon forutsetter at spesialisten har gitt sin anbefaling av at det er forsvarlig hos den enkelte pasient. Der er ingen "automatikk" i dispensasjon 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, inntre skriftlig meldeplikt. Fylkesmannen skal ikke gi dispensasjon igjen før spesialisten anbefaler det.

23.7.5 Varighet og vilkår

Det skal stilles vilkår om at søker følger anbefalte kontroller og skriftlig erklærer at han/hun vil følge eventuelle råd fra lege om å avstå fra bilkjøring etter innslag fra ICD eller uheldig arytmi-situasjon, 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. Derfor skal fylkesmannen ikke gi dispensasjon for kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel eller kompetansebevis for utrykningskjøring. Etter EHRAs oppfatning er risikoen hos de aller fleste ICD pasienter langt høyere enn det som i andre sammenhenger anses akseptabelt hos førere av tunge kjøretøy eller persontransport.

23.7.7 Fører kortforhold 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. Det kan være når alder, allmentilstand eller andre sykdommer tilsier at ICD-behandling ikke gir vesentlig levetidsgevinst eller ikke kan skje på trygg måte. Dersom det har vært fredelig arytmi situasjon i lengre tid, vil det ofte påvirke vurderingen.

- Dersom ICD er fjernet/ikke fornyet pga. alder, allmentilstand eller komorbiditet, vil man ofte måtte fortsette å anse helsekravene for ikke oppfylt, pga. høy risiko for alvorlig arytmi.

- Dersom fredelig arytmi situasjon har vært viktig for beslutningen, kan man anse helsekravene for oppfylt.

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 bør 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 brystmerter 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

ervert 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 (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 eller D.

23.10 Høyt blodtrykk

Det er ikke faste retningslinjer for hvilke blodtrykksverdier som kan aksepteres.

Blodtrykk som gir hodepine, brystmerter, 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

Kl. D1, D, kjøreseddel m.v. vedleggets § 4 nr. 2: *Talestemme må oppfattes på 4 meters avstand uten høreapparat.*

24.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Forskriftsteksten antas å gi beskjedent rom for tolkningstil.

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 bør 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. Det bør ikke gis dispensasjon for førstegangsutstedelse. Ved fornyelser der nektelse medfører tap av erverv, må man vurdere hørselsnedsettelsens praktiske følger. Dispensasjon skal 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 være aktuelt å be trafikkstasjonen vurdere om det er behov for spesielle speil eller annet ekstrapstyr.

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 Legeattest i førlighetssaker

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 202.

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 begrenset til visse områder

I enkelte tilfeller kan det være helsemessig forsvarlig og sosialt eller yrkesmessig ønskelig å gi dispensasjon fra helsekravene, dersom kjøringen kan begrenses til visse meget små geografiske områder, f.eks. innen en kommune, fra seterbruk til gården e.l. Dette kan også være aktuelt der begrensningen forhindrer ordinær sjåførvirksomhet, men muliggjør andre, leilighetsvise transportoppdrag som er nødvendige i annen virksomhet. 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.

26.1 Hjemmel og saksgang

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 bør derfor være meget tilbakeholden med å dispensere fra helsekravene på vilkår om førerkort med geografisk begrensning. Er søkers førerkort beslaglagt eller tilbakekalt av politiet, må politiets avgjørelse innhentes (jf. Vegtrafikkloven § 34) før saken sendes Vegdirektoratet via aktuell trafikkstasjon.

Vi foreslår følgende saksgang i saker der geografisk begrensning anses mulig/nødvendig:

- Dersom det ikke er grunnlag for å innvilge dispensasjon fra helsekravene for førerkort uten geografisk begrensning, slik det (primært) er søkt om, fatter fylkesmannen vedtak om avslag. Fylkesmannen avklarer i nødvendig utstrekning om det subsidiært søkes dispensasjon med geografisk begrensning. Dersom fylkesmannen mener at vedkommende kan få dispensasjon slik at førerkortet kan utstedes med begrensning, bør dette fremkomme i fylkesmannens vedtak, slik at vedkommende ikke behøver å henvende seg til fylkesmannen enda en gang. Søkeren må gjøres uttrykkelig oppmerksom på at det ikke gis noe løfte om at søknaden vil bli innvilget av Vegdirektoratet, og at senere utvidelser ikke kan påregnes. Saken sendes deretter til trafikkstasjonen/regionvegkontoret, som etter forberedende behandling lar den gå tjenestevei til Vegdirektoratet for avgjørelse.
- Dersom det primært søkes om førerkort med geografisk begrensning, kan fylkesmannen fatte vedtak angående dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav for slikt førerkort.

