

# Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.



Heftets tittel: Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort  
m.v. -2010

Utgitt: 11/2011

Bestillingsnummer: IS-1437

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling minoritetshelse og rehabilitering

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

**Veilederen er bare i elektronisk versjon.**

# Forord

Med hjemmel i § 6 siste ledd i vedlegg 1 til forskrift om førerkort m.m., fastsatt av Vegdirektoratet den 19. januar 2004 med senere endringer, gir Helsedirektoratet følgende regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort, og for legens vurdering av slike saker.

Reglene og veiledningen omhandler legens rolle i førerkortsaker generelt, utfylling av standard legeattest for førerkort (NA-0202), tilleggsattest ved diabetes (NA-0202b), helseattest for førerkortinnehaber over 70 år (NA-0202c) og meldeplikten etter helsepersonelloven § 34 med forskrift (tidligere legeloven § 48). De respektive medisinske tilstander er omtalt, inklusive hvilke opplysninger som vanligvis kreves i førerkortsaker. Det er lenker til relevant regelverk.

Noe av fremstillingen vil også være av relevans/interesse for optikere og psykologer. Meldeplikt til fylkesmannen ved ikke oppfylte helsekrav gjelder også disse yrkesgrupper.

For mange leger har befatning med pasienters førerkortsspørsmål et visst ubehagsaspekt. Rollen som "pasientens advokat" kan komme i konflikt med rollen som sakkyndig premissleverandør. Pasientens behov for å kjøre kan stride mot fellesskapets behov for beskyttelse mot potensielt risikable sjåførere. Ubehaget kan reduseres ved å klargjøre legens sakkyndigrolle. En eventuell avgjørelse om å fravike reglene tas av forvaltningen, ikke legen. Kjennskap til regelverket og hvilke opplysninger som vektlegges, letter imidlertid legens oppgave og bidrar til raskere saksbehandling for pasienten.

Veiledningen utgis i denne omgang ikke i papirversjon. Nettversjon vil for de fleste være lettere tilgjengelig, og kan lettere holdes oppdatert.

Siden denne veilederen gjelder legens, evt. psykologens, utstedelse av førerkortattester, redegjøres bare i begrenset utstrekning for fylkesmannens, evt. Helsedirektoratets, vurdering av dispensasjonssøknader ved de ulike tilstander. Dette er omtalt i "[Retningslinjer for fylkesmennenes behandling av førerkortsaker, IS-1348](#)", som gir en noe mer utdypende fremstilling enn denne veilederen.

# Innhold

<b>1</b>	<b>Generelt</b>	<b>8</b>
1.1	Rollen som sakkyndig for myndighetene i saker om førerrett og helse	8
1.2	Hensynet til pasienten vs. trafikksikkerheten	9
1.3	Lege-pasientforholdet	9
1.4	Når du mener pasienten kan kjøre til tross for ikke-oppfylte helsekrav: Gi attest for dispensasjonssøknad	9
1.5	Det er pasienten som søker dispensasjon, ikke legen	10
1.6	Attføringssaker, voksenhabilitering, omskolering etc.	10
1.7	Det faglige grunnlag for helsekravene	10
1.8	Hvorfor bestemmer ikke legen alene om pasienten kan kjøre?	11
<b>2</b>	<b>Administrative forhold</b>	<b>12</b>
2.1	Førerkortklasser	12
2.2	Trafikkstasjonen	13
2.3	Fylkesmannens helseavdeling	13
2.4	Politiet – inndragning og tilbakelevering	13
2.5	Praktisk kjørevurdering	13
2.6	Tidsbegrenset førerkort	14
2.7	Geografisk begrenset førerkort	14
<b>3</b>	<b>Generelt om utfylling av helseattest NA-0202</b>	<b>15</b>
3.1	Supplerende opplysninger/vedlegg – originaldokumenter vs. tekstscannede kopier	15
<b>4</b>	<b>Attestens punkt 1: Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser</b>	<b>16</b>
4.1	Forskriftens krav	16
4.2	Hva omfattes av forskriftens krav?	16
4.3	Klare opplysninger om anfallet/anfallene er viktig	17
4.4	Om utredning av bevissthetstap	18
4.4.1	Anamnese for å skille mellom de tre hovedtypene av bevissthetstap	18
4.4.2	Aktuelle og uaktuelle spesialundersøkelser	19
4.5	Fylkesmannens dispensasjonspraksis ved bevissthetstap generelt	19
4.6	Epilepsi og epilepsiliknende hjernefunksjonsforstyrrelser	20
4.6.1	Attest/opplysninger	20
4.6.2	Dispensasjonspraksis i ulike, spesifiserte tilfelle:	20
4.6.3	Forhold som ikke taler for dispensasjon	21
4.6.4	Vilkår og varighet ved tilbakelevering etter epileptiformt	

	anfall	22
4.7	Synkope	22
4.7.1	Synkope - terminologi	22
4.7.2	Utredning av synkope	23
4.7.3	Fylkesmannens dispensasjonspraksis ved synkope	23
4.7.4	Noen momenter i vurderingen	23
4.7.5	Vurdering ved vanlige synkopetyper	24
4.7.6	Vilkår og varighet ved tilbakelevering etter synkope	25
4.8	Bevissthetsforstyrrelser av annen, usikker eller uklassifiserbar årsak	26
4.9	TIA som anfallslidelse?	26
4.10	Narkolepsi og katapleksi	26
4.11	Transitorisk global amnesi (TGA)	27
4.12	Når karenstiden etter en bevissthetsforstyrrelse er utløpt	27
<b>5</b>	<b>Attestens punkt 2: Psykiske lidelser. Psykisk utviklingshemming.</b>	
	<b>Demens</b>	<b>28</b>
5.1	Forskriftens krav	28
5.2	Psykiske lidelser og personlighetsavvik	28
5.2.1	Når er forskriftens krav ikke oppfylt?	28
5.2.2	Når inntreffer meldeplikten?	29
5.2.3	Attest	30
5.2.4	Dispensasjonspraksis	30
5.3	Psykisk utviklingshemming	30
5.3.1	Når er forskriftens krav ikke oppfylt?	30
5.3.2	Når inntreffer meldeplikten?	30
5.3.3	Attest og dispensasjonspraksis	30
5.4	Kognitiv svikt – Demens	31
5.4.1	Når er forskriftens krav ikke oppfylt?	31
5.4.2	Når inntreffer meldeplikten?	31
5.4.3	Demensutredning på fastlegekontoret	32
5.4.4	Attest	33
5.4.5	Dispensasjonspraksis	33
5.5	Hyperkinetisk forstyrrelse, ADHD	33
5.5.1	Forskriftens krav	33
5.5.2	Når er forskriftens krav ikke oppfylt?	33
5.5.3	Når inntreffer meldeplikten?	34
5.5.4	Attest	35
5.5.5	Fylkesmannens dispensasjonspraksis	35
<b>6</b>	<b>Attestens punkt 3a: Bruk og misbruk av rusmidler</b>	<b>36</b>
6.1	Forskriftens krav	36
6.2	Når er forskriftens krav ikke oppfylt?	36
6.3	Når inntreffer meldeplikten?	37
6.4	Attest	38
6.5	Dispensasjonspraksis	38
6.6	Narkotikamisbrukere i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	38
6.7	Meldeplikten ved LAR	39
6.8	Attest	39
6.9	Dispensasjonspraksis	40

<b>7</b>	<b>Attestens punkt 3b: Bruk og misbruk av medikamenter</b>	<b>41</b>
7.1	Forskriftens krav	41
7.2	Når er forskriftens krav ikke oppfylt?	41
7.2.1	Benzodiazepiner, hypnotika og sedativa	41
7.2.2	Andre ansiolytika	42
7.2.3	Narkotiske analgetika (opioider)	42
7.2.4	Antidepressiva	43
7.2.5	Antipsykotika	43
7.2.6	Antihistaminer	44
7.2.7	Antiepileptika	44
7.2.8	Anabole steroider	44
7.2.9	Sentralstimulerende midler	44
7.3	Når inntreer meldeplikten?	44
7.4	Attest	45
7.5	Dispensasjonspraksis	45
7.6	Veiledende medikamenttabell	46
<b>8</b>	<b>Attestens pkt. 4: Diabetes mellitus</b>	<b>47</b>
8.1	Forskriftens krav	47
8.3	Krav om legeattest for alle klasser	48
8.4	Type-1 diabetes vs. type-2 diabetes	48
8.5	Hypoglykemi	48
8.6	Dispensasjoner	49
8.6.1	Krav ved gruppe 1.	49
8.6.2	Krav ved gruppe 2	49
8.6.3	Krav ved gruppe 3 (kl. D1, D, kjøreseddel, kompetansebevis for utrykningskjøring m.v.)	50
8.7	Vilkår ved dispensasjon (type-1 diabetes og type-2 diabetes)	50
<b>9</b>	<b>Attestens pkt. 5: Andre tilstander som kan gjøre føreren uskikket</b>	<b>51</b>
9.1	Forskriftens krav og omfang	51
9.2	TIA – forbigående cerebrovaskulære symptomer/funn	51
9.3	"Hjerneslag"/cerebrovaskulær sykdom med følgetilstander	52
9.4	Nedsatt mørkeadaptasjonsevne	52
9.5	Generell helsesvekkelse pga. alder og/eller sykdom	53
9.6	Respirasjonssvikt	53
9.7	Koronarsykdom, klaffefeil, hjertearytmier, pacemaker	53
9.8	Implantert cardioverter/defibrillator (ICD)	53
9.9	Maligne arytmier	53
9.10	Dårlig regulert diabetes	53
<b>10</b>	<b>Attestens pkt 6: Førighetssvekkelse</b>	<b>55</b>
10.1	Forskriftens krav	55
10.2	Legeattest i førighetssaker	55
<b>11</b>	<b>Attestens pkt. 7: Hjertesykdom</b>	<b>56</b>
11.1	Forskriftens krav og omfang – gruppe 1	56
11.2	Forskriftens krav og omfang – gruppe 2 og 3	56
11.3	Attest ved hjertesykdom	56
11.4	Koronarsykdom: Angina pectoris og gjennomgått hjerteinfarkt	57
11.4.1	Når kan undersøkelser med tanke på dispensasjon foretas?	

11.4.2	Opplysninger spesialistattesten skal inneholde:	57
11.5	Klaffefeil – klaffeopererte	58
11.6	Arytmier	58
11.6.1	Atrieflimmer (AF)	59
11.6.2	Pacemaker	59
11.6.3	Alvorlige, arytmogene tilstander (LQTS, Brugada-syndrom, ARVD, CPVT osv)	59
11.7	Implantert cardioverter/defibrillator – ICD	60
11.7.1	Attest, dispensasjonssøknad, varighet og vilkår	62
11.7.2	Førerkort gruppe 2 og 3	62
11.7.3	Førerkortforhold når ICD er fjernet	62
11.8	Hjertesvikt	63
11.9	Hjertetransplanterte	63
11.10	Høyt blodtrykk	63
<b>12</b>	<b>Attestenes pkt. 8: Hørselssvekkelse</b>	<b>64</b>
12.1	Forskriftens krav	64
<b>13</b>	<b>Attestens pkt. 9: Visus og optisk korreksjon</b>	<b>65</b>
13.1	Forskriftens krav	65
13.2	Undersøkellesmetode, melding, attest og dispensasjonspraksis	65
13.3	Nedsatt mørkeadaptasjonsevne	65
<b>14</b>	<b>Attestens pkt. 10: Synsfelt</b>	<b>66</b>
14.1	Forskriftens krav	66
14.2	Undersøkelse og attest	66
14.3	Ensidig visusreduksjon	67
14.4	Dobbeltsyn	67
<b>15</b>	<b>Utfylling av konklusjon på s. 4 i NA-0202</b>	<b>68</b>
15.1	Er helsekravene oppfylt?	68
15.2	Vilkår	68
15.3	Revurdering - varighet	68
15.4	Henviing til spesialist	69
15.5	Søknad om dispensasjon - klage	69
<b>16</b>	<b>Utfylling av helseattest for førerkortinnehaver over 70 år, NA-0202c</b>	<b>71</b>
16.1	Attestens varighet	71
<b>17</b>	<b>Legeattest for fritak fra bilbeltepåbud</b>	<b>72</b>
<b>18</b>	<b>Veiledning for legens melding etter helsepersonellovens § 34</b>	<b>73</b>
18.1	Skriftlig eller muntlig melding	73
18.2	Hvilken lege skal melde og når?	74
18.3	Klage over tilbakekall av førerrett etter melding	74
18.4	Forslag til standardbrev med advarsel	74
<b>19</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>76</b>
19.1	Førerkortforskriftens vedlegg 1 – Helsekrav	76
<b>20</b>	<b>Lenker til relevante lover og forskrifter</b>	<b>80</b>





# 1 Generelt

## 1.1 Rollen som sakkyndig for myndighetene i saker om førerett og helse

Førerett for motorvogn forutsetter at førerkortforskriftens helsekrav er oppfylt, eller at det er gitt dispensasjon fra helsekravene.

Legens oppgaver når det gjelder førerett og helse er

- å utfylle de aktuelle attester/ erklæringer med korrekt angivelse av om førerkortforskriftens helsekrav er oppfylt eller ikke,
- å melde skriftlig til pasient og fylkesmann når en pasient ikke oppfylder helsekrav for førerett, og dette antas å ikke være kortvarig (6 mnd. eller mer),
- å gi fylkesmannen relevante opplysninger med tanke på evt. søknad om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav, i de sakene helsekravene ikke anses oppfylt.

Legen gir altså medisinsk-faglige erklæringer som sakkyndig til forvaltningen. Legen har ingen vedtaksmyndighet, verken i spørsmålet om helsekravene er oppfylt, eller vedrørende dispensasjon fra disse kravene.

Helsepersonell plikter å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig. Undersøkelser, faglige skjønn og erklæringer mv. må være basert på relevant regelverk (som er omtalt nærmere nedenfor) og de konkrete forhold i saken. Erklæringer og attester må ha innhold og form som gir forvaltningen et godt grunnlag for korrekt og effektiv saksbehandling.

**Det er viktig ikke å blande sammen spørsmålene om (i) helsekravene er oppfylt eller ikke, og om (ii) dispensasjon bør innvilges!**

(i) Helsekravene er forskriftsfestet. De er søkt formulert så klart som mulig, på bakgrunn av generelle vurderinger av hensynet til trafikksikkerheten. Oftest er det uproblematisk å avgjøre om kravene er oppfylt. Der kravet ikke fremgår direkte av forskriften, kan denne veiledningen eller [IS-1348](#) gi avklaring. Det kan likevel gjenstå spørsmål om tolkning av helsekravene generelt eller i en konkret sak. Fylkesmannen kan da rådspørres

(ii) Dispensasjonsspørsmålet er i langt større grad overlatt til forvaltningens skjønnsutøvelse. Hensynene til trafikksikkerheten og til den enkeltes behov for førerett veies mot hverandre. Fylkesmannens dispensasjonspraksis følger [IS-1348](#). Fylkesmannens vurdering bygger på legens faglige opplysninger og råd, men det er ikke legen som avgjør dispensasjonsspørsmålet.

Vi viser til [helsepersonelloven §15](#) første ledd:

” Den som utsteder attest, erklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, erklæring o.l. skal være korrekt og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Attest, erklæring o.l. skal inneholde alle opplysninger som helsepersonellet bør forstå er av betydning for mottageren og for formålet med attesten, erklæringen o.l. Helsepersonellet skal gjøre det klart dersom attesten, erklæringen o.l. bare bygger på en begrenset del av de relevante opplysningene helsepersonellet har. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, erklæring o.l. ”

Attestens konklusjon må altså være basert på premissene gitt ved utfylling av attestens faktadel, som igjen må bygge på de reelle forhold i saken og i samsvar med gjeldende lover, forskrifter og veiledning.

## **1.2 Hensynet til pasienten vs. trafikksikkerheten**

Det kan være ubehagelig å gi attest eller sende melding med negative konsekvenser for pasienten. At legen er objektiv og saklig, og forholder seg til regelverket, er imidlertid avgjørende for den trafikksikkerhetsmessige effekten av helsekravene. ”Slepphendt” eller ”liberal” omgang med førerkortattester kan føre til alvorlig personskade. Det kan være nyttig å tenke over om man selv ville sendt barn med bussjåføren som har hatt synkoper, har hjertesykdom, dårlig syn eller er medikamentmisbruker. I avgjørelsen om vedkommendes førerkort er forvaltningen helt avhengig av de opplysninger legen gir.

## **1.3 Lege-pasientforholdet**

Også av hensyn til lege-pasientforholdet lønner det seg oftest å være ærlig, - skriftlig og muntlig, når konklusjonen i attesten er negativ eller det sendes melding om ikke oppfylte helsekrav. Enkelte leger ”skriver mellom linjene” og regner med at forvaltningen forstår det egentlige innholdet, samtidig som han/hun forsøker å unngå å ”støte” sin pasient. Det kan forlede pasienten til å fremme en hensiktsløs, tidkrevende og eventuelt kostbar (dersom det benyttes advokat) klagesak. Forvaltningen vil ha et uklart grunnlag for eventuell(e) videre skritt i saken. Hvis fylkesmannen innhenter supplerende opplysninger fra legen, eller en sakkyndig vurdering fra annet hold, kommer ofte legens opprinnelige uttalelse i et dårlig lys. Det kan skade forholdet mellom lege og pasient mer enn om legen gir sine opplysninger og faglige råd klart og tydelig fra begynnelsen, både overfor myndighetene og pasienten. De fleste pasienter forstår og respekterer en negativ konklusjon. Legen bør dessuten vise til at avgjørelsen tas av forvaltningen, og at eventuell uenighet i regelverket må rettes dit.

## **1.4 Når du mener pasienten kan kjøre til tross for ikke-oppfylte helsekrav: Gi attest for dispensasjonssøknad**

I mange tilfelle er søkers sykdom så lett og gir så liten risiko, at kjøring kan skje på trygg måte. Dersom sykdommen medfører at et av helsekravene ikke anses oppfylt, kan kjøring bare skje etter at fylkesmannen har gitt dispensasjon. Helsekravene i forskriften forutsetter at forvaltningen benytter dispensasjonsadgangen når risikoen ved tilstanden er lav. Helseattesten skal likevel ikke konkludere med at kravene er oppfylt, når de faktisk ikke er det. Men legen bør angi dersom han/hun anbefaler at

det gis dispensasjon. Gi utfyllende opplysninger på eget ark eller blanketten. Attesten sendes til fylkesmannen. Pasienten sender en kortfattet søknad om dispensasjon, der klassene han/hun trenger fremgår.

Mange leger krysser for oppfylte krav, selv om kravene ikke er oppfylt. Dette oppdages som regel av trafikkstasjonen, som må avvise pasientens søknad om fornyelse eller utstedelse. Prosessen videre blir da lengre og mer tungvint for alle parter (inklusive legen), enn om legen straks krysser korrekt og opplyser pasienten om at han/hun ikke fyller kravene, men kan søke fylkesmannen om dispensasjon.

### **1.5 Det er pasienten som søker dispensasjon, ikke legen**

Den som ønsker førerrett for motorvogn, kjøreseddel eller dispensasjon fra helsekravene, må selv søke, eventuelt ved fullmektig/ advokat. For at en lege eventuelt skal kunne opptre som pasientens fullmektig, må han eller hun legge frem skriftlig fullmakt, hvis ikke legen også er advokat, jf. forvaltningsloven § 12 siste ledd. Dette er imidlertid en fremgangsmåte vi vil fraråde. Som fullmektig for pasienten kan i prinsippet ikke legen også utstede legeerklæring. (Dette følger av helsepersonelloven § 15 siste setning.) Dette innebærer at legen må unngå attester av typen "søknad om dispensasjon på pasientens vegne". De skaper tvil om legens objektivitet, og fører ofte også til vanskeligheter i lege-pasientforholdet.

### **1.6 Attføringssaker, voksenhabilitering, omskolering etc.**

Ikke sjelden blir personer med helseproblemer forsøkt omskolert til sjåføryrker. Dessverre overses ofte at helsekravene for de aktuelle, nye førerkortklasser eller kjøreseddel ikke er oppfylt, inntil omskoleringen er fullført og vedkommende søker førerkort. Opplæringen kan dermed være bortkastet. De førerkortmessige forhold bør avklares så tidlig som mulig i slike prosesser. Er helsekravene ikke oppfylt, bør det søkes om dispensasjon før omskoleringen starter. Sjåføryrke er sjelden eneste alternativ. Tilsvarende gjelder unge mennesker som starter yrkessjåfør opplæring. En legeattest ved skoleårets start, der det feilaktig er krysset for at helsekravene er oppfylt, er en stor, men ikke uvanlig "bjørnetjeneste" overfor pasienten! Kryss av korrekt, og bidra til at fylkesmannen kan ta stilling i saken tidligst mulig.

### **1.7 Det faglige grunnlag for helsekravene**

Publiserte undersøkelser av ulike sykdommers innvirkning på skaderisiko har tildels motstridende resultater. Slik forskning har uansett vesentlige metodeproblemer:

1. Eksisterende helsekrav har redusert andelen trafikanter med aktuelle helseproblemer. En vitenskapelig fullt ut holdbar evaluering av den sikkerhetsmessige effekten av et helsekrav, ville forutsatt sammenlikning av befolkningsmessig og trafikkmessig like områder, med og uten kravet, over lengre tid. Det er praktisk, juridisk og etisk umulig. Man kan sammenlikne land med ulik praktisering av helsekravene. Ulik ulykkesfrekvens behøver imidlertid ikke skyldes helsekravene, men f.eks. trafikkultur, alkoholbruk eller veistandard.

2. Årsaken til en trafikkulykke er ofte vanskelig å fastslå. Det er f.eks. ikke lett å

avgjøre i ettertid om en møteulykke eller utforkjøring skyldtes et illebefinnende hos sjåføren, eller om en påkjørsel skyldtes dårlig syn eller uoppmerksomhet. Rettsmedisinske undersøkelser av avdøde sjåførere vil ikke kunne avdekke f.eks. hjerterytmeforstyrrelse, synkope eller epileptisk anfall som årsak til ulykken, og ofte ikke engang hypoglykemi.

**3.** Manglende systematisk rapportering av mindre uhell og manglende kobling av slik rapportering mot helseopplysninger.

**4.** Underrapportering av helserelaterte uhell hos personer med kjente problemer, av frykt for førerkortmessige konsekvenser.

**5.** De fleste trafikkulykker skyldes antakelig førers atferd. Studier av helserelaterte trafikkulykker ville derfor måttet måle relativt sjeldne utfall, med usikker definisjon, jf. pkt. 2 over.

Helsekravene er følgelig ikke evidensbasert i moderne betydning, men "expert opinion", bygget på faglig skjønn og erfaring angående ulike manifestasjoner av de respektive sykdommer. De norske helsekravene er tilpasset EUs krav. Retningslinjene for praktiseringen av dem, er harmonisert med faglige retningslinjer, der gode slike finnes.

Helsekrav til førerkort må nødvendigvis begrense enkeltpersoners frihet, for å redusere risikoen for skader i trafikken.

### **1.8 Hvorfor bestemmer ikke legen alene om pasienten kan kjøre?**

Helsekravene er gitt av myndighetene. Det er myndighetene som etter lov og forskrift har adgang til å fravike kravene. Legers vurderinger i førerkortsaker er meget varierende. Noen mener det er i orden at en person med epilepsi kjører skolebuss, eller at en person med visus 0,15 kjører i nærmiljøet. Andre er langt mer restriktive. Noen er for restriktive. Pasienter velger lege fritt, og oppsøker gjerne en ny hvis den første ikke ga den etterspurte attest. En del tilstander med betydning for trafiksikkerheten kan ikke oppdages av en lege som ikke kjenner pasienten, f.eks. diabetes eller epilepsi. Man har derfor ikke funnet å kunne basere førerkortregelverket kun på "godkjent legeattest". Ved å legge avgjørelsen til forvaltningen, tilsiktes en mest mulig uavhengig og lik vurdering. Legens opplysninger og vurderinger tillegges imidlertid stor vekt.

## 2 Administrative forhold

### 2.1 Førerkortklasser

#### Gruppe 1:

Kl. A1 - lett motorsykkel

Kl. A – motorsykkel

Kl. B - personbil, varebil, inntil 3,5 tonn og høyst 8 passasjerplasser

Kl. S – beltemotorsykkel (snøscooter)

Kl. M kode 145 og 146 – tohjuls (vanlig) moped

Kl. M kode 147- mopedbil ("småbil" registrert som moped)

Kl. T – traktor

#### Gruppe 2:

Kl. C1 - lett lastebil, inntil 7,5 tonn

Kl. C – lastebil, over 7,5 tonn

#### Gruppe 3:

Kl. D1 – minibuss

Kl. D – buss

Kjøreseddel for persontransport\*

Kompetansebevis for utrykningskjøring

Kl. E - tilhenger/-redskap til kl. B, C, C1, D el. D1. Det er ikke særskilte helsekrav for kl. E. Eksempelvis er helsekravene for kl. C og CE like.

I denne veilederen vil vi stort sett bruke de tre førerkortgruppene, og bare unntaksvis nevne klassene som inngår i dem.

\*Kjøreseddel er ikke et synonym for førerkort, men dokumentasjon på en offentlig tillatelse til å drive persontransport mot vederlag, med drosje eller buss. Helsekravene er som for kl. D.

For kompetansebevis for utrykningskjøring gjelder helsekrav som for kl. D. Utrykningskjøring er spesielt risikofyllt (høy hastighet, kjøring i strid med ordinære trafikkregler, ofte små muligheter til å avbryte kjøringen ved behov). Spesielt tilstander der en stressituasjon kan utløse et illebefinnende, må anses uheldig.

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.

Førerkortfri motorvogn, dvs. det man kan kjøre uten førerkort, fremgår av [førerkortforskriftens § 12](#).

## 2.2 Trafikkstasjonen

Regionvegkontoret/trafikkstasjonen (tidligere biltilsynet) utsteder førerkort (førstegangsutstedelse, fornyelse, utvidelse). Vegdirektoratet er overordnet myndighet.

## 2.3 Fylkesmannens helseavdeling

Fylkesmannens helseavdeling (tidligere fylkeslegen) behandler søknader om dispensasjon fra helsekravene, og vurderer melding om ikke-oppfylte helsekrav. Forespørsler om enkeltsaker og forståelse av helsekravene rettes dit. Eventuell klage over avslått dispensasjon stiles til Helsedirektoratet, men sendes fylkesmannen.

## 2.4 Politiet – inndragning og tilbakelevering

Politiet tilbakekaller førerrett, f.eks. etter melding om ikke-oppfylte helsekrav. Slik melding skal sendes fylkesmannen. Det vises til [forskrift om leges melding om at innehaveren av flysertifikat eller førerkort ikke fyller helsemessige krav](#) (For 1984-07-13 nr.1467) hjemlet i den tidligere legeloven § 48 og videreført under [helsepersonelloven](#), jf. helsepersonelloven § 34, jf. § 76.

Det er normalt ikke hensiktsmessig for pasienten å påklage politiets vedtak om tilbakekall, da vedtaket bygger på fylkesmannens vurdering av at helsekravene ikke er oppfylt. Hensiktsmessig fremgangsmåte er at pasienten søker fylkesmannen om dispensasjon. Politiet tilbakeleverer førerkortet når helsekravene igjen er oppfylt eller fylkesmannen har gitt dispensasjon. Ofte vil trafikkstasjonen måtte produsere nytt førerkort.

## 2.5 Praktisk kjørevurdering

Ved sammensatt helsesvikt kan det av og til være ønskelig/nødvendig med en "praktisk kjørevurdering" som ledd i vurderingen av om helsetilstanden er forenlig med kjøring. Blant annet gjelder dette ikke sjelden ved utstedelse av NA-0202c, førerkortattest for person over 70 år. Dersom legen mener praktisk kjørevurdering er nødvendig for å avgjøre om helsekravene er oppfylt, må legen melde dette til fylkesmannen. I noen tilfeller er det også en forutsetning for å kunne gi dispensasjon at det foreligger en praktisk kjørevurdering, jf. synskravene.

Etter vegtrafikkloven § 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. Fylkesmannen kan altså anmode politiet om å forlange praktisk kjørevurdering. I de fleste tilfelle vil det likevel kunne avtales mellom fylkesmannen, pasienten og trafikkstasjonen. En slik praktisk kjørevurdering kan gjennomføres av person som ikke fyller helsekravene uten at det gis dispensasjon for testen.

Enkelte rehabiliteringssentre har utstrakt erfaring med førerkortvurderinger, og kan brukes i stedet for trafikkstasjonen. Vi har blandede erfaringer med praktiske prøver utført ved private trafikkskoler, og anbefaler derfor ikke at slike prøver uten videre tillegges vekt. Etter vår erfaring bør leger be om praktisk kjørevurdering oftere enn hittil, når de er i tvil om en pasient bør fortsette å kjøre. Ikke-bestått test vil ofte overbevise vedkommende om at kjøring bør opphøre.

Når problemet er besvimelser eller andre typer "anfall", er praktisk kjørevurdering uten verdi.

## **2.6 Tidsbegrenset førerkort**

Utvidet førerkort (gruppe 2 og 3) har nå varighet inntil fem år, mens gruppe 1 har livslang varighet. Det kan være grunn til å gi kortere varighet når helsetilstanden kan forventes å endres i negativ retning. Tidsbegrensning sikrer muligheten til revurdering, men reduserer ikke risikoen ved en tilstand, og er dermed ingen "nødløsning" i tvilssaker.

## **2.7 Geografisk begrenset førerkort**

Førerkort med geografisk begrensning kan bare gis etter vurdering og vedtak hos vegmyndigheten. Vegdirektoratet holder en meget restriktiv praksis. Det må være helt konkrete holdepunkter for at begrensningen reduserer risikoen vesentlig hos den aktuelle pasient. Man bør være tilbakeholden med å foreslå en slik løsning.



### 3 Generelt om utfylling av helseattest NA-0202

NA-0202 pkt. 1-10 er attestens faktadel, og vil i de fleste tilfelle vise om helsekravene for de ulike klasser er oppfylt. Legen MÅ forholde seg til dette i avkrysningen av konklusjonspunktene! Konklusjonen skal være korrekt og i samsvar med fakta og krav. Feilaktig konklusjon gavner ikke pasienten, men fører til ekstraarbeid for alle. Dersom kravene ikke er oppfylt, men man mener vedkommende kan kjøre sikkert, kan man evt. anbefale dispensasjon. I de etterfølgende punkter gis regler, retningslinjer og utfyllende kommentarer for hver tilstand, i attestens rekkefølge. Disse er mest utfyllende på områder som erfaringsmessig er problematiske. Utdypende omtale finnes i [IS-1348](#).

#### **3.1 Supplerende opplysninger/vedlegg – originaldokumenter vs. tekstscannede kopier**

Av og til, og nesten alltid når det gjelder en dispensasjonssak eller melding om ikke oppfylte helsekrav, må det medsendes supplerende opplysninger. Ofte er dette epikriser eller poliklinikknotater fra spesialister eller sykehus. Slike vedlegg vil ofte gi premissene for forvaltningens vedtak. Det har blitt et økende problem at vedleggene fra allmenleger kommer i form av tekstscannede kopier. Disse er av og til redigert/forkortet. Ikke alltid fremgår sikkert hvilken lege som har forfattet originalteksten. Da er det vanskelig å bruke disse dokumentene som grunnlag for et forvaltningsvedtak. Helsedirektoratet ber om at det i størst mulig grad brukes kopier av originaldokumenter. Dersom det må medsendes tekstscannede dokumenter, må de være komplette og uredigerte, og opprinnelig forfatter/institusjon må framgå helt tydelig.

## 4 Attestens punkt 1: Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser

### 4.1 Forskriftens krav

Kl. A, B, M, S eller T (gruppe 1), 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 (gruppe 2), vedlegg 1 § 3 nr. 4: *"Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet, og medikamentell forebygging 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. (gruppe 3), 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.

### 4.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

Forskriftens hensikt er å forebygge at en fører får illebefinnende i trafikken.

"Anfallsmessig" innebærer relativt plutselig opptreden og risiko 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. For at anfallet ikke skal omfattes av bestemmelsene ovenfor, må det være helt klart irrelevant i trafikksammenheng og ikke innebære nevneverdig risiko for gjentakelse. Eksempler kan være bevissthetstap ved hjernerystelse, krampeliknende fenomener under innledning til eller oppvåkning fra narkose, besvimelse ved skade/blodtap, enkeltstående, banal vasovagal synkope osv. Det må anvendes klinisk skjønn. Primært foretas dette av legen, i neste instans av fylkesmannen. Vi har grunn til å tro at anfall underrapporteres. Det må likevel ikke legges opp til en praksis som går lenger enn forskriftens intensjon, å hindre at

personer med økt risiko kjører bil. 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 legen anbefaler dette. Dermed unngås førerkortinndragelse. Legen må da skrive dette eksplisitt i sin melding, slik at det klart fremgår at det anbefales dispensasjon.

*Anfall legen på kvalifisert grunnlag mener er helt klart uten residivrisiko, skal ikke meldes. Anfall der residiv, og spesielt under kjøring, ikke kan utelukkes, skal meldes. Anfall som har gitt skade (f.eks. fall) eller har opptrådt under kjøring, medfører høy risiko og skal meldes. Pass på at ikke pasientens førerkortbehov påvirker den faglige vurderingen av residivrisiko.*

Vi 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, epilepsilignende 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. ("Synkope" feilbrukes av og til om bevissthetstap generelt. I disse retningslinjene bruker vi begrepet i dets korrekte betydning.) 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.11).

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, migreaneanfall 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. 4.8.

### **4.3 Klare opplysninger om anfallet/anfallene er viktig**

Det er ikke uvanlig at en person som har fått førerkortet inndratt etter anfall benekter eller bagatelliserer anfallet/anfallene senere i saken. Han/hun kan hevde å ha blitt misforstått av legen(e), eller at initialt misforståtte journalopplysninger er blitt "gjentatt" av de ulike behandlerne. Det kan nok forekomme. Noen hevder at helsepersonellet har diktet opp anfallet. En slik utvikling kan gjøre førerkortsaken meget vanskelig for alle parter. For å unngå dette, er det viktig at helsepersonell

dokumenterer anfallet/anfallene grundig, og går tilbake til dokumentasjon fra tidlig i forløpet (legevaktjournal, ambulansejournal, innkomstjournal), eller snakker med personer som var til stede eller involvert kort etter dette, dersom det oppstår tvil. Slike opplysninger bør sendes med melding til fylkesmannen eller senere attest/uttalelse i "anfallssak". Kopi av ambulansejournal eller innleggelseskriv kan hindre et vanskelig forløp av saken senere. Under utredning hos ulike leger er det viktig at hver tar anamnese, ikke bare bygger på fremstilling gitt i f.eks. henvisningen.

#### **4.4 Om utredning av bevissthetstap**

Anfallssakene utgjør en ganske stor del av førerkortsakene. Mange av dem er vanskelige. To vesentlige problem er uklar begrepsbruk og mangelfull vurdering/utredning. Dette gjør det vanskelig å vurdere residivrisiko og risiko for kjørehendelse som følge av evt. nytt anfall. Denne veilederen gir derfor en omtale av bevissthetstapsutredning mer generelt, men med fokus mot førerkortaspekter.

Omstendighetene rundt og forløpet av anfallet gir essensiell informasjon. En god anamnese er viktigere enn spesialundersøkelser, i bevissthetstapsutredning generelt og i den førerkortmessige vurderingen. Dårlig anamnese gjør det umulig å tolke resultatet av spesialundersøkelsene som ofte blir utført, slik at utredningen blir resultatløs. Det er viktig å få informasjon fra den eller de som observerte bevissthetstapet eller var involvert i behandlingen primært (ambulansejournal, innkomstjournal, legevaktsjournalnotat). Slike opplysninger bør vedlegges melding til fylkesmannen og ved evt. senere attestutstedelser/vurderinger. Direktoratets erfaring fra klagesakene, er at anfallsutredning ganske ofte er mangelfull. Som regel er anamnesen det svake punktet.

##### **4.4.1 Anamnese for å skille mellom de tre hovedtypene av bevissthetstap**

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

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

Mangel på disse taler for synkope (sirkulasjonsproblem). Partielle anfall, enkle partielle anfall eller komplekse partielle 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, nakkevridding, 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.