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.

26.2 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, evt. kommune eller fylke. 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. Samarbeid med trafikkstasjonen er viktig. Geografisk begrensning forutsetter uansett vurdering hos vegmyndigheten. Slike saker vil fort bli langt mer arbeidskrevende enn vanlige dispensasjonssaker, men det forutsettes at denne løsningen bare benyttes helt unntaksvis.

26.3 Geografisk begrensning kan være aktuelt i bl.a. følgende tilfeller:

- Visusvekkelse/synsfeltutfall, som er stabilt og 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 bør vises stor forsiktighet med å dispensere for kjøring i tettbygd nærområde. Også trafikanter i søkers nærområder må beskyttes mot sjåførere med dårlig syn. Det vises til pkt. 7.7.
- Diabetes mellitus. I enkelte tilfeller kan geografisk begrensning hindre sjåførvirksomhet, men likevel muliggjøre korte transportoppdrag som ledd i annen virksomhet (se eget avsnitt under diabetes). Eksempelvis har klageinstansen (i helt spesielle tilfelle) tilrådd førerkort i kl. C med begrensning til hjemkommunen for at entreprenør skulle kunne flytte maskiner. Dersom det dreier seg om sjåførvirksomhet som hovedbeskjeftigelse, eller lengre turer, er geografisk begrensning ikke hensiktsmessig. Det understrekes at det kun helt unntaksvis, ved meget gode holdepunkter for risikoreduksjon, skal benyttes geografisk begrensning ved diabetes. Begrensningen må gjøres så snever at den effektivt hindrer kjøring som hovedformål.
- Der behovet er knyttet til begrensede områder, f.eks. for den som arbeider i bilverksted og dermed har behov for å flytte lastebil eller buss fra oppstillingsplass til verksted o.l., samt prøvekjøring i forbindelse med reparasjonsarbeide. Dispensasjon kan da gis ved tilstander med relativt lav risiko. Imidlertid vil slike behov ofte være dekket gjennom førerkortforskriftens § 12-2 første ledd.

26.4 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.
- Visussvækkelse, f.eks. pga. alder. 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

I henhold til Vegdirektoratets "Rutiner ved førerkortarbeid", blad 17.1-1 – 17.2.-2 , revidert 119. juli 2004, brukes særlige koder i Autosys og på førerkortet for å tilkjennegi særlige begrensninger/vilkår. 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)

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

0.2 Høreapparat. Vi vil anta denne koden sjelden er relevant, jf. forskriftens krav og retningslinjene.

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

0.5 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 Kjøring uten alkohol. Betegnelsen er ikke umiddelbart selvforklarende, da koden ikke har noe med kjøring i påvirket tilstand å gjøre. 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 førerrett, 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

28.1 Forslag til standardbrev når fylkesmannen har mottatt legeattest fra trafikkstasjonen eller politiet, og attesten viser at helsekravene er oppfylt

Politiet eller trafikkstasjonen (avhengig av hvem henvendelsen kom fra)

Ad legeattest

Det vises til helseattest mottatt med Deres ekspedisjon datert XXXXXX.

Det fremgår av attesten at helsekravene til førerkort kl. GGHHJJ/kjøreseddel er oppfylt. Helseattesten skal i slike tilfelle normalt ikke forelegges for fylkesmannen, idet helsekravene ikke er til hinder for at søkeren innehar førerkort i nevnte klasse(r), eventuelt på de vilkår og med den varighet som anbefales i attesten.

Med vennlig hilsen

NN (saksbehandler)

Kopi: Søker

28.2 Forslag til standardbrev når fylkesmannen har mottatt legeattest fra trafikkstasjonen eller politiet, og attesten viser at helsekravene ikke er oppfylt

Politiet eller trafikkstasjonen (avhengig av hvem henvendelsen kom fra)

Ad legeattest for NN, f. XXXXXX

Det vises til helseattest mottatt med Deres ekspedisjon datert XXXXXX.

Det fremgår av attesten at helsekravene til førerkort kl. GGHHJJ/kjøreseddel ikke er oppfylt, jf. førerkortforskriftens § X nr. Y. Førerkort i nevnte klasse(r) kan dermed ikke innehas uten at det er gitt dispensasjon fra helsekravene.