#### **4.4.2 Aktuelle og uaktuelle spesialundersøkelser**

- EEG og søvndeprivert EEG brukes ved klinisk mistanke om epilepsi. EEG er lite sensitivt, dvs. at negativ undersøkelse ikke utelukker epilepsi. Søvndeprivert EEG er litt mer sensitivt. EEG-overvåkning evt. med videoregistrering brukes enkelte ganger i spesialavdelinger. EEG inngår ikke i synkopeutredning.
- CT eller MR av hjernen brukes for å undersøke om det er strukturelle forandringer i hjernen, og inngår dermed i utredning av 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. Når anfall opptre sjeldnere enn omtrent ukentlig, gir Holter sjelden nyttig informasjon. Det vises til hjertekapitlet, pkt.11.6.
- 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. I 2009-utgaven av de europeiske/amerikanske (ESC/EHRA/AHA) retningslinjene for synkopeutredning, er verdien av vippetest betydelig nedtonet og indikasjonsområdet innsnevret. Testresultatet er ofte ikke lett å tolke.

#### **4.5 Fylkesmannens 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. Adekvat utredning, særlig anamnesen, og en saklig vurdering fra legens side, er derfor oftest nærmest en forutsetning for dispensasjon. Når grundig utredning er

utført, og det foreligger saklige, godt underbygde attester, med en vurdering av anfallsårsak og residivfare, vil fylkesmannen som regel legge dette til grunn i førerkortsaken. Legens vurdering av residivfare er etter vår erfaring ofte påvirket av lege-pasientforholdet. Det kan gjøre det vanskelig for fylkesmannen å legge vekt på attesten. Saken blir da ofte vanskelig for alle parter.

I dispensasjonspraksis skilles mellom epilepsi (pkt. 4.6), synkoper (pkt. 4.7) og anfall av andre/uklare årsaker (pkt. 4.8).

## **4.6 Epilepsi og epilepsiliknende hjernefunksjonsforstyrrelser**

Fylkesmannens dispensasjonspraksis følger nytt epilepsikapittel i EUs førerkortdirektiv, som er utarbeidet etter grundig, faglig forarbeid. For førerkort gruppe 1 er vurderingen avhengig av anfallstype, med føringer for minste observasjonstid. For høyere førerkortklasser er hovedregelen at kjøring ikke tillates før den årlige anfallsrisikoen er 2% eller lavere. Dette er vanskelig å fastslå i det enkelte tilfelle, men gir en rettesnor for hvilket (meget lavt) risikonivå EU aksepterer.

### **4.6.1 Attest/opplysninger**

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.

### **4.6.2 Dispensasjonspraksis 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 upålitelighet med hensyn til anfallsrapportering og medikamentinntak. Punktene nedenfor følger av EU-direktivet.

1. Unnskyldelig bortfall av medikamentell anfallsbeskyttelse. Hvis en person med normalt EEG får anfall når medikasjonen forsøkes seponert eller bortfaller unnskyldelig, kan fylkesmannen gi dispensasjon for gruppe 1 etter tre måneder. Medikasjonen må være gjenopptatt, og nye bortfall usannsynlig. Det blir ikke gitt dispensasjon ved holdepunkter for slurv med medikamentinntaket. (Det blir ikke gitt dispensasjon for gruppe 2 og 3, da behandlingskrevende anfallssykdom er uforenlig med dispensasjon for disse grupper.)

2. Når antiepileptisk behandling trappes ned for seponering, etter vurdering av lege, skal pasienten ikke kjøre 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 førerrett, f.eks. fordi vilkår som er satt ved tilbakelevering av førerkort ikke er oppfylt. Hvis anfall opptrer etter slik selvseponering blir det ikke gitt 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 førerkort gruppe 1 etter relativt kort tid. Observasjonstiden tilpasses det som antas nødvendig for å sikre at det utløsende forhold ikke vil opptre igjen. Førerkort gruppe 2 og 3 og kjøreseddel mv.: Det utvises spesiell forsiktighet, og fylkesmannen vil ikke gi dispensasjon før tidligst etter ett år. (Etter gjentatte anfall blir det ikke gitt dispensasjon.)

4. Førstegangs, enkeltstående, uprovosert anfall: Dersom det ikke er strukturelle forandringer i hjernen eller unormalt EEG, kan fylkesmannen gi dispensasjon for gruppe 1 etter seks måneder, dersom nevrolog anbefaler det. Førerkort gruppe 2 og 3: Det blir ikke gitt dispensasjon før etter tidligst fem års anfallsfrihet.

5. Anfall som kun har opptrådt under søvn. Fylkesmannen kan gi dispensasjon for gruppe 1 etter ett år med kun nattlige anfall, forutsatt at kvalifisert nevrolog mener det er forsvarlig. 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 tilråding. Nevrologen må gjøre en faglig vurdering av risikoen for anfall også om dagen. Det blir ikke gitt dispensasjon etter dette punktet for gruppe 2 og 3.

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 fylkesmannen gi dispensasjon for gruppe 1 når anfallsmønsteret har holdt seg stabilt i ett år. Dersom det har vært eller tilkommer anfall av annen type, følges praksis etter pkt. 7 nedenfor. Det blir ikke gitt dispensasjon etter dette punktet for gruppe 2 og 3.

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, blir det ikke gitt dispensasjon fra kravet til ett års anfallsfrihet for gruppe 1 og 10 år for gruppe 2 og 3. Dette følger direkte av EU-direktivet.

8. Epileptiformt anfall og strukturelle intrakranielle forandringer og/eller epileptiforme trekk i EEG: Det blir ikke gitt dispensasjon.

9. Epilepsikirurgi: Langtidsprognosen er usikker. Det blir ikke gitt dispensasjon.

10. Anfall utløst av rusmiddelmissbruk: Prognosen for rusmiddelmissbruket, realistisk vurdert, jf. kap. 6, bør være avgjørende. For gruppe 2 og 3 skal vurderingen være særlig forsiktig.

#### **4.6.3 Forhold som ikke taler for dispensasjon**

1. Anfall med "innledende varsler"/"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 ordinært 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. 4.6.2 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. 4.6.2 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. 4.6.2 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 førerkort gruppe 2 eller 3.

#### **4.6.4 Vilkår og varighet ved tilbakelevering etter epileptiformt anfall**

Vilkår tilpasses de forhold som danner grunnlaget for tilbakelevering av førerretten. Når dispensasjon gis etter provosert anfall, er det f.eks. 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 førerrett gjenerverves etter tap pga. anfall (enten pga. tilbakelagt observasjonstid eller dispensasjon) bør varigheten som regel være ett år. Ved epilepsi kan det ikke gis vanlig varighet før etter fem anfallsfrie år, jf. EU-direktivet.

### **4.7 Synkope**

Synkope er definert og beskrevet i pkt. 4.2, nest siste avsnitt.

#### **4.7.1 Synkope - terminologi**

Reflekssynkope ("neurally mediated syncope") skyldes episodisk feilreaksjon i de mekanismer som tilpasser hjertefrekvens, hjertets sammentrekningskraft og tonus i blodårene til kroppens stilling og situasjon. Det oppstår derved blodtryksfall 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.

#### **4.7.2 Utredning av synkope**

Utredningen bygger på klinisk vurdering med anamnese og spesialundersøkelser, jf. pkt. 4.4. 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 med i synkopeutredning, men ved mistenkt epileptiforme anfall.)

#### **4.7.3 Fylkesmannens dispensasjonspraksis ved synkope**

Dispensasjon forutsetter at utredningen er adekvat og at man kan klassifisere anfall/anfallene noenlunde sikkert. (Omtalen her gjelder ikke synkoper som ledd i hjertesykdom (kap. 11), og ikke anfall av epileptiform (pkt. 4.6) eller uklassifiserbar type (pkt. 4.8).) Anfall som antas å være ledd i rusmisbruk må vurderes i forhold til prognosen for misbruket, jf. kap. 6. Bevissthetsforstyrrelse på grunn av diabetes er omtalt i pkt.8.5.

Synkope kan være enkeltstående, knyttet til stående stilling, utløst av spesielle omstendigheter som ikke er relevante under bilkjøring, ha ulike grader av forvarsel, eller det kan inntre brått, i sittende med hyppige og uforutsigbare gjentakelser. Trafikksikkerhetsrisikoen kan derfor variere svært mye. Dispensasjonspraksis tilpasses den aktuelle søkers anfallstype og -forekomst, slik at den hindrer kjøring hos personer med risiko for synkope under kjøring, men ikke begrenser førerrett unødige hos personer med lav risiko. Omstendighetene og forløpet av synkopene er dermed ofte avgjørende for vurderingen, og må belyses av legen.

Førerkort gruppe 2 og 3: Et anfall kan få stor betydning for en yrkessjåfør. En forsiktig linje kan frata søkeren yrket, mens dispensasjon kun på grunnlag av sterkt behov kan føre til omfattende ulykke. Både utredning og vurdering må derfor være særlig grundig. Tungt kjøretøy eller transport av mange passasjerer gir høy risiko. En yrkessjåfør tilbringer lang tid i trafikken, slik at samlet risiko for at en synkope fører til ulykke, øker. Derfor stilles strengere krav til grundig utredning og godt opplyst sak, og vurderingen må være forsiktigere enn for gruppe 1. Mest forsiktig er man for yrkessjåførvirksomhet med buss.

#### **4.7.4 Noen momenter i vurderingen**

- Jo flere synkoper tidligere, jo større er risikoen for nye synkoper.
- Synkope under kjøring: Åpenbart sikkerhetsmessig relevant. Det blir ikke gitt 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.

- 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. Dobbeltblinde studier tyder ikke på noen fullgod sikkerhet mot nye synkoper, selv om enkeltpasienter kan ha meget overbevisende effekt. Pacemakerbehandlingen er derfor ikke uten videre grunnlag for dispensasjon. Det er forholdene ellers som avgjør dispensasjonsspørsmålet. Disse sakene kan være spesielle, og fylkesmannen legger stor vekt på spesialistens vurdering, dersom den virker godt underbygget. (Pacemaker som behandling av ledningsforstyrrelser i hjertet er omtalt i pkt. 11.6.2.)

#### 4.7.5 Vurdering ved vanlige synkopetyper

Sannsynlig diagnose	Førerkortvurdering gruppe 1	Førerkortvurdering gruppe 2 og 3
Reflekssynkope av vasovagal eller carotid sinus type, <u>enkeltstående, ikke under høyrisikoaktivitet eller med skade ("banal"*)</u>	Krav kan anses oppfylt (melding til fylkesmannen ikke nødvendig)	Krav kan anses oppfylt (melding til fylkesmannen ikke nødvendig), <u>dersom</u> opplysningene ikke gir rom for tvil.
Reflekssynkope av vasovagal eller carotid sinus type, <u>gjentatte eller "alvorlig"</u> *	Fylkesmannen kan gi dispensasjon 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 blir ikke gitt 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 følges.
Miksjonssynkope, defekasjonssynkope	Krav kan anses oppfylt (melding til fylkesmannen 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 (melding til fylkesmannen 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.

Hostesyknkope, gjentatt eller "alvorlig"*	Fylkesmannen kan gi dispensasjon etter adekvat utredning og behandling som har vist seg å føre til opphør av hoste-/synkopetendensen. Hostesyknkope har ofte dårlig prognose. Synkope under kjøring 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. Hostesyknkope har ofte dårlig prognose. Det blir derfor ikke gitt dispensasjon
Synkope av usikker årsak, enkeltstående, "banal"*	Krav kan anses oppfylt (melding til fylkesmannen 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 fylkesmannen gir dispensasjon, avhengig av omstendighetene.
Synkope av usikker årsak (epilepsi, hjertesykdom og rytmeforstyrrelse usannsynliggjort), gjentatt eller "alvorlig"	Fylkesmannen gir 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.	Fylkesmannen gir 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, melding til fylkesmannen er ikke nødvendig	Forskriftens krav anses oppfylt, melding til fylkesmannen er ikke nødvendig
Synkope som ledd i hjertesykdom	Se kap. 11	Se kap. 11

*\*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 forvarselfase (eks. kvalme, uvelfølelse) til at vedkommende rekker å sette eller legge seg ned, og skal ikke ha gitt skade eller opptrådt under høyrisikoaktivitet.*

#### **4.7.6 Vilkår og varighet ved tilbakelevering etter synkope**

Vilkår tilpasses de forhold som danner grunnlaget for tilbakelevering av føreretten. Første gang førerett gjenerverves etter tap pga. anfall (enten pga. tilbakelagt observasjonstid eller dispensasjon) bør varigheten som regel være ett år. Har det så ikke vært flere synkoper, kan det ofte tilrås vanlig varighet.

#### 4.8 Bevissthetsforstyrrelser av annen, usikker eller uklassifiserbar årsak

Uklassifiserbare "anfall" i førerkortsaker er ofte et resultat av dårlig utredning (anamnese) eller for få opplysninger i saken. Forløp over en viss observasjonstid vil likevel ofte gi vesentlig informasjon. Noen momenter:

- Hvis anfallet/anfallene, 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 har vist seg å være 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 og melding til fylkesmannen er ikke nødvendig.
- 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, og dispensasjon kan ikke påregnes.
- Funksjonelle anfall: Dette er anfall av psykosomatisk natur. De kan likne mye på epilepsilignende anfall, sjeldnere på synkoper. Diagnosen kan være vanskelig. Pga. den diagnostiske usikkerheten er hovedregelen at det ikke gis dispensasjon. Det er ikke uvanlig at funksjonelle anfall opphører etter at førerkortspørsmålet er blitt aktuelt.

#### 4.9 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. TIA som ikke har gitt bevissthetstap, omfattes som regel ikke av anfallsbestemmelsene. For høyere klasser omfattes TIA alltid av § 2 nr. 6 om "andre tilstander". Det skal sendes melding til fylkesmannen.

Se ellers pkt. 9.2 om TIA og pkt. 9.3 om andre cerebrovaskulære sykdommer.

#### 4.10 Narkolepsi og katapleksi

Narkolepsi og/eller katapleksi er "anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelse". Sykdommen kan gi unormalt sterk søvntrang om dagen, og/eller ukontrollerte innsovning/anfall/plutselig bortfall av muskeltonus. Det kan 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. Fylkesmannen kan gi dispensasjon for gruppe 1 når behandlende nevrolog attesterer at sykdommen er under god kontroll, slik at den ikke gir sikkerhetsrisiko under kjøring. Medikamentene må i slike tilfeller heller ikke i seg selv gi økt sikkerhetsrisiko.

For gruppe 2 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 kreves hvis symptomene har vært særlig alvorlige, og/eller ført til kjørehell. Det blir som regel ikke gitt dispensasjon for gruppe 3.

#### **4.11 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.

#### **4.12 Når karenstiden etter en bevissthetsforstyrrelse er utløpt**

Når karenstiden (på ett år for gruppe 1) er utløpt, kan vedkommende henvende seg til politiet med utfylt NA-0202, og med tilleggsattest eller påtegning fra indremedisiner eller nevrolog (avhengig av hva som var relevant). Det er altså ikke nødvendig med ny behandling hos fylkesmannen etter utløpt karenstid. Huske å fylle ut hele NA-0202, inkludert tilrådning om varighet og eventuelle vilkår. Som regel bør førerkortet gis begrenset varighet første gang, f.eks. ett år. Ved fortsatt anfallsfrihet kan pasientens faste lege utstede attest, og førerkortet kan ofte gis vesentlig lenger eller vanlig gyldighetstid.

## 5 Attestens punkt 2: Psykiske lidelser. Psykisk utviklingshemming. Demens

### 5.1 Forskriftens krav

Forskriftens krav for alle førerkortklasser (vedlegg 1 § 2 nr. 4 jf. §§ 3 og 4):  
*"Det må ikke være alvorlig psykisk lidelse, vesentlig mental retardasjon eller personlighetsavvik som medfører nedsatt dømmekraft, impuls kontroll eller atferdsforstyrrelser, som kan være farlige i trafikken."*

### 5.2 Psykiske lidelser og personlighetsavvik

#### 5.2.1 Når er forskriftens krav ikke oppfylt?

*Med alvorlig psykisk lidelse menes som regel en psykotisk tilstand. Forskriftens helsekrav er ikke oppfylt hvis en av disse foreligger:*

- *Det foreligger en kronisk psykotisk tilstand.*
- *Det har forekommet flere psykotiske episoder som har svekket kjøreevnen.*
- *Det har forekommet en psykotisk episode som har svekket kjøreevnen for mindre enn ett år siden, og det må antas at det er fare for nye psykotiske episoder.*
- *Det brukes antipsykotiske legemidler som kan svekke kjøreevnen.*

*Antipsykotiske medikamenter kan i seg selv ha innvirkning på kjøreevnen, uavhengig av om disse brukes for å forebygge nye psykotiske episoder eller ikke, se pkt. 7.2.5.*

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, impuls kontrollsvikt 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, impuls kontroll eller atferdsforstyrrelser som kan være farlige i trafikken.

### **5.2.2 Når inntreer meldeplikten?**

Meldeplikten etter helsepersonelloven § 34 inntreer når

- det foreligger en kronisk psykotisk tilstand.
- eller det har forekommet flere psykotiske episoder som har svekket kjøreevnen.
- eller det har forekommet en psykotisk episode som har svekket kjøreevnen for mindre enn ett år siden, og det må antas at det er fare for nye psykotiske episoder.
- eller det brukes antipsykotisk medikasjon for å forebygge psykotiske episoder som kan svekke kjøreevnen.
- eller det foreligger en psykisk lidelse med episodisk forløp, og det har forekommet minst to episoder som har medført nedsatt dømmekraft, impuls kontrollsvikt eller atferdsforstyrrelser som kan være farlige i trafikken, selv om disse episodene ikke har vært av psykotisk natur
- eller det foreligger en ikke-psykotisk psykisk lidelse som medfører personlighetsavvik, impulsivitet eller andre symptomer som nedsetter kjøreevnen og reduserer trafikksikkerheten.

Det bør gå fram av meldingen hvilke symptomer som foreligger, hvordan pasienten samarbeider og hvor stor den trafikale risikoen må antas å være. Telefonisk melding kan være en nødvendig løsning i akutte situasjoner, men den må følges opp med en skriftlig melding.

Noen pasienter med psykotiske tilstander eller som bruker antipsykotisk medisin, kan ferdes trygt i trafikken, men det er fylkesmannen og ikke behandlende lege eller psykolog som avgjør om det kan gis dispensasjon. Hvis lege eller psykolog mener at dispensasjon bør gis til tross for at forskriftens helsekrav ikke er oppfylt, kan dette gå fram av meldingen, og ledsages av en dispensasjonssøknad fra pasienten.

Ofte vil det være forholdsvis uproblematisk å konstatere at det foreligger eller har foreligget en psykotisk tilstand, men det forekommer også grensetilstander, for eksempel ved ustabil personlighetsforstyrrelse, depressive tilstander med visse trekk av realitetsbrist, eller spesielle forestillinger som det kan være svært vanskelig å avklare om handler om vrangforestillinger eller bare er uttrykk for svært sære ideer. Er man i tvil, kan det være naturlig å kontakte kolleger, eller spørre fylkesmannen til råds. Ved en episode av ikke sikker psykotisk natur vil meldeplikten uansett inntre hvis behandleren antar at tilstanden har betydning for trafikksikkerheten.

### **5.2.3 Attest**

Ved opplysning om (gjennomgått) alvorlig sinnslidelse og om episodisk lidelse, kreves attest fra behandlende lege. Attesten bør vurdere vedkommendes funksjon som motorvognfører. Fylkesmannen vurderer om det skal innhentes attest fra spesialist i psykiatri, evt. attest fra psykologspesialist eller epikrise fra psykiatrisk institusjon eller poliklinikk. For førerkort gruppe 2 og 3 vil fylkesmannen vanligvis kreve mer inngående spesialistvurdering.

### **5.2.4 Dispensasjonspraksis**

Se IS-1348 [kap. 13](#).

## **5.3 Psykisk utviklingshemming**

### **5.3.1 Når er forskriftens krav ikke oppfylt?**

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, være i arbeid eller utføre dagliglivets funksjoner.

### **5.3.2 Når inntreer meldeplikten?**

Tilstanden er varig, men meldeplikten etter helsepersonelloven § 34 inntreer forholdsvis sjelden ved psykisk utviklingshemming eller gjennomgående utviklingsforstyrrelse. Vanligvis vil det gjøres en vurdering før vedkommende eventuelt starter kjøreopplæring.

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 50-69) og korresponderende funksjonsnivå). Moderat psykisk utviklingshemmede (IQ under 50 og korresponderende funksjonsnivå) vil ikke være strafferettslig tilregnelige og skal ikke gis førerrett.

### **5.3.3 Attest og dispensasjonspraksis**

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 førerkort gruppe 1 bare dersom de førerkortrelevante kognitive funksjonene er tilnærmet aldersadekvate for den førerkortklasse det søkes dispensasjon for, spesialistens tilråding er klart positiv, og den praktiske kjøreevnen er funnet god. Det skal ikke gis dispensasjon for gruppe 2 eller 3.

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.

## **5.4 Kognitiv svikt – Demens**

### **5.4.1 Når er forskriftens krav ikke oppfylt?**

Det er en rekke tilstander som kan medfører kognitiv svikt. Vanligst hos eldre er demens av Alzheimers type, vaskulær demens eller en blanding av disse to. Dessuten kan en rekke andre tilstander medføre kognitiv reduksjon som f. eks. hjerneslag, hodetraumer, Parkinsons sykdom og multippel sklerose. Forskriftens helsekrav er ikke oppfylt når det foreligger en kognitiv svikt/demens som kan antas å svekke kjøreevnen.

### **5.4.2 Når inntreer meldeplikten?**

Dette kan være blant de mer kompliserte vurderingene en lege eller psykolog står overfor. Saken kan være klar der det har foreligget et traume, cerebralt insult eller andre tilstander som har medført betydelig kognitiv reduksjon som konstateres klinisk eller gjennom psykologiske tester. Men svært ofte vil en kognitiv svekkelse skje gradvis, kanskje over lang tid. Helsepersonell kan ha vanskeligheter med å avdekke svikten hos pasienten i løpet av en vanlig legekonsultasjon. Dette kan være vanskelig ikke bare i lett, men også i moderat fase av en demenssykdom dersom en ikke går spesielt inn for å teste på dette. Svikten skjules ofte ved at en snakker om kjente temaer, og at det stilles lukkede (ja/nei) spørsmål. Det er gjerne eldre mennesker som får en slik gradvis kognitiv svekkelse, og mange har ofte regelmessig kontakt med lege pga. ulike aldersplager, men det kan likevel gå lang tid før en kognitiv svikt oppdages.

Svært sjelden vil pasienten selv rapportere om noen svikt. Tvert imot er det mange som benekter kognitiv svikt til tross for eventuelle klare tegn på dette. Noen ganger er det pårørende som melder fra, fordi de ikke lenger tør sitte på med pasienten, eller politiet kan observere eller få melding om spesiell kjøreatferd, og henvende seg til legen med spørsmål om vedkommende har en medisinsk tilstand som tilsier at kjøring ikke er tilrådelig.

Når det foreligger kognitiv reduksjon, hvor stor må denne være før det kan ha innvirkning på trafikksikkerheten, og fylkesmannen skal ha melding? Siden kognitiv svikt kan være vanskelig å vurdere rent klinisk, kan det være nyttig å foreta supplerende undersøkelser. Noen kan gjøres på fastlegekontoret, mens psykologer,

og spesielt nevropsykologer, har et større testbatteri til rådighet. Ingen nevropsykologisk test eller gruppe av tester har imidlertid udiskutabel verdi for å avgjøre trafikkrisiko.

### **5.4.3 Demensutredning på fastlegekontoret**

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. 2.5.
- < 20 Diskvalifiserer dersom det ikke er meget gode holdepunkter for det motsatte.

NB: Utdannelsesnivå og alder 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](http://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 TMT-B forutsetter at pasienten kan alfabetet. Det bør alltid gjøres flere tester, minst to, helst både MMS, klokketest og Trail Making test B. Det er også viktig at det gjøres i stabil fase (selv om en selvfølgelig må vurdere kjøreferdigheter under en akutt sykdom også). Ved patologiske funn på testene bør en etterstrebe å påvise årsak til de lave resultatene.

Flere symptomer og tegn ved kognitiv svikt/demens kan være farlige i trafikken: Redusert oppmerksomhetsfunksjon (spesielt svekkes evnen til delt oppmerksomhet tidlig i forløpet av en demenssykdom), visuospatiell svikt (nedsatt evne til å forstå og handle i rom), betydelig hukommelsessvikt, redusert dømmekraft og forlenget reaksjonstid. Både agnosi (nedsatt evne til å gjenkjenne objekter), apraxi (vansker med å utføre visse gjøremål) og neglect (manglende oppmerksomhet mot én side) er meget risikofylte i trafikken. Pasienten kan ha dårlig sykdomsinnsikt, hvilket kan redusere evnen til å kompensere for funksjonssvikten. En person med demenssykdom kan kjøre seg vill, kjøre for sakte, ikke klare å følge skilting, kjøre feil i rundkjøringer, velge feil kjørebane, kjøre på rødt lys, og ha problemer i kryss. Holdepunkter for slike problemer kan være opplysninger om innblanding i (nesten-) ulykker, endret kjøreatferd, behov for "co-pilot", forelegg for forseelser, eller at pårørende er blitt redde for å sitte på. Kjøreanamnese med særlig vekt på endringer

i kjøreatferd inngår som en naturlig del av vurderingen av videre førerrett ved mistanke om demens.

#### **5.4.4 Attest**

En attest må redegjøre for de funn og de vurderinger som er gjort, se ovenfor. Dessuten må den inneholde andre opplysninger av relevans for vurdering av kjøreferdigheten. Kognitiv svikt øker risikoen når det i tillegg foreligger svekkelse av syn eller helse forøvrig. Mange personer med demens 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.

Det er fylkesmannen som vurderer om dispensasjon skal gis, hvis det foreligger funn som viser at førerkortforskriftens helsekrav ikke er oppfylt, og hvis vedkommende søker dispensasjon. Lege eller psykolog som utsteder attest bør likevel uttale seg om hvorvidt det anses tilrådelig at vedkommende kjører. Hvis legen eller psykologen er i tvil om dette, bør det framkomme av attesten.

Lege eller psykolog kan ved tvil eventuelt anbefale at det gjennomføres en praktisk kjørevurdering, se pkt. 2.5. En slik vurdering må ikke erstatte, men kan supplere, en medisinsk vurdering! Når det er sikre holdepunkter for betydelig, trafikkrelevant kognitiv svikt, har det ingen "diagnostisk" hensikt å gjennomføre praktisk kjørevurdering. En mislykket kjørevurdering kan imidlertid bidra til at vedkommende skjønner at bilkjøringen må opphøre.

#### **5.4.5 Dispensasjonspraksis**

Se [IS-1348 kap. 15](#).

### **5.5 Hyperkinetisk forstyrrelse, ADHD**

#### **5.5.1 Forskriftens krav**

Forskriftens krav for alle førerkortklasser (vedlegg 1 § 2 nr. 4 og nr. 6 jf. §§ 3 og 4):  
*- Det må ikke være alvorlig psykisk lidelse, 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.*

#### **5.5.2 Når er forskriftens krav ikke oppfylt?**

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. For de lavere førerkortklassene settes det derfor et vesentlig skille mellom ADHD med eller uten atferdsavvik.

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

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

Det er en viss komorbiditet ved ADHD. Hvis det samtidig foreligger angsttilstander, bipolar affektiv lidelse (se pkt. 5.2.1), medikamentbruk (se kap. 7), bruk av alkohol eller andre rusmidler (se kap. 6), 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.

Noen personer med hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) har utagerende atferd, nedsatt impuls kontroll 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.

### **5.5.3 Når inntreer meldeplikten?**

Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) er en kronisk tilstand, med en varighet langt over 6 måneder, og fylkesmannen skal derfor ha melding hvis tilstanden er slik at helsekravene ikke er oppfylt (hvis det foreligger atferdsavvik, hvis det foreligger andre lidelser eller komplikasjoner som nevnt ovenfor, eller hvis vedkommende har førerkort gruppe 2 eller 3). Ved tvil bør fylkesmannen forespørres.

Personer som har førerkort i gruppe 1 og som får diagnostisert ADHD uten noen komplikasjoner av trafikal betydning, skal ikke meldes.

Personer som har førerkort i gruppe 2 eller 3 og som får diagnostisert ADHD, skal meldes til fylkesmannen. Noen av disse har kjørt med sin tilstand over tid uten problemer, og mange vil kjøre enda sikrere med medikamentell behandling. Hvis situasjonen er slik, vil det ofte være praktisk å ledsage meldingen med en søknad fra pasienten om dispensasjon, sammen med de opplysningene som er listet opp i pkt. 5.5.4.

#### **5.5.4 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 inneholde opplysninger om

- Søkerens viktigste symptomer
- Behandlingsopplegget, søkerens oppfølging av behandlingen, og effekt av behandlingen
- Eventuelle andre psykiske eller somatiske lidelser og eventuell medikamentell behandling
- Planer om videre behandling/oppfølging/rehabilitering
- Eventuell impulsiv eller utagerende atferd som kan skape farlige situasjoner i trafikken
- Eventuell oppmerksomhetssvikt som kan gjøre bilkjøring utilrådelig
- Eventuell personlighetsforstyrrelse eller rusmiddelmissbruk
- Vurdering av eventuell trafikksikkerhetsrisiko på grunnlag av de opplysningene som framkommer

Det kan være behov for opplysninger fra politiet, arbeidsgivere, forsikringsselskaper og andre for å kunne foreta en vurdering om at det til tross for atferdsforstyrrelse kan være forsvarlig å gi dispensasjon. Søkeren bør gjøres oppmerksom på dette og bør selv framskaffe slik dokumentasjon.

#### **5.5.5 Fylkesmannens dispensasjonspraksis**

Det vises til [IS-1348 kap. 19](#).

## 6 Attestens punkt 3a: Bruk og misbruk av rusmidler

### 6.1 Forskriftens krav

Forskriftens krav for alle førerkortklasser (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."*

### 6.2 Når er forskriftens krav ikke oppfylt?

I hovedsak omfattes alkoholmisbruk, misbruk av medikamenter, og bruk/misbruk av illegale rusmidler.

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, vil det være en viss påvirkning gjennom hele døgnet. Et langvarig høyt alkoholforbruk påvirker også hjernens funksjon. Et slikt forbruk vil gjøre at vedkommende selv når det ikke er påvisbar "promille" i blodet, er så fysisk og/eller psykisk svekket at det går ut over evnen til å kjøre på en trafikksikker måte.. 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 ofte ikke være oppfylt. Det må redegjøres nøye for hvordan misbruket arter seg og om vedkommende kan være varig helsesvekket. Et periodemessig misbruk kan ha sammenheng med en bipolar lidelse, se pkt. 5.2.1.

Illegale rusmidler påvirker kjøringen i større eller mindre grad og på forskjellig måte. Hvis illegale rusmidler inntas før eller under kjøring, er dette en sak for politiet (brudd på veitrafikklovgivningen). 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. 7. Ved psykoser utløst av rusmiddelbruk er ikke forskriftens helsekrav oppfylt, se pkt. 5.2.1. Personer som er innlagt i institusjon eller er i behandling på annen måte for rusmiddelmisbruk, oppfyller i utgangspunktet ikke førerkortforskriftens helsekrav. Det må alltid gjøres en individuell vurdering før melding eventuelt sendes fylkesmannen.

Personer som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR), oppfyller ikke førerkortforskriftens helsekrav, se pkt. 6.6.

### **6.3 Når inntre meldeplikten?**

Når lege eller psykolog får kjennskap til at en førerkortinnehaver misbruker alkohol eller bruker illegale rusmidler, eller kjennskap til at slikt misbruk har forekommet for kort tid siden, inntre meldeplikten. Dette gjelder også hvis førerkortinnehaveren er til somatisk eller psykiatrisk behandling for andre lidelser.

Hvis det forekommer sporadisk bruk av illegale rusmidler, uten relevans for kjøreevnen, er imidlertid førerkortforskriftens helsekrav oppfylt. Hvis melding unnlates på grunnlag av dette, må det vurderes at denne bruken helt klart ikke har betydning for kjøreevnen.

Førerkortinnehavere eller -søkere som er i behandling for et rusproblem, og dermed også de som har et slikt rusproblem at de burde ha vært i behandling for dette, oppfyller som nevnt foran, vanligvis ikke førerkortforskriftens helsekrav. Hvis førerkortet ikke er inndratt, må det vurderes om vedkommende fyller helsekravene. Hvis helsekravet ikke er oppfylt, sendes melding til fylkesmannen med kopi til vedkommende. De aller fleste som er i denne situasjonen, vil ikke kunne få dispensasjon samtidig med at det gis melding til fylkesmannen, men poenget med behandlingen er jo bl.a. at vedkommende etter en tilstrekkelig lang tid skal kunne få dispensasjon eller igjen oppfylle førerkort-forskriftens helsekrav.

Vanligvis vil altså meldeplikten inntre overfor en pasient med et klart rusproblem, enten vedkommende henvises til en behandlingsenhet eller ikke. Dette bør behandlende leger og psykologer ha klart for seg og kommunisere til pasienten, slik at ikke meldeplikten hindrer noen i å søke adekvat hjelp for et rusproblem.

Behandlere skal primært ha en terapeutisk kontakt med sine pasienter, og har ikke plikt til å melde alt de vet om pasienten. Pasienter som er meldt til fylkesmannen og har fått førerkortet inndratt, og som avbryter behandlingen, gir for eksempel ikke grunnlag for noen ny melding til fylkesmannen. Dette er imidlertid en viktig opplysning ved en eventuell søknad om dispensasjon for å få førerkortet tilbake.

## 6.4 Attest

Det vil vanligvis være behov for attest i forbindelse med dispensasjonssøknad. Det som da skal vurderes, er om det er dokumentert at misbruk/overforbruk er opphørt over tilstrekkelig lang tid (vanligvis over ett år for de lavere førerkortklassene), og om risikoen for tilbakefall er tilstrekkelig lav. Attester bør derfor inneholde opplysninger som gir grunnlag for å vurdere disse spørsmålene.

Behandlerne lege/psykologs kjennskap til og kliniske inntrykk av pasienten, beskrivelse av det kontrollopplegget som eventuelt foreligger, og opplysninger fra pasienten selv, arbeidsgivere, pårørende og andre, er svært viktige opplysninger når avhold skal dokumenteres. I tillegg er det en rekke biologiske markører som kan støtte opp under de kliniske opplysningene. Ved alkoholmisbruk er det særlig blodprøvene CDT% (carbohydrat deficient transferrin), EtG (etylglucuronid), EtS (etylsulfat), leverprøver og MCV som er aktuelle markører. Urinprøver er viktigst mht. illegale rusmidler.

## 6.5 Dispensasjonspraksis

Se [IS-1348 pkt. 17.4](#).

## 6.6 Narkotikamisbrukere i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

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. Forutsetningen for å være i LAR er at det har forekommet et relativt omfattende misbruk av opiater over tid. 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.

Personer i LAR kan gis dispensasjon for førerkort i gruppe 1 forutsatt at:

- a) behandlingen skjer under betryggende oppfølging og kontroll ved rehabiliteringsinstans, og med navngitt forskrivende lege
- b) dosen er innstilt og har vært stabil over en periode på minst 6 måneder
- c) det ikke er bruk av andre beroligende eller bedøvende midler
- d) bruk av illegale stoffer er opphørt i 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. Kontrollopplegget må individualiseres, men et kontrollopplegg i tråd med det som er beskrevet i Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (IS-1701), kan vanligvis anses som betryggende. Søker må forplikte seg til absolutt avhold fra bruk av rusmidler og fra beroligende eller bedøvende medikamenter, og å følge oppsatte



kontroller.

Enkelte personer er i LAR og har samtidig ADHD, og bruker da både opioider og sentralstimulerende legemiddel. Det blir da ikke gitt dispensasjon siden en slik kombinasjon gir uforutsigbar og ofte uakseptabel påvirkning på kjøreevnen. Fylkesmannen vil også vise stor tilbakeholdenhet med dispensasjon til LAR-pasienter som bruker et ikke-sentralstimulerende medikament for ADHD. Vilkårene for å få dispensasjon både for LAR og for ADHD (se pkt. 5.5) må være til stede, og det må gjøres en grundig individuell vurdering.

Relativt ofte kommer det spørsmål om dispensasjon for personer i LAR som bruker en liten dose sovemedisiner (gjærne benzodiazepiner). Fylkesmannen vil da ikke gi dispensasjon, i medhold av vilkårene i annet avsnitt punkt c), før det eventuelt blir dokumentert at denne bruken er opphørt. Det blir heller ikke gitt dispensasjon dersom det er mistanke om manglende etterlevelse av kontrollopplegget.