Etter førerkortforskriftens vedlegg 1 § 6 har fylkesmannen vedtaksrett. Ved gjenpart av dette brev gjøres søkeren oppmerksom på adgangen til å søke fylkesmannen om dispensasjon. Søknad sendes i tilfelle hit. Den må være begrunnet. De opplysninger som søker ønsker at fylkesmannen skal ta hensyn til, må fremkomme av søknaden med (eventuelt vedlegg). Dette gjelder opplysninger om medisinske forhold samt om behov for førerkort/ førerett, herunder særlige yrkesmessige og/eller sosiale forhold. Opplysningene må i nødvendig utstrekning være dokumentert.

Fylkesmannen tillater seg å beholde legeattesten for bruk i eventuell dispensasjonssak.

Med vennlig hilsen

NN (saksbehandler)

Kopi: Søker

28.3 Forslag til standardbrev til attestutstedende lege når denne har avgitt NA 202 med konklusjon i strid med premissene

Til lege NN

Deres attest i førerkortsak

Det vises til Deres attest datert XX, angående NN, født XX.

I attestens punkt 18 har De konkludert med at søkeren fyller helsekravene for kl. A1, A, B(E), S, M og T. I attestens punkt 19 har De konkludert med at søkeren fyller helsekravene for kl. C1(E) og C(E). I attestens punkt 20 har De konkludert med at søkeren fyller helsekravene for kl. D1(E), D(E) og kjøreseddel, til tross for at De i punkt XX har krysset for "Ja".

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 m.v.

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 av punkt XX. Fylkesmannen understreker at helseattest for førerkort skal ha konklusjon som er i samsvar med forskriftens helsekrav og avkrysningene i attestens øvrige punkter.

Med vennlig hilsen

28.4 Forslag til standardbrev når fylkesmannen har mottatt melding fra lege jf. helsepersonelloven § 34 med forskrift

Politiet i førerkortinnehaverens distrikt

Inndragning av førerkort/kjøreseddel på grunn av ikke-oppfylte helsekrav

Fylkesmannen har mottatt melding i henhold til helsepersonelloven § 34 med forskrift fra lege NN/sykehusavdeling XX, datert YY. Det opplyses at vedkommende har (kort diagnose på norsk).

Fylkesmannen har vurdert opplysningene, og er kommet til at førerkortforskriftens helsekrav til førerkort kl. XX /kjøreseddel m.v. ikke er oppfylt, jf. dens vedlegg 1 § X nr. X.

Som bestemt i § 3 nr. 1, annet ledd av forskrift av 13. juli 1984, nå hjemlet i lov av 2.7.1999 nr. 64 om helsepersonell m.v., § 34, sendes med dette melding om at politiet bør inndra førerkort kl. XX/kjøreseddel.

Ved gjenpart av dette brevet anmodes innehaveren om å innlevere førerkortet /kjøreseddelen til politiet.

Dersom innehaveren ønsker å få tilbake førerkortet/kjøreseddelen, 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 må være begrunnet.

De opplysninger som søker ønsker at fylkesmannen skal ta hensyn til, må fremkomme av søknaden med (eventuelt vedlegg). Dette gjelder opplysninger om medisinske forhold samt om behov for førerkort/ førerett, herunder særlige yrkesmessige og/eller sosiale forhold. Opplysningene må i nødvendig utstrekning være dokumentert. Legeattest som spesielt omtaler den aktuelle helsesvikt må vedlegges.

(Avsnitt kun ved anfallslidelse, kl. A, B(E), S, M eller T, førerkortforskriftens vedlegg 1 § 2 nr. 3.) Dersom søkeren holder seg anfallsfri i 12 måneder, bør han/hun forelegge utfylt helseattest på skjema NA 202 for politiet eller trafikkstasjonen. Attesten må være utfylt av, ha påtegning fra, eller vedlegges tilleggsattest fra spesialist i indremedisin eller nevrologi. Dersom det på denne måten kan dokumenteres at søkeren har vært anfallsfri i den forskriftsfestede karenstiden (ett år), og at helsekravene også ellers er oppfylt, kan førerkort i kl. A, B(E), S, M eller T tilbakeleveres uten ny henvendelse til fylkesmannen. Førerkortet bør i tilfelle gis på de vilkår og med den varighet attestutstedende lege foreslår.

Med vennlig hilsen
NN (saksbehandler)

Kopi: Førerkortinnehaveren
Meldende lege

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