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

## 6.7 Meldeplikten ved LAR

Meldeplikten inntre ved inntak i LAR, hvis ikke misbruket allerede er meldt til fylkesmannen.

Dessuten er det viktig at behandlere i LAR har klart for seg den umiddelbart inntredende meldeplikten hvis en person i LAR har fått dispensasjon, og det framkommer at vedkommende i tillegg bruker berusende eller bedøvende medikamenter eller illegale rusmidler.

Når en førerkortinnehaver under LAR (som altså har fått dispensasjon) avbryter et LAR-opplegg, vil meldeplikten inntre hvis det er grunn til å anta, eller behandleren er sikker på, at vedkommende har startet opp eller er i ferd med å starte opp et rusmiddelmissbruk igjen.

## 6.8 Attest

Som regel vil det være behov for attest først når en person har vært i LAR i minst 6 måneder og så søker dispensasjon. Det som da i første rekke skal vurderes av fylkesmannen, er om det er dokumentert at vilkårene i a), b), c) og d) i pkt. 6.6 er oppfylt, og om det er dokumentert at tilbakefallsrisikoen er tilstrekkelig lav.

En attest må derfor inneholde relativt detaljerte opplysninger om det kontrollopplegget søkeren er i. Dette innebærer opplysninger om

- Hvilket legemiddel som brukes, med dosering, utlevering og inntaksform
- Hvilke personer og instanser som deltar i kontrollen og rehabiliteringsopplegget
- Hvordan søkeren følger opp avtalene

- Søkerens sosiale status og funksjon
- Søkerens helsemessige status, somatisk og psykisk
- Hvilke rutiner som foreligger for kontroll av at det ikke inntas andre berusende eller bedøvende midler
- De øvrige opplysningene som den konkrete saken gir grunnlag for å gi.

For at risikoen for tilbakefall skal kunne vurderes, er det dessuten vanligvis nødvendig å gi opplysninger om det rusmiddelmisbruket som i sin tid førte til etablering av legemiddelassistert rehabilitering. Legen eller psykologen må også gi en begrunnet klinisk vurdering av tilbakefallsrisikoen, og gjerne en vurdering av om vedkommende bør få dispensasjon.

## **6.9 Dispensasjonspraksis**

Se [IS-1348 pkt. 17.5](#).

## 7 Attestens punkt 3b: Bruk og misbruk av medikamenter

### 7.1 Forskriftens krav

Forskriftens krav for alle førerkortklasser (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."*

### 7.2 Når er forskriftens krav ikke oppfylt?

Når det gjelder medikamentmisbruk, eller medikamentbruk med et misbrukspreg, se kap. 6.

Også en rekke medikamenter som brukes på medisinsk indikasjon og i terapeutiske doser, kan ha innvirkning på kjøreevnen. Ved bruk av disse medikamentene, i relevante doser eller kombinasjoner slik at medikamentbruken "reduserer årvåkenhet eller kjøreevne" er derfor førerkortforskriftens helsekrav ikke oppfylt.

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. Det vil bli fastsatt liknende forbudsgrenser som for alkohol for en rekke stoffer og medikamenter.

Det er ikke alltid lett å vurdere hvilken innvirkning medikamenter har på kjøreevnen. Påvirkningsgraden er avhengig av vekt, alder, sykdom, kjønn, genetikk 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 måling av serumnivå noen ganger gi verdifull tilleggsinformasjon for å vurdere påvirkningsgraden og dermed mulig trafikkfare.

I pkt. 7.6 er det tatt inn en veiledende tabell der det gis en oversikt over hvilke døgndoser av ulike medikamenter som anses ikke å være forenlig med førerrett i de ulike klassene. Tabellen må leses med forsiktighet, og alltid i sammenheng med teksten i punktene nedenfor.

#### 7.2.1 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, målt kort tid 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.

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.

### **7.2.2 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. 7.6.

### **7.2.3 Narkotiske analgetika (opioider)**

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 for de lavere førerkortklassene. Ved høyere førerkortklasser (C1, C, D1,D, kjøreseddel og kompetansebevis) vil førerkortforskriftens helsekrav ikke være oppfylt ved bruk av opioider ved vanlige terapeutiske doser (tilsvarende 120-150 mg kodein).

Ved oppstart av behandling med opioider og ved hver doseøkning vil førerretten 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. 6.

Opiater brukt i rushensikt eller med et misbrukspreg kontraindiserer bilkjøring.

#### **7.2.4 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 indiserer legemiddelet.

##### *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.

Mirtazapin og mianserin er antidepressiva som vanligvis gis om kvelden pga. en viss sederende effekt. Bruk av slike medikamenter, særlig i kombinasjon med andre medikamenter, kan påvirke kjøreevnen. Vi har ikke funnet grunnlag for å gi veiledende dosegrenser for disse.

#### **7.2.5 Antipsykotika**

Når det har forekommet en eller flere psykotiske episoder som har svekket kjøreevnen, og det brukes antipsykotisk medikament for å forebygge slike episoder er ikke førerkortforskriftens helsekrav oppfylt, se pkt. 5.2.1.

Antipsykotisk medikasjon kan i seg selv føre til at den medikamentelle behandlingen gjør bilkjøring risikofyllt, særlig pga. sedasjon og uønskede motoriske virkninger. 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. 7.6 er de vanlig brukte antipsykotiske medikamentene med høyest 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.

Antipsykotika kan ha mange og til dels ubehagelig og alvorlige bivirkninger. Det er bare bivirkninger som har betydning for kjøreevnen og dermed trafikksikkerheten, som er relevante i forbindelse med vurdering av om helsekravene er oppfylt eller om det skal gis dispensasjon. Det som vanligvis har størst betydning i denne sammenhengen, er sedasjon, mens noen av de motoriske bivirkningene også kan ha betydning for evnen til å føre motorvogn. Eldre nevrolopetika har generelt noe større innvirkning på kjøreevnen enn moderne (atypiske) nevroleptika.

Kombinasjon med andre legemidler kan være risikofyllt. Slik risiko kan være

vanskelig å forutsi. Som eksempel kan nevnes at i kombinasjon med en rekke hjerte/kar-midler kan det oppstå risiko for hypotensjon og hjertearytmier.

### **7.2.6 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 risikofyllt. Alimemazin og prometazin har sterk sederende effekt og er derfor tatt med i den veiledende tabellen i pkt. 7.6. Hvis disse brukes på dagtid, skal bilkjøring ikke skje.

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

### **7.2.7 Antiepileptika**

Disse kan ha uttalte sedative og uheldige psykomotoriske effekter. Etter tilvenning til fast dose av ett medikament, som gir serumkonsentrasjon i terapeutisk område og adekvat anfallskontroll, vil bilkjøring ofte ikke være kontraindisert. Kombinasjoner vil ofte gi mer sedasjon enn monoterapi gir.

Spesialisten bør vurdere om medikasjonen påvirker kjøreevnen når det gis spesialistattest for førerkortformål,

### **7.2.8 Anabole steroider**

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

### **7.2.9 Sentralstimulerende midler**

Se pkt. 5.5 for vurdering ved hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD). I utgangspunktet vil all annen bruk av sentralstimulerende midler kontraindisere bilkjøring. Hvis slike midler brukes ved annen lidelse, for eksempel katalepsi, må det være godtgjort at bruken av midlene i seg selv ikke medfører noen økt trafiksikkerhetsrisiko.

## **7.3 Når inntreer meldeplikten?**

Meldeplikten inntreer når det framgår av de ovenstående punktene (og av den veiledende tabellen i pkt. 7.6) at førerkortforskriftens helsekrav ikke er oppfylt på grunnlag av medikamentbruken, og denne er varig (over 6 måneder). Ved tvil kontaktes fylkesmannen.

Relativt ofte vil det forskrives medikamenter som reduserer årvåkenhet og kjøreevne og som derfor er uforenlige med bilkjøring, men som brukes over kort tid. Dette samt doseendringer som for en tid ikke er forenlige med bilkjøring, utløser ikke meldeplikt til fylkesmannen. Men legen har plikt til å informere pasienten om at kjøring ikke er tillatt så lenge medikamentpåvirkningen er uakseptabel for kjøring, jf helsepersonelloven § 34 og forskrift om helsekrav til bilførere av 13. juli 1984 § 2. . Førerkortinnehaveren har en selvstendig plikt til å avstå fra kjøring i medhold av vegtrafikkloven § 21, jf førerkortforskriften Vedlegg 1 § 1 første ledd.

#### **7.4 Attest**

Hvis en person bruker medikamenter som medfører at førerkortforskriftens helsekrav ikke er oppfylt, og søker dispensasjon, vil det være nødvendig med en attest fra behandlende lege(r). En slik attest må inneholde

- Detaljerte opplysninger om medikamentbruken, både om eventuelle variasjoner, døgndose, fordeling gjennom døgnet osv.
- Indikasjonen for medikamentbruken.
- Eventuelle kontrolltiltak
- Eventuelle planer om endring av medikamentene
- Eventuelle resultater av serumkonsentrasjoner av medikamentene
- Andre relevante opplysninger

Det vil dessuten alltid være behov for en vurdering av påvirkningsgraden. Dette kan være vanskelig, men en klinisk vurdering av en lege som kjenner pasienten, vil være bedre enn ingen vurdering. Noen ganger kan psykologiske tester være til hjelp, og iblant kan en praktisk kjørevurdering bidra til en vurdering av påvirkningsgraden. Legen kan da anmode fylkesmannen om å rekvirere en slik kjørevurdering, se pkt. 2.5.

#### **7.5 Dispensasjonspraksis**

Se [IS-1348 pkt. 16.3](#).

## 7.6 Veiledende medikamenttabell

Dette er en oversikt over hvilke døgn-doser 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. 7.2.1 – 7.2.9. 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. Vanligvis må veiledende doser da reduseres med 50%.

Medikament-grupper	Evt. under-gruppe	Medikament	Oppfyller vanligvis helse-kravene	Dispensasjon bør vanligvis gis for lavere klasser	Dispensasjon kan gis for lavere klasser	Dispensasjon skal vanligvis ikke gis for noe klasser
				Dispensasjon kan gis for høyere klasser	Dispensasjon for høyere klasser skal vanligvis ikke gis	
<b>Benzo-diazepiner</b> <u>Se pkt. 7.2.1</u>		Diazepam	≤ 10 mg	10-15 mg	15-25 mg	> 25 mg
		Oksazepam	≤ 30 mg	30-50 mg	50-65 mg	> 65 mg
		Alprazolam	≤ 0,5 mg	0,5–1 mg	1-1,5 mg	> 1,5 mg
		Klonazepam	≤ 1 mg	1,-1,5 mg	1,5-2 mg	> 2 mg
<b>Anxiolytika</b> <u>Se pkt. 7.2.2</u>		Hydroksyzin	≤ 10 mg	10-15 mg	15-30 mg	> 30 mg
<b>Hypnotika og sedativa</b> <u>Se pkt. 7.2.1</u>	Benzodiazepin-derivater	Nitrazepam	≤ 7,5 mg	7,5-10 mg	10-15 mg	> 15 mg
		Flunitrazepam	≤ 1 mg	1-1,5 mg	1,5-2 mg	> 2 mg
	Benzodiazepin-lignende	Zopiklon	≤ 7,5 mg	7,5-10 mg	10-15 mg	> 15 mg
		Zolpidem	≤ 10 mg	10-15 mg	15-20 mg	> 20 mg
<b>Opioider</b> <u>Se pkt. 7.2.3</u>		Alle	Se tekst <b>pkt. 7.2.3</b>			
<b>Antidepressiva</b> <u>Se pkt. 7.2.4</u>	Trisykliske antidepressiva	Alle registrerte	≤ 50 mg	50-100 mg	100-200 mg	> 200 mg
<b>Anti-psykotika</b> <u>Se pkt 7.2.5</u>		Levomepromazin	≤ 100 mg	100-200 mg	200-400 mg	> 400 mg
		Klorprotixen	≤ 50 mg	50-100 mg	100-200 mg	> 200 mg
		Olanzapin	≤ 20 mg	20-30 mg	30-50 mg	> 50 mg
		Quetiapin	≤ 200 mg	200-400 mg	400-800 mg	> 800 mg
		Risperidon	≤ 2 mg	2-4 mg	4-6 mg	> 6 mg
<b>Anti-histaminer</b> <u>Se pkt. 7.2.6</u>		Alimemazin	≤ 10 mg	10-15 mg	15-20 mg	> 20 mg
		Prometazin	≤ 25 mg	25-50 mg	50-75 mg	> 75 mg
<b>Anti-epileptika</b> <u>Se pkt. 7.2.7</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
		Gabapentin	≤ 500 mg	500 -1200 mg	1200 – 1800 mg	> 1800 mg
		Pregabalin	≤ 100 mg	100 – 200 mg	200 – 300 mg	> 300 mg



## 8 Attestens pkt. 4: Diabetes mellitus

### 8.1 Forskriftens krav

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

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

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

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

- a) det ikke ha vært alvorlig hypoglykemi (lavt blodsukker) de siste 12 måneder*
- b) føreren være fullt oppmerksom på utviklingen av hypoglykemi*
- c) føreren regelmessig kontrollere blodsukkeret minst 2 ganger daglig i forbindelse med kjøring*
- d) føreren kunne redegjøre for farene ved hypoglykemi*
- e) det ikke være tegn på alvorlige komplikasjoner til sykdommen.*

*Førerkortet kan ikke gis lenger gyldighetstid enn 3 år."*

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

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

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

Kravene i gruppe 3 er som tidligere bortsett fra gyldighetstiden.

### 8.2 Hva omfattes av forskriftens krav?

#### Gruppe 1.

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

*"Andre sykdomstilstander"* vil først og fremst være senkomplikasjoner til diabetes som gjør at helsekravene ikke er oppfylt.

### Gruppe 2 (C1 og C).

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

### Gruppe 3.

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

## **8.3 Krav om legeattest for alle klasser**

For alle førerkortklasser kreves attest (NA-0202) og tilleggsattest (NA-0202b) fra vedkommendes faste lege eller spesialist i indremedisin, dersom søkeren har diabetes og bruker blodsukkersenkende medikamenter. Veiledning til utfylling av NA-0202b finnes på baksiden av blanketten. NA-0202 skal utfylles i tillegg og legens samlede konklusjon gis på side 4.

## **8.4 Type-1 diabetes vs. type-2 diabetes**

Diabetes deles (noe forenklet) i type 1 og 2. Type 1 skyldes en autoimmun destruksjon av betacellene i bukspyttkjertelen, med sviktende insulinproduksjon. Den behandles med insulin. Type 2 skyldes ofte en kombinasjon av insulinresistens (nedsatt insulineffekt) og en relativ eller absolutt insulinmangel. Denne typen oppstår oftest hos noe eldre personer, men kan også oppstå hos unge. Behandlingen er i første rekke livsstilsendring (fysisk aktivitet, vektnedgang, kostrestriksjoner), og/eller tabletter (perorale antidiabetika), eventuelt i kombinasjon med insulin eller GLP-1 analoger, sjeldnere insulin alene. Risikoen knyttet til sykdom og behandling er ulik for type 1 og 2. Tabletter, GLP-1 analoger og insulin er sidestilt i forskriften fordi hypoglykemi også kan utløses ved tablettbehandling, fordi overgang til insulin må påregnes, og fordi man ikke ønsker at førerkortforskriftens krav skal påvirke valg av behandling.

## **8.5 Hypoglykemi**

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

Konsekvensene av hypoglykemi kan bli særlig alvorlige i tungt kjøretøy, ved personbefordring eller utrykningskjøring. Yrkessjåførvirksomhet kan føre til uregelmessig livsførsel og måltider, slik at risikoen øker. Dette er bakgrunnen for kravet om måling av blodsukkeret i forbindelse med kjøring av bil i gruppe 2.

På lengre sikt kan diabetes også medføre senkomplikasjoner som øyesykdom, nevropati, koronarsykdom og cerebrovaskulær sykdom som kan påvirke kjøreevnen eller risikoen ved kjøring, jf. NA-0202 pkt. 6, 7, 9 og 10.

Hvis det er hyppige hypoglykemier, eller hypoglykemi som pasienten ikke oppdager i tide, kan sykdommen omfattes av bestemmelsene om anfallssykdom, jf. pkt. 4.1. Meldeplikten inntreffer, spesielt hvis hypoglykemi har forårsaket et kjørehell. Fylkesmannen kan gi dispensasjon når det er godtgjort at endret behandling eller kontrollopplegg har eliminert risikoen for nye episoder. Legen bør redegjøre for og begrunne dette.

## **8.6 Dispensasjoner**

### **8.6.1 Krav ved gruppe 1.**

Velregulert diabetes hindrer vanligvis ikke at førerkortforskriftens helsekrav anses oppfylt for gruppe 1. Alvorlige hypoglykemier eller hypoglykemier som har medført fare i trafikken skal meldes til fylkesmannen og krever dispensasjon for å ha førerrett. Det samme vil ofte gjelde senkomplikasjoner, se pkt. 8.4. Tilstanden må revurderes, senest etter 5 år, tidligere hvis sykdommen er under mindre tilfredsstillende kontroll, eller hvis det er komplikasjoner under utvikling.

I attestens vilkårsdel bør det krysses av for at søkeren forplikter seg til

- å følge de råd, de kontroller og den medikasjon behandlende lege mener er nødvendig
- å alltid ha med sukker under kjøring

Merk at maksimal gyldighet nå er 5 år. Nyoppdaget diabetes skal derfor meldes trafikkstasjonen for påføring av gyldighet på førerkortet.

### **8.6.2 Krav ved gruppe 2**

Den store endringen fra 1. august 2011 gjelder gruppe 2 (C-klassene). Når de fem vilkårene i § 3 nr. 5 er oppfylt, fyller vedkommende helsekravene og trenger ikke søke dispensasjon. Hvis ett eller flere av kravene ikke er oppfylt, skal spørsmålet om dispensasjon vurderes etter de samme retningslinjene som gjelder for dispensasjon i gruppe 3, se nedenfor. For klasse C1 til privat bruk (ikke yrkeskjøring) kan praksis være liberal, mens den for C og yrkeskjøring i utgangspunktet må være som for klasse D. Alvorlige senkomplikasjoner vurderes ut fra den aktuelle lidelsen, se 8.4.

### **8.6.3 Krav ved gruppe 3 (kl. D1, D, kjøreseddel, kompetansebevis for utrykningskjøring m.v.)**

Dispensasjonspraksis skal være streng, spesielt ved type-1 diabetes. Ved type 2 vil det avhenge av om vedkommende bruker insulin eller ikke.

Det er gitt detaljerte bestemmelser for fylkesmennes behandling av søknader om dispensasjon for førerkort i gruppe 3 og vi viser til [IS-1348, kap. 22](#).

### **8.7 Vilkår ved dispensasjon (type-1 diabetes og type-2 diabetes)**

Sikker kjøring forutsetter at sykdommen er under tilfredsstillende kontroll, at blodsukkeret ikke er for lavt, og at lavt blodsukker umiddelbart kan korrigeres. Eventuell dispensasjon for kl. D1, D og kjøreseddel m.v. – og når dispensasjon er nødvendig for kl. C1 og C - blir derfor gitt under forutsetning av at søkeren:

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

## 9 Attestens pkt. 5: Andre tilstander som kan gjøre føreren uskikket

### 9.1 Forskriftens krav og omfang

Forskriftens helsekrav kan ikke gjøres så detaljerte at de dekker enhver tilstand som kan være farlig i trafikken. Følgende samlepunkt er derfor tatt med, og gjelder 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.*

Om en tilstand omfattes av dette, må langt på vei bygge på medisinsk skjønn. Avgjørende må være om tilstanden kan medføre en risiko i trafikken som kan sammenliknes med risikoen ved de i førerkortforskriften spesifiserte tilstander. Ved tvil kan fylkesmannen rådspørres. Vurderingen må være mest forsiktig ved førerkort gruppe 2 eller 3 eller kjøreseddel. Nedenfor er angitt regler og retningslinjer for vurdering av noen tilstander som kan komme inn under denne bestemmelsen. Også andre tilstander kan omfattes.

### 9.2 TIA – forbigående cerebrovaskulære symptomer/funn

Tema er residivfare, dvs. risiko for at nye episoder kan gi akutt nedsatt kjøreevne. TIA gir sjelden synkopeliknende bevissthetstap. Men det kan gi akutte symptomer som kan være farlige om de plutselig oppstår under kjøring. Etter ett eller flere TIA vil ca. 10% få en ny cerebrovaskulær hendelse i løpet av de første tre månedene. Risikoen er størst de første ukene. Etter tre måneders residivfrihet er årlig risiko ca. 5%. Etter ett eller flere TIA avhenger prognosen av utredning og igangsatt behandling. De første to til fire uker etter TIA bør man ikke kjøre bil, og forskriftens krav anses ikke oppfylt i denne perioden (§ 2 nr. 6 "andre tilstander"). Dersom det ikke kommer flere episoder i løpet av to til fire uker fra behandling er igangsatt, og man ikke finner underliggende årsaker som taler for høy residivrisiko, kan man som regel igjen anse forskriftens krav for oppfylt, for lavere klasser. Dersom det ikke settes inn nødvendig behandling, f.eks. fordi pasienten ikke medvirker, eller utredningen etter spesialistens vurdering taler for høy risiko, vil forskriftens krav fortsette å ikke være oppfylt. Likeledes dersom det kommer nye cerebrovaskulære episoder, tross de risikoreduserende tiltakene. Det må da som regel sendes melding. Fylkesmannen vil gi dispensasjon for gruppe 1 når behandlende lege begrunner at risikoen for nye TIA cerebrovaskulære hendelser er liten.

For førerkort i gruppe 2 og 3 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/behøvelig 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 vil fylkesmannen vurdere å dispensasjon etter en lengre observasjonstid, f.eks. 6-12 mnd., dersom behandlende spesialist etter en grundig vurdering, klart anbefaler dette.

### 9.3 "Hjerneslag"/cerebrovaskulær sykdom med følgetilstander

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

Hjerneslag (hjerneblødning eller hjerneinfarkt) kan gi følgetilstander som tilsier at helsekravene ikke er oppfylt, bl.a. førlighet, synsfelt (homonyme utfall) og nedsatt kognitiv funksjon. Spesielt medfører halvsidig uoppmerksomhet (neglekt) en uakseptabel trafikkrisiko. Neglekt kan være vanskelig å påvise og krever grundig spesialistvurdering. Ved neglekt er forskriftens helsekrav ikke oppfylt. Ved kognitiv reduksjon kan nevropsykologisk vurdering være aktuelt. Ved komplekse tilstander kan spesialavdelinger/rehabiliteringsavdelinger foreta en helhetsvurdering av kjøreskikketheten. 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. 10.

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. 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, inntreer skriftlig meldeplikt. Melding skal da sendes når antakelsen foreligger, og ikke utsettes til etter endelig vurdering. Se også pkt. 9 om TIA angående observasjonstid med tanke på residivrisiko.

### 9.4 Nedsatt mørkeadaptasjonsevne

Det kreves attest fra øyeavdeling. Vesentlig nedsatt mørkeadaptasjonsevne kan være farlig i trafikken, bl.a. på grunn av mange og ikke alltid godt opplyste tunneler. Førerkortforskriftens helsekrav kan dermed ikke anses oppfylt ved vesentlig nedsatt mørkeadaptasjonsevne. Store deler av året vil lysforholdene være vanskelige både morgen og ettermiddag, særlig i de nordlige deler av landet. Veinettet har mange tunneler. Av disse grunner, og av kontrollhensyn, har Vegdirektoratet stilt seg avvisende til å gi førerkort begrenset til kjøring i dagslys.

## 9.5 Generell helsesvekkelse pga. alder og/eller sykdom

Se også pkt. 5.4 om demens. Mental og/eller fysisk svekkelse kan medføre trafiksikkerhetsrisiko. Vurdering av skikkethet som fører kan i slike tilfelle være meget vanskelig. En praktisk kjøreprøve ved trafikkstasjonen kan være til hjelp, jf. [pkt. 2.5](#). Dersom tilstanden antas å være progressiv, bør eventuelt førerkort ha kort gyldighet. Politiet har forøvrig rett til (vegtrafikkloven § 34) å tilbakekalle førerrett når det er skjellig grunn til å tro at førerkortinnehaverens kunnskaper eller kjøreferdighet ikke er tilfredsstillende. Tilbakekall av førerrett ved generell svekkelse av fysisk eller psykisk helse må derfor ikke nødvendigvis bygge på medisinske vurderinger. Pårørende eller andre som bekymrer seg for kjøreferdigheten, må kunne gjøre politiet oppmerksom på forholdet, uten nødvendigvis å involvere lege.

## 9.6 Respirasjonssvikt

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 for noen førerkortklasse. Det skal derfor sendes melding til fylkesmannen.

Dersom oksygentilførsel holder  $pO_2$  høyere enn 8 kPa og det ikke er klinisk påvirkning av evt. hypercapni (høy  $pCO_2$ ), kan fylkesmannen gi dispensasjon for førerkort i gruppe 1 på vilkår av at det benyttes oksygen under kjøring, forutsatt at behandlende spesialist anbefaler dette. Legen kan anbefale slik dispensasjon samtidig med at det sendes melding. Personer med respirasjonssvikt kan få ganske brått innsettende forverrelser av oksygentensjon og  $CO_2$ -nivå, f.eks. under fysiske eller psykiske belastninger. Det kan derfor ikke påregnes dispensasjon for gruppe 2 og 3.

## 9.7 Koronarsykdom, klaffefeil, hjertearytmier, pacemaker

Visse hjertesykdommer kan omfattes av "andre tilstander". Se Hjertesykdommer (kap. 11)

## 9.8 Implantert cardioverter/defibrillator (ICD)

Kravene vil vanligvis være oppfylt for primærprofylaktisk ICD og gruppe 1. For øvrig er ikke helsekravene oppfylt. Se pkt. 11.7.

## 9.9 Maligne arytmier

Malign arytmi kan omfattes, dersom den medfører høy risiko for bevissthetsforstyrrelser under kjøring. Se pkt. 11.6 og 11.6.3.

## 9.10 Dårlig regulert diabetes

Medikamentelt behandlet diabetes er som regel ikke til hinder for at forskriftens krav

til førerkort i gruppe 1 er oppfylt. Ved dårlig regulering, med svingende og uforutsigbart blodsukker, må man i visse tilfelle likevel anse forskriftens krav for ikke oppfylt for gruppe 1. Se kap.8. Hypoglykemiske anfall kan evt. omfattes av "anfallsbestemmelsene" (pkt. 4.1).

På visse vilkår er også kravene oppfylt for gruppe 2, mens de ikke er oppfylt for gruppe 3.



## 10 Attestens pkt 6: Førlichetssvekkelse

### 10.1 Forskriftens krav

For kl. A, B, M, S og T (gruppe 1) gjelder (vedleggets § 2 nr. 7):

- "a) Førlicheten må være tilstrekkelig for sikker manøvrering av motorvognen.*
- b) Når førlichetsreduksjon antas å være stasjonær, avgjør regionvegkontoret ved eventuell praktisk prøve om manøvreringsevnen er betryggende, eventuelt med ekstrautstyr på kjøretøyet."*

For kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel (gruppe 2 og 3) gjelder (vedleggets § 3 nr. 7 jf. § 4) følgende tilleggskrav: *"Med hensyn til førlichkeit kreves det normal kraft og koordinasjon i begge ben og armer, og naturlig grep i begge hender."*

### 10.2 Legeattest i førlichkeitssaker

Helseattesten skal redegjøre for førlichetsreduksjonen, dens årsak og prognose, og spesielt om den kan anses stasjonær, evt. hvilken progresjonshastighet som kan forventes. Attest fra spesialist i nevrologi eller fysikalsk medisin kan være nødvendig. Da personer med førlichetsproblemer ikke sjelden har andre helseproblemer (f.eks. anfallslidelse, nedsatt syn, medikamentbruk), skal det alltid foreligge NA-0202. Den praktiske kjøreevnen, evt. med spesialutstyr, vurderes av trafikkstasjonen.

For gruppe 2 og 3 kreves som nevnt normal kraft og koordinasjon i ben og armer.

Myndighet til å dispensere fra forskriftens bestemmelser om førlichkeit har:

- Fylkesmannen når førlichetsreduksjonen ikke er stasjonær (trafikkstasjonen må i alle tilfelle vurdere om evnen til å håndtere motorkjøretøyet er akseptabel).
- Regionvegkontoret når førlichetsreduksjonen er stasjonær.

## 11 Attestens pkt. 7: Hjertesykdom

### 11.1 Forskriftens krav og omfang – gruppe 1

For førerkort i gruppe 1 er det ikke spesielle krav angående hjertesykdom. Hjertesykdom kan imidlertid komme inn under betegnelsen "andre sykdomstilstander" i vedleggets § 2 nr. 6. Eksempler kan være hovedstammestenoze (frem til vellykket intervensjon), angina i hvile eller ved lett psykisk belastning og aortastenoze med synkope. Ofte vil disse tilstandene ha varighet kortere enn 6 mnd., pga. økt medikamentell behandling eller intervensjon. Melding til fylkesmannen for formell førerkortinndragelse vil da ikke være nødvendig, spesielt hvis pasienten har forståelse for det midlertidige kjøreforbudet. Meldeplikten inntreer når helsetilstanden antas å ikke være kortvarig, dvs. > 6 mnd. Hvis hjertesykdommen har gitt bevissthetsforstyrrelser, anvendes bestemmelsene om dette, jf. kap. 4. Andre hjertesykdommer som omfattes av "andre tilstander" er pasienter som har fått ICD (se pkt. 11.7 nedenfor) eller som er anbefalt ICD på grunn av høy risiko for alvorlig rytmeforstyrrelse, men som har takket nei.

### 11.2 Forskriftens krav og omfang – gruppe 2 og 3

*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 har koronarsykdom, og omfattes. Begrepet "symptomgivende hjertesykdom" er nærmere spesifisert i de enkelte punkter nedenfor, og omfatter bl.a. visse klaffefeil.

### 11.3 Attest ved hjertesykdom

Attest fra søkers faste lege er som regel tilstrekkelig ved gruppe 1 ved angina pectoris, gjennomgått koronaroperasjon/PCI eller hjerteinfarkt, med mindre opplysningene tilsier at sykdommen kan være en så alvorlig fare for trafikksikkerheten at den anses å omfattes av "andre sykdomstilstander", jf. kap. 9. Fylkesmannen kan likevel be om spesialistattest. For øvrige førerkortklasser (gruppe 2 og 3) skal det foreligge attest fra spesialist i indremedisin/ 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 de relevante avsnitt nedenfor, for 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.

## 11.4 Koronarsykdom: Angina pectoris og gjennomgått hjerteinfarkt

### Gruppe 1:

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

### Gruppe 2 og 3:

Forskriftens krav er ikke oppfylt. Pasienten kan ikke inneha førerkort i noen av disse klassene uten at fylkesmannen har gitt dispensasjon. Risikoen for plutselig illebefinnende er avgjørende for fylkesmannens vurdering av om dispensasjon kan gis. Denne avhenger av om det er symptomer på hjertesvikt eller 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 ventrikkels funksjon. Det legges også vekt på risikofaktorer som diabetes, røyking, hyperkolesterolemi, fysisk inaktivitet og overvekt, men dette har først og fremst betydning for risikoen for progresjon. Kravene til dokumentasjon og fylkesmannens retningslinjer gjenspeiler disse prinsippene.

#### 11.4.1 Når kan undersøkelser med tanke på dispensasjon foretas?

Etter vellykket revaskularisering (bypassoperasjon, PCI) skal undersøkelsene som danner grunnlaget for dispensasjonsvurderingen, være utført tidligst seks uker etter inngrepet, dersom ikke behandlende spesialist mener man av kliniske årsaker bør vente til lengre ute i rekonvalesensfasen, f.eks. etter ACB. Dette er i tråd med anbefalinger fra European Society of Cardiology 2004. Tilsvarende gjelder etter invasiv utredning (angiografi) som ikke har ført til revaskularisering. Når det ikke er foretatt invasiv utredning eller revaskularisering, gjelder fortsatt ett års observasjonstid, som tegn på stabil tilstand. Undersøkelsene skal da være foretatt ett år etter siste kliniske hendelse (nyoppstått angina, infarkt, forverret svikt osv.).

#### 11.4.2 Opplysninger spesialistattesten skal inneholde:

- A. Sykdommens forløp, manifestasjoner, stabilitet.
- B. Symptomer på hjertesvikt, iskemi eller arytmi. Angi gjerne funksjonsklasse.
- C. Generelle prognostiske faktorer (røyking, lipidstatus, overvekt, mosjon, diabetes, sekundærprofylaktisk medikasjon).
- D. Arbeids-EKG med trinnvis økende belastning etter vanlige protokoller. Belastningsnivå i % av forventet etter alder, kjønn, høyde og vekt skal angis, samt avbruddsårsak, EKG-funn og eventuelle symptomer/komplikasjoner.
- E. Venstre ventrikkelfunksjon, helst ved ekko (Simpson), evt. radionuklidventrikulografi eller røntgen ventrikulografi. Ejeksjonsfraksjon (EF) skal angis i prosent. Infarktsekvele, dvs. regionale veggbevegelsesforandringer og evt. aneurysme, klaffefeil av betydning, osv. skal fremgå.
- F. 24-timers EKG eller tilsvarende, med tolkning av funnene.
- G. Redegjørelse for koronarsykdommens alvorlighetsgrad angiografisk og hvor fullstendig pasienten er revaskularisert (dersom det er gjort invasiv utredning/revaskularisering).

Det er viktig at spesialisten gir en vurdering av prognosen, spesielt med tanke på

risikoen for illebefinnende. Risikoen for progresjon bør også vurderes, da den er viktig for å avgjøre hvor lang varighet dispensasjonen kan gis. Dersom attesten gis fra sykehuspoliklinikk av ikke-spesialist, bør spesialist kontrasignere. Attesten kan ha meget stor betydning for søkeren. Korrekt, utfyllende attest kan sikre rask og riktig avgjørelse hos fylkesmannen. Innhenting av supplerende opplysninger er tidkrevende.

### 11.5 Klaffefeil – klaffeopererte

Personer med hjerteklaffesykdom som har gitt symptomer, og personer som er operert med mekanisk klaffeprotese, anses å ha symptomgivende hjertesykdom, og omfattes av forskriftens krav til gruppe 2 og 3. 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 for gruppe 1 bare dersom det har vært symptomer/funn som omfattes av andre punkter i forskriften, spesielt bevissthetsforstyrrelser.

Når en person med mekanisk klaffeprotese søker dispensasjon, legger fylkesmannen vekt på følgende: Arytmitendens, hjertesviktendens, ventrikkelfunksjon og gjennomføring av antikoagulasjon (stabil INR? Compliance?). Attesten må redegjøre for dette.

Fylkesmannens dispensasjonspraksis fremgår av [IS-1348](#) pkt. 23.5.

### 11.6 Arytmier

Bestemmelsene om anfallssykdom gjelder også for hjertearytmier som påvirker bevisstheten. Malign arytmie kan dessuten omfattes av vedleggets § 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. Attesten må derfor redegjøre for dette. Fylkesmannen kan gi dispensasjon fra bestemmelsene om anfallsfri periode når årsaken er kjent og behandlingen ansett som effektiv. For persontransport krever fylkesmannen særlig gode holdepunkter for lav risiko.

Dersom arytmien kun forekommer anfallsvis og mistenkes som årsak til synkope, kan følgende undersøkelsesmetoder være aktuelle:

- 24-timers EKG/Holter, evt. lengre registrering ("R-test" eller implantert loop-recorder). Ved sjeldent opptredende arytmier kan slike undersøkelser gjentas flere ganger med negativt resultat. Negativ rytmeregistrering utelukker altså ikke f.eks. intermitterende ledningsforstyrrelse som årsak til synkope. I bevissthetstapsutredning er døgnregistrering som regel bare indisert om det er minst ukentlige symptomer. Redegjør for funn, samsvar med symptomer og registreringenes omfang.
- Minnet i pacemaker eller ICD kan ofte gi vesentlig informasjon om forekomst av arytmie, og bør refereres i attesten.
- Tilgrunnliggende hjertesykdom er viktig både for å vurdere typen av arytmie, residivrisiko og faren for videreutvikling til mer malign arytmie.

Dersom arytmi med bevissthetspåvirkning er vellykket ablasjonsbehandlet, kan fylkesmannen gi dispensasjon fra bestemmelsene om anfall når spesialisten attesterer at behandlingen har eliminert residivrisikoen. For gruppe 2 og 3 og kjøreseddel skal det være minst tre måneders observasjonstid. Deretter bør spesialisten utføre de undersøkelser som anses nødvendige for å vurdere behandlingsresultat/residivfare, og redegjøre for dette i sin attest.

### **11.6.1 Atrieflimmer (AF)**

Årsaken er viktig for prognosen og eventuell risiko i trafikken. Ubehandlet AF kan gi embolier til hjernen. Meget rask AF kan gi akutt illebefinnende (nærsynkope/synkope) og noen pasienter har pauser med synkope i omslag mellom AF og SR. Bare dersom AF har gitt symptomer som kan være farlige i trafikken, omfattes den av forskriftens krav for gruppe 1 (§ 2 nr. 6 "andre tilstander"). Dersom AF ikke har gitt symptomer som kan være farlige i trafikken, og adekvat utredning ikke har vist tilgrunnliggende hjertesykdom som strider mot kravene, vil også helsekravene for gruppe 2 og 3 være oppfylt. Det er altså symptomene og underliggende årsak som avgjør de førerkortmessige konsekvensene av AF.

### **11.6.2 Pacemaker**

Behandling med pacemaker omfattes av forskriftens krav til gruppe 1 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 gruppe 2 og 3, 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. Fylkesmannen kan gi dispensasjon for gruppe 2 og 3 når pacemaker er kontrollert og funnet helt velfungerende etter implantasjonen, og behandlende spesialist mener pacemakeren har eliminert risikoen for bevissthetstap. Dersom det ikke er sendt melding om anfall tidligere, og en pasient vellykket får pacemaker etter synkope pga. f.eks. AV-blokk eller annen bradyarytmi, kan melding angående lavere førerkortklasser unnlates. For høyere førerkortklasser skal det sendes melding, men samtidig bør legen evt. informere om at tilstanden anses betryggende behandlet med pacemaker, slik at dispensasjon straks anbefales. Da unngår pasienten avbrudd i føreretten.

### **11.6.3 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.

- 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 gruppe 1, men ikke gruppe 2 og 3.

## 11.7 Implantert cardioverter/defibrillator – ICD

Personer med ICD har en relativt høy risiko for akutt illebefinnende pga. alvorlig arytmi. Det er derfor de har ICD. Etter europeiske retningslinjer tillates ikke førerkort gruppe 2 eller 3 for pasienter med ICD. Helsedirektoratet praktiserer dette konsekvent.

En person med ICD omfattes av:

- forskriftens bestemmelser om anfall hvis det var arytmi med bevissthetspåvirkning (alle klasser),
- vedleggets § 3 nr. 6 om hjertesykdom (gruppe 2 og 3)
- vedleggets § 2 nr. 6 "andre tilstander" dersom det dreier seg om sekundærprofylaktisk ICD eller det er spesielt høy arytmirisiko.

Det skal sendes melding til fylkesmannen om pasient som får sekundærprofylaktisk ICD og uansett dersom pasienten har førerkort i gruppe 2 eller 3. Melding bør sendes ved implantasjon, og senest ved utskrivelse.

Ulike grupper ICD-pasienter har ulik risiko for akutt illebefinnende. Dispensasjonspraksis er forsøkt differensiert på grunnlag av dette. En liberal, differensiert førerkortlinje for ICD-pasienter forutsetter at spesialisten gjør en nøktern vurdering av arytmisituasjonen og risikoen for terapikrevende arytmier. Tabellen nedenfor angir minste observasjonstider før bilkjøring (gruppe 1), i de tilfelle der spesialisten mener risikoen er lav. Lengre observasjonstid kan være nødvendig. Pasienten har ingen "rett" på førerrett etter de nevnte observasjonstidene.

Hendelse	Observasjonstid før kjøring/disp.	Legens skriftlige meldeplikt etter helsepersonellovens § 34	Fylkesmannens respons
Implantasjon av <u>primærprofylaktisk ICD</u> , jf. ovenfor (dvs. <u>uten</u> synkope eller hemodynamisk betydningsfull VT)	Helsekravene er oppfylt, med mindre spesielle forhold tilsier høyere risiko. Kjøring kan gjenopptas <u>når spesialisten anbefaler det</u> , f.eks. etter fire uker, som anbefalt av EHRA.	Skal <u>som regel</u> ikke meldes.* Dersom pasienten har førerkort kl. C1 eller høyere, skal melding sendes for disse klassene.	Gir melding til politiet om inndragning av <u>høyere</u> klasser og kjøreseddel mv.
Implantasjon av <u>sekundærprofylaktisk ICD</u> (dvs. i alle 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 <u>tidligst</u> etter 3 mnd.	Sender 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	Som regel ikke*	

	mener det er lav risiko. Ved økende arytmiforekomst eller når spesialisten mener det er økt risiko, kan det være nødvendig å fraråde kjøring til risikoen igjen er ansett lav.	Melding kan likevel være nødvendig i visse tilfelle, jf. nedenfor*	
Berettiget DC-støt <u>uten</u> bevissthetspåvirkning	Tre mnd., <u>dersom</u> <u>spesialisten</u> mener det er <u>forsvarlig</u>	Nei. Muntlig advarsel til pasienten* Melding kan likevel være nødvendig i visse tilfelle, jf. nedenfor*	
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. Evt. muntlig advarsel*	
Bytte av ICD (generatorbytte), bytte eller revisjon av ledninger	Til spesialisten mener det er forsvarlig å kjøre. Som regel er ingen observasjonstid nødvendig	Som regel ikke. Evt. 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.

\* Dersom spesialisten ikke føler seg sikker på at pasienten vil følge råd om å avstå fra kjøring, eller at arytmisituasjonen ikke kan antas å stabiliseres, skal det likevel sendes melding.. De korte minstetidene før gjenopptakelse av bilkjøring forutsetter at spesialisten har gitt sin anbefaling av at det er forsvarlig hos den enkelte pasient. Litteraturen som ligger til grunn for anbefalingene, bygger på at høyrisikopasientene

ikke har kjørt. Dersom spesialisten ikke antar at risikoen for nye støt vil være lav etter tre måneder, men kan tenkes å vare i seks måneder, eller dersom pasientene ikke følger kontroller eller ikke kan ventes å rapportere hendelser, inntreer skriftlig meldeplikt. Fylkesmannen vil ikke gi dispensasjon før spesialisten anbefaler det.

### **11.7.1 Attest, dispensasjonssøknad, varighet og vilkår**

Det kreves attest fra lege med ICD-kompetanse, i praksis spesialenhet ved sykehus. Attesten skal angi årsaken til ICD-implantasjonen, tidspunkt for siste alvorlige arytmi eller terapi fra ICD og gi en vurdering av om arytmisituasjonen er slik at kjøring kan anbefales. Lengre utlegninger av tekniske data er oftest ikke ønskelig. Oftest vil fylkesmannen også kreve vanlig førerkortattest, NA-0202, fra fastlegen. Pasienten må selv søke om dispensasjon, legen kan ikke søke for pasienten. Ved førstegangs dispensasjon bør det anbefales ett års varighet. Senere kan man anbefale lengre varighet, evt. ubegrenset, dersom arytmisituasjonen er fredelig og pasienten følger råd og kontroller. Det er en absolutt forutsetning for å anbefale dispensasjon at pasienten samarbeider og har vist seg pålitelig når det gjelder å rapportere hendelser og følge muntlige kjøreråd.

### **11.7.2 Førerkort gruppe 2 og 3**

ICD-bærere har en langt høyere risiko for akutt illebefinnende enn normalbefolkningen, - høyere enn de fleste koronarpasienter. Derfor vil fylkesmannen ikke gi dispensasjon for gruppe 2 og 3. Informer pasienten om det dersom spørsmålet kommer opp. En yrkessjåfør på lastebil eller buss som får ICD, bør starte omskolering.

### **11.7.3 Førerkortforhold når ICD er fjernet**

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

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

- Dersom fredelig arytmisituasjon, evt. revurdering av opprinnelig indikasjon, har vært viktig for beslutningen om å fjerne/ikke fornye sekundærprofylaktisk ICD, kan man anse helsekravene for oppfylt.

- Fjerning eller ikke-fornyelse av primærprofylaktisk ICD har som regel ikke førerkortmessige konsekvenser.

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



For ytterligere utdyping/detaljer om ICD henvises til [IS-1348](#) pkt. 23.7

### 11.8 Hjertesvikt

Hjertesvikt medfører en ikke ubetydelig risiko for plutselig død eller illebefinnende, og kommer inn under de samme forskriftsbestemmelser og retningslinjer som koronarsykdom. Se pkt. 11.4.

### 11.9 Hjertetransplanterte

Omfattes av forskriftens krav til gruppe 1 bare dersom det har vært symptomer/funn som omfattes av andre punkter i forskriften. En hjertetransplantert må anses å ha symptomgivende hjertesykdom, og omfattes av forskriftens krav til gruppe 2 og 3.

Fylkesmannen kan vurdere dispensasjon, forutsatt at følgende dokumenteres:

- 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. Det følges en forsiktig dispensasjonspraksis. Dispensasjon må i tilfelle revurderes årlig etter ovenstående kriterier. Det gis ikke dispensasjon for kl. D1 eller D, og ikke for førstegangsutstedelser. Transplanterte får altså ikke kjøre buss.

### 11.10 Høyt blodtrykk

Blodtrykk som gir hodepine, brystmerter, tungpust eller retinopathi grad IV omfattes av vedleggets § 2 nr. 6 "andre tilstander" (gruppe 1, 2 og 3) og vedleggets § 3 nr. 6 (gruppe 2 og 3). Fylkesmannen gir ikke dispensasjon før blodtrykket er kommet under kontroll. Ofte vil man da like gjerne kunne anse forskriftens krav for oppfylt, dersom trykket anses å ha blitt velkontrollert. Attest bør redegjøre for utredning av årsak, igangsatt behandling og effekten av denne. Med moderne blodtrykksbehandling er blodtrykk i seg selv svært sjelden tema i førerkortsak.

## 12 Attestenes pkt. 8: Hørselssvekkelse

### 12.1 Forskriftens krav

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

Kravet i gruppe 3 er endret fra 1. august 2011 slik at det nå er tillatt med høreapparat etc. Hvis høreapparat er nødvendig for å oppfylle helsekravet, skal dette anføres i helseattesten.

Til tross for synets store betydning, er hørselen ikke uvesentlig for evnen til å bli oppmerksom på hendelser i trafikken. Av hensyn til passasjersikkerheten stilles strenge krav til sanseevne hos fører av buss og minibuss. Føreren bør dessuten kunne høre passasjerene. Forskriften (vedlegg 1 § 4 nr. 2) krever derfor at talestemme skal oppfattes på 4 m. avstand for førerkort i gruppe 3. Hørselsundersøkelsen utføres slik at pasienten ikke ser legens munn.

For gruppe 1 og 2 er det ikke spesifikke krav til hørsel..

## 13 Attestens pkt. 9: Visus og optisk korreksjon

### 13.1 Forskriftens krav

Visuskravene er forenklet og liberalisert sammenliknet med tidligere.

Kl. A, B, M, S eller T (gruppe 1), 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 enøydheth på grunn av manglende samsyn."*

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

For gruppe 1 er det ingen grense for korreksjonens styrke. Spesiell svaksynoptikk, "kikkertlinser", gir betydelige, funksjonelle synsfeltutfall, og godtas derfor ikke (fører til at synsfeltkravet ikke fylles). For gruppe 2 og 3 aksepteres ikke briller med plussglass > 8 dioptrier, fordi de gir funksjonelle, ringformede synsfeltutfall.

### 13.2 Undersøkellesmetode, melding, attest og dispensasjonspraksis

Visus undersøkes med Snellens tavle eller tilsvarende. Undersøkelsen kan foretas av offentlig godkjent optiker hvis det ikke er øyesykdom. Optikeren må da fylle ut og signere attestens synsdel, eventuelt det tilsvarende optikerskjemaet NA-0202optiker.

Når visuskravet er oppfylt med (godkjent) korreksjon, skal det ikke sendes melding til fylkesmannen og heller ikke til trafikkstasjonen. Dersom en person selv med korreksjon ikke fyller visuskravene, skal fylkesmannen ha melding. Kjøring kan ikke gjenopptas før fylkesmannen eventuelt har gitt dispensasjon. Det kreves attest fra øyelege, der visusnedsettelsens årsak og prognose skal angis. Visus skal angis med og uten korreksjon. Godt syn er viktig for sikker kjøring. Dispensasjonspraksis er restriktiv. Det anses som regel ikke sikkerhetsmessig forsvarlig å gi dispensasjon for kjøring kun i nærområdet. 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. For førerkort gruppe 2 og 3 er hovedregelen at det ikke gis dispensasjon fra det liberaliserte visuskravet.

### 13.3 Nedsatt mørkeadaptasjonsevne

Omfattes av § 2 nr. 6 om "andre tilstander", jf. pkt. 9.4.

## 14 Attestens pkt. 10: Synsfelt

### 14.1 Forskriftens krav

Kl. A, B, S, M eller T (gruppe 1), 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. (gruppe 2 og 3) 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."*

Forskriftsteksten er revidert etter nye krav fra EU. Kravet gjelder binokulært synsfelt, dvs. når begge øyne er i bruk. Kravet til utbredelse i horisontalplanet gjelder langs horisontallinjen, og kravet til utbredelse i vertikalplanet gjelder langs vertikallinjen gjennom origo. Man tenker seg altså ikke at kravet definerer et rektangulært synsfelt. En sentral sirkel på 20 (for gruppe 1) og 30 grader (for gruppe 2 og 3) skal i tillegg være uten defekter. I teorien utgjør synsfeltkravet dermed et kors og en sentral sirkel. I praksis vil man ikke møte utfall som gir et slikt rest-synsfelt. En komplett, homonym kvadrantanopsi vil ikke fylle kravene, fordi den strekker seg helt inn til sentrum og dermed ikke fyller "sirkelkravet". Er det inkomplette utfall i en kvadrant, kan imidlertid kravet være oppfylt. En hemianopsi fyller ikke kravene, fordi verken "sirkelkravet" eller kravet til lateral utbredelse fylles. I noen tilfelle vil altså kravene være mer liberale enn de tidligere kravene. Mangler man hele synsfeltet på ett øye, fyller man som regel kravet til gruppe 1, men ikke gruppe 2 og 3, som tidligere. Valg av perimetrisk metode kan påvirke om kravene er oppfylt, da ulike metoder har ulik sensitivitet. Se nedenfor angående undersøkelsesmetoder.

### 14.2 Undersøkelse og attest

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

I dispensasjonssaker anbefales fortsatt Goldman-perimetri. Undersøkelse med stort, bevegelig objekt antas å være trafikkmessig mest relevant. Goldman-perimetri er

fortsatt tilgjengelig ved regionsykehusene, ved en del sentralsykehus og hos noen privatpraktiserende spesialister. Hvert øye skal undersøkes for seg, og det skal gjøres en binokulær registrering. Goldman er ofte mindre sensitivt enn øvrige metoder. Dersom det er funnet synsfeltutfall med øvrige metoder som tilsier at kravene ikke oppfylles, vil en "normal" Goldman ikke tilsi oppfylte krav, men tas med i dispensasjonsvurderingen.

Ved søknad om dispensasjon fra synsfeltkravene, bør det også fremlegges følgende opplysninger:

- Synsfeltdiagrammer, jf. ovenfor.
- Årsaken til utfallene, når de oppsto og om de anses stabile.
- Evt. holdepunkter for praktiske problemer knyttet til utfallene (kollisjon med inventar, orienteringsproblemer).
- Visus.
- Evt. andre synsproblemer, som blendingsfølsomhet, kontrastfølsomhet og nedsatt mørkeadaptasjon.
- Annen helsesvikt med betydning for evnen til å kompensere for utfallene, f.eks. nedsatt kognitiv funksjon.
- Etter EUs reviderte førerkortdirektiv kreves alltid en praktisk kjørevurdering (se pkt. 2.5) ved trafikkstasjonen dersom det søkes dispensasjon fra synsfeltkravet.

### **14.3 Ensidig visusreduksjon**

Ved vesentlig svekkelse eller tap av syn på ett øye er det kjørekarens i 6 måneder. Deretter må det vurderes om visus og synsfelt tilfredsstillende kravene for den aktuelle klasse. Ved helt tap av syn på ett øye er helsekravet ikke oppfylt for gruppe 2 og 3. Som nevnt i pkt. 13.2 er regelen at det ikke skal gis disp. for gruppe 2 og 3.

### **14.4 Dobbeltsyn**

Manglende samsyn hindrer ikke at førerkortforskriftens helsekrav anses oppfylt.

Manifest dobbeltsyn er til hinder for førerrett i gruppe 2 og 3.

## 15 Utfylling av konklusjon på s. 4 i NA-0202

### 15.1 Er helsekravene oppfylt?

Legens oppgave her er å deklare korrekt hvilke krav søkeren fyller, og hvilke ikke. Feilaktig konklusjon kan føre til at en sjåfør med økt risiko slippes ut i trafikken. Feilaktig konklusjon vil ofte føre til komplisert saksgang med ekstraarbeid og tidstap for alle parter. Feilaktig konklusjon kan bringe attestutstederen i en ansvarssituasjon. Er kravene ikke oppfylt, kan pasienten søke om dispensasjon. Det er fylkesmannen, ikke behandlende lege, som avgjør om dispensasjon kan gis.

I "Konklusjon 1" angis hvilke førerkortklasser søkeren fyller kravene til. Fylles ikke krav til noen klasse, settes strek, og man presiserer i "Konklusjon 2".

I "Konklusjon 2" presiseres hvilke førerkortklasser søkeren ikke fyller kravene til. Det kan også anføres om legen er usikker.

"Konklusjon 3" brukes i forbindelse med dispensasjonssøknad. Legen gir her sin anbefaling, inkludert råd om vilkår som bør stilles for dispensasjonen.

### 15.2 Vilkår

Vilkår bør foreslås når det anses nødvendig for å redusere risikoen ved tilstanden, når det er nødvendig for at helsekravene skal kunne anses oppfylt, eller for å sikre at tilstanden revurderes ved forverrelse. Vilkår uten saklig grunnlag i den aktuelle pasients tilstand eller i hensynet til trafiksikkerheten, skal ikke foreslås.

### 15.3 Revurdering - varighet

Legen kan bare gi anbefaling om *førerkortets eller kjøreseddelsens* varighet på NA 202 når helsekravene er oppfylt. (Er kravene ikke oppfylt, kan pasienten søke om dispensasjon, og varigheten av denne fastsettes av fylkesmannen.)

Tidsbegrensning reduserer i seg selv ikke risikoen ved en tilstand. Tvil om helsetilstanden er forenlig med kjøring må derfor ikke føre til at det anbefales tidsbegrensning. Revurdering/begrenset varighet bør kun anbefales når det må påregnes at tilstanden forverres slik at det kan få betydning for kjøreevnen. Varighet bør foreslås under hensyn til hvor raskt tilstanden kan ventes å progrediere.

Veiledende retningslinjer for de vanligste tilstander gis nedenfor:

- Diabetes mellitus (førerkort i gruppe 1): Fem år hos personer under ca. 50 år, når sykdommen er velkontrollert og ukomplisert. Kortere hos eldre, ved rask progresjon av komplikasjoner, eller ved dårlig kontroll.

For gruppe 2 er maksimal gyldighet 3 år og legen bør foreslå varigheten i NA 202b.

For gruppe 3 kreves dispensasjon, og det er fylkesmannen som fastsetter gyldighetstiden...

- Visusreduksjon p.g.a. netthinnesykdom. Spesialistvurdering. Ett år er ofte passende ved for eksempel senil maculadegenerasjon.
- Angina pectoris: Ingen tidsbegrensning for førerkort gruppe 1. For øvrige klasser kreves dispensasjon, og det er fylkesmannen som fastsetter gyldighetstid av denne. Attestutstedende lege bør foreslå varighet av evt. dispensasjon, etter en vurdering av prognose/residivfare. Ett år kan være passende ved førstegangs vurdering, mens inntil 5 år kan foreslås når tilstanden har vært stabil i flere år.
- Anfall med bevissthetstap, etter utløpet av karenstiden som gjelder for klassen: Foreslå gyldighet svarende omtrent til første planlagte kontroll, evt. ett år. Etter flere års anfallsfrihet må gyldigheten kunne settes lenger, evt. vanlig varighet. Etter enkeltstående anfall, eller ved anfall som man i ettertid ikke antar kan ha betydning for trafikksikkerheten, kan det anbefales vanlig gyldighet. Før utløpet av karenstiden kreves dispensasjon, og det er fylkesmannen som fastsetter gyldighetstid.
- Demens. Vurder progresjon hittil. Et halvt til ett år vil ofte være passende.
- Medikament- og/eller rusmisbruk. Vurder risikoen for tilbakefall. Et halvt til ett år vil ofte være passende. Ved langvarig rusfrihet kan lang eller vanlig varighet anbefales.

#### 15.4 Henvisning til spesialist

Dersom helsekravene ikke er oppfylt, skal primærlegen gi melding henholdvis til pasienten og fylkesmannen i henhold til [helsepersonellovens § 34](#) med forskrift, selv om pasienten henvises til spesialist. Ved vesentlig tvil om vurderingen kan det likevel av og til forsvares å utsette meldingen til etter spesialistkonsultasjonen, dersom denne kan skje raskt. Fylkesmannen kan rådspørres. Flere tilstander medfører størst risiko kort tid etter debut, for eksempel anfall med bevissthetstap og synsfeltutfall. I slike tilfelle skal melding sendes straks. Utredningen kan bli langvarig, og melding skal ikke utsettes til den er fullført.

#### 15.5 Søknad om dispensasjon - klage

Det er pasienten, ikke legen, som kan søke om dispensasjon, jf. pkt. 1.5 og 1.4. Vedtaksretten ligger hos fylkesmannen, ved klage Helsedirektoratet. Fylkesmannen baserer sin avgjørelse på søknad fra pasienten, legens opplysninger og retningslinjene. Utredningen bør derfor være ført så langt at man kan ha en begrunnet oppfatning om risiko og prognose, og det må vedlegges tilstrekkelige opplysninger.

Hvis fylkesmannen gir dispensasjon, kan søkeren henvende seg til politiet (for tilbakelevering av inndratt førerkort) eller trafikkstasjonen (for utstedelse, produksjon av nytt førerkort). Hvis fylkesmannen gir avslag, er det klagerett etter bestemmelsene i forvaltningsloven kapittel IV. Klagen, som heller ikke kan skrives av legen, må sendes innen 3 uker etter at vedtaket kom frem til søker. Rekker man ikke det, kan man be om utsatt klagefrist.

Klagen *stiles* til Helsedirektoratet, men sendes fylkesmannen, jf. førerkortforskriften § 14-1. Det er viktig at pasienten begrunner, og eventuelt dokumenterer, sitt behov for førerkort eller kjøreseddel i aktuell(e) klasse(r). Fylkesmannen kan omgjøre sitt

vedtak, eller opprettholde det og sende saken til Helsedirektoratet for endelig avgjørelse. Fylkesmannen vedlegger tidligere mottatte dokumenter til Helsedirektoratet. Ikke vedlegg nye kopier av dokumenter som har vært innsendt tidligere.



## 16 Utfylling av helseattest for førerkortinnehaver over 70 år, NA-0202c

Førerkortforskriftens § 4-1 første ledd krever at den som har førerett i kl. A, B, M, S eller T (gruppe 1), etter fylte 70 år medbringer gyldig legeattest under kjøring. Uten slik attest er føreretten ikke gyldig. Legens oppgave i denne sammenheng er å fastslå om forskriftens helsekrav er oppfylt. Det er samme helsekrav for førere over 70 år som for andre. Selv om skjemaet (NA-0202c) er enklere enn helseattest NA-0202, må anamnese og undersøkelse gi grunnlag for å avklare om helsekravene er oppfylt. Attest skal *ikke* utstedes hvis legen ikke kan krysse av for at pkt. 1 - 7 er i orden, eller hvis helsekravene av andre grunner ikke er oppfylt. Dersom helsekravene ikke er oppfylt, har pasienten ikke førerett, med mindre fylkesmannen har gitt dispensasjon.

### 16.1 Attestens varighet

Denne bør settes på grunnlag av pasientens helsetilstand og forventet progresjon av eventuelle sykdommer. Helt friske personer mellom 70 og 75 år bør kunne få attest med gyldighet inntil fem år. Dersom det er sykdom eller svekkelse som kan få konsekvenser for kjøreevnen, må gyldigheten gjøres kortere, for eksempel ett år. For personer over 75 år, vil det ofte være rimelig å gi attesten gyldighet i ett til to år.

Det vil oftest være pasientens fastlege som vurderer om helsekravene er oppfylt, eventuelt etter å ha innhentet supplerende opplysninger/medisinske vurderinger. Legens meldeplikt etter helsepersonelloven § 34 og forskrift av 13. juli 1984 gjelder også når førerkortinnehaveren er over 70 år. Dersom forholdet som utløser meldeplikten, avdekkes i forbindelse med utfylling av NA-0202c, kan melding gis ved at skjemaet avkrysses ved punkt 8 og utleveres pasienten, med kopi til fylkesmannen.

Dersom helsekravene ikke er oppfylt, og det ønskes dispensasjon, må pasienten selv søke, og vedlegge legens vurdering i form av attest. Se pkt. 1.5 og 15.5.

## 17 Legeattest for fritak fra bilbeltepåbud

Bilbeltebruk er påbudt der slike er montert. Det gjøres visse unntak, bl.a. når vedkommende har med legeerklæring om fritak. Det finnes et eget EØS-skjema for dette. Samferdselsdepartementet har i rundskriv til landets leger N-5/2002 gitt retningslinjer for vurderingen. Håndhevelsen av ordningen med fritak fra bilbeltepåbud ved legeattest, er overført fra Samferdselsdepartementet til helsemyndigheten. Vi oppsummerer følgende sentrale momenter fra ovennevnte rundskriv:

- 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.
- Graviditet er ikke fritaksgrunn.
- Man bør være meget restriktiv med å gi fritak av psykiske grunner.
- 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, som bør vurdere om bilbeltebruk er praktisk gjennomførbart.
- Bilbeltefritak bør ikke gis for mer enn to år av gangen.

Helsedirektoratet ønsker en mest mulig restriktiv praksis på dette området. I tvilstilfelle kan fylkesmannen rådspørres.

## 18 Veiledning for legens melding etter helsepersonellovens § 34

Forskrift gitt med hjemmel i den tidligere legeloven § 48 og videreført under helsepersonelloven, jf. helsepersonelloven § 34, jf. § 76, pålegger legen å advare innehaver av førerkort eller luftfartssertifikat som ikke tilfredsstillende helsekravene. Gjenpart av advarselen med supplerende opplysninger skal sendes fylkesmannen, som ved melding til politiet bevirker tilbakekall av føreretten. Ved luftfartssertifikat sendes meldingen til Luftfartstilsynet, Flymedisinsk seksjon, Postboks 243, 8001 Bodø.

### 18.1 Skriftlig eller muntlig melding

Hvordan legen skal melde, er avhengig av hvor lenge den diskvalifiserende tilstanden antas å vare: Forventet varighet mindre enn seks måneder gir *muntlig opplysningsplikt* overfor pasienten. Noter i journalen at pasienten er advart. Det innebærer i praksis at pasienten er blitt opplyst om at han ikke fyller helsekravene og derfor ikke har førerett. Pasienten er juridisk forpliktet til ikke å kjøre (jf. førerkortforskriftens vedlegg 1 § 1, 3. ledd siste setning og vegtrafikkloven § 21). Erfaringsmessig er det noen som kjører likevel. Dette kan medføre at legen også i slike tilfeller må sende skriftlig melding til fylkesmannen.

*Skriftlig melding* til pasienten og fylkesmannen (*ikke* politiet eller trafikkstasjonen) skal sendes dersom tilstanden ventes å vare lenger enn seks måneder. Meldeplikten går foran taushetsplikten, jf. helsepersonellovens § 23 nr. 4, jf. forskriften av 13. juli 1984 § 5. Supplerende medisinske opplysninger må følge meldingen, så fylkesmannen har grunnlag for å vurdere om det skal meldes videre til politiet.

Det er antakelsen om at tilstanden vil føre til at helsekravene ikke er oppfylt i en periode på seks måneder eller mer som utløser meldeplikten til fylkesmannen. Det er altså ikke nødvendig at tilstanden allerede har vart i mer enn seks måneder. Etter anfall med bevissthetstap som omfattes av førerkortforskriften, se pkt. 4.2, vil karenstiden eksempelvis være lenger enn seks måneder. Det er dermed skriftlig meldeplikt. (Det vises til pkt. 4.2 angående hvilke anfall som skal meldes, og når melding kan unnlates.) Det finnes ingen hjemmel for å gi muntlig kjøreforbud i f.eks. 3 mnd. etter et anfall. Det skal også meldes når det avdekkes antatt varig tilstand som diskvalifiserer for visse førerkortklasser, f.eks. hjertesykdom eller diabetes som krever medikamentell behandling. Dersom man mener tilstanden medfører så lav risiko at det bør kunne gis dispensasjon, kan man gi attest med opplysninger om dette sammen med meldingen.

Det er ubehagelig å medvirke til at ens pasient mister førerkortet. Legens oppgave i denne sammenheng er imidlertid å vurdere de faktiske, medisinske forhold. Avveiningen mot sosiale forhold/førerkortbehov skal overlates til fylkesmannen. Hensikten med meldeplikten er å beskytte medtrafikanter mot trafikkfarlige sjåførere.

Ved å unnlate å melde påtar legen seg et stort ansvar.

## 18.2 Hvilken lege skal melde og når?

Meldeplikten gjelder i prinsippet enhver lege som har befatning med pasientens aktuelle tilstand. Å sende melding skal ikke overlates til spesialist man eventuelt henviser til. Tilsvarende skal spesialist ikke overlates til fastlegen å sende melding. Ved sykehusopphold for tilstand som utløser meldeplikten, bør melding sendes straks grunnlaget for meldingen er klart, og den skal senest sendes av utskrivende lege, gjerne med kopi av epikrise til fylkesmannen. Ofte er risikoen størst den første tiden etter sykdomsdebut. Derfor bør melding ikke utsettes! Mange pasienter ignorerer muntlige anbefalinger om ikke å kjøre.

## 18.3 Klage over tilbakekall av førerett etter melding

Det er politiet som fatter vedtak om tilbakekall av førerett. Hvis førerkortforskriftens helsekrav ikke er oppfylt, vil klage over politiets vedtak om tilbakekall eller over trafikkstasjonens vedtak om ikke å utstede førerkort, være hensiktsløs. Førerkort kan i slike tilfelle ikke tilbakeleveres eller utstedes hvis fylkesmannen ikke har gitt dispensasjon fra forskriftens helsekrav. Pasienten bør derfor søke fylkesmannen om dispensasjon, i stedet for å klage over eventuelle vedtak fattet av politi eller trafikkstasjon. Ved søknad om dispensasjon skal fylkesmannen alltid først vurdere om helsekravene nå er oppfylt eller ikke.

Noen pasienter mener bestemt at legen og/eller fylkesmannen feilaktig har vurdert kravene som ikke oppfylt, og velger å klage inndragningen inn for Politidirektoratet. Politistasjonen vil da før klagen videresendes, forelegge den for fylkesmannen til vurdering og uttalelse.

## 18.4 Forslag til standardbrev med advarsel

Pasientens navn  
Adresse  
Fødselsnummer

### **Advarsel til innehaver av førerkort om at helsemessige krav ikke er oppfylt**

Det vises til dagens undersøkelse/samtale. De fyller ikke førerkortforskriftens helsekrav for førerkort i kl. (kryss av):

- A, B, M, S, T (motersykkel, person/varebil, moped, beltemotersykkel, traktor)
- C1, C (lett lastebil, lastebil)
- D1, D og kjøreseddel (minibuss, buss, kjøreseddel for persontransport)

De gis med dette en skriftlig advarsel som bestemt i forskrift av 13. juli 1984 § 2 pkt. 3, jf. § 34 i helsepersonelloven.

Undertegnede har i dag gitt Dem en muntlig orientering om innholdet i førerkortforskriftens helsekrav (gjengitt nedenfor), og opplyst at De plikter å melde fra til fylkesmannen, jf. vegtrafikkloven § 24, 7. ledd. De bør innlevere Deres førerkort/kjøreseddel til politiet.

Gjenpart av denne advarselen samt supplerende helseopplysninger plikter undertegnede å sende til fylkesmannen.

Dersom De ønsker å kjøre på tross av at helsekravene ikke er oppfylt, kan De søke fylkesmannen om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav. De bør i så tilfelle redegjøre for Deres behov for førerkortet, og vedlegge tilstrekkelige medisinske opplysninger. Kjøring før dispensasjon eventuelt er gitt, er kjøring uten gyldig førerkort.

Til fylkesmannen vedlegges følgende supplerende opplysninger:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Med vennlig hilsen

Kopi: Fylkesmannen i pasientens hjemfylke

# 19

## Vedlegg

### 19.1 Førerkortforskriftens vedlegg 1 – Helsekrav

#### § 1. Generelle bestemmelser om helse.

Ingen må føre motorvogn når vedkommende på grunn av sykdom, annen påvist eller sannsynlig helsesvekkelse eller bruk av medikamenter ikke er i stand til å kjøre på trygg måte.

Når innehaver av førerkort som følge av langvarig svekkelse av helse eller førlighet er i tvil om fortsatt kjøring kan skje på trygg måte, plikter vedkommende å oppsøke lege for undersøkelse.

Dersom legen finner at vedkommende ikke fyller helsekravene, plikter legen å gi melding om det til fylkesmannen, jf. lov om helsepersonell § 34, jf. § 76, jf. forskrift fastsatt i medhold av tidligere legelov § 48. Førerkortinnehaveren skal innlevere førerkortet til politiet. Dersom melding ikke kreves, er kjøring likevel ikke tillatt, så lenge tilstanden varer.

#### § 2. Krav til helse og førlighet – klassene A, A1, B, B1, BE, M, S og T

For førerkort i klassene A, A1, B, B1, BE, M, S og T gjelder følgende krav til førerens helse:

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.
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.
3. Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet i løpet av de siste 12 måneder.
4. Det må ikke være alvorlig psykisk lidelse, vesentlig mental retardasjon eller personlighetsavvik som medfører nedsatt dømmekraft, impuls kontroll eller adferdsforstyrrelser, som kan være farlige i trafikken.
5. 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.
6. Det må ikke være andre sykdomstilstander som gjør eller kan gjøre føreren uskikket til å føre motorvogn.

## 7. Førlighetskrav:

- a) Førligheten må være tilstrekkelig for sikker manøvrering av motorvognen.
- b) Når førlighetsreduksjon antas å være stasjonær, avgjør regionvegkontoret ved eventuell praktisk prøve om manøvreringsevnen er betryggende, eventuelt med ekstrautstyr på kjøretøyet.

0 Endret ved forskrifter 5 nov 2004 nr. 1448 (i kraft 1 jan 2005), 16 juni 2010 nr. 894 (i kraft 1 juli 2010), 15 juli 2011 nr. 783 (i kraft 1 aug 2011).

## § 3. Tilleggskrav for klassene C, CE, C1 og C1E

For førerkort i klassene C, CE, C1 og C1E gjelder, foruten de krav som er nevnt i § 2, også følgende tilleggskrav:

1. Synsstyrken må være minst 0,8 på det ene øyet og 0,1 på det andre øyet. Optisk korreksjon, unntatt kontaktlinser, må ikke overstige pluss 8 dioptrier.
2. 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.
3. Det må ikke være dobbeltsyn.
4. Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet, og medikamentell forebygging av anfall ikke ha vært i bruk eller ansett nødvendig, de siste 10 årene.
5. Ved diabetes som behandles med insulin eller andre blodsukkersenkende medikamenter, må
  - a) det ikke ha vært alvorlig hypoglykemi (lavt blodsukker) de siste 12 måneder
  - b) føreren være fullt oppmerksom på utviklingen av hypoglykemi
  - c) føreren regelmessig kontrollere blodsukkeret minst 2 ganger daglig i forbindelse med kjøring
  - d) føreren kunne redegjøre for farene ved hypoglykemi
  - e) det ikke være tegn på alvorlige komplikasjoner til sykdommen.

Førerkortet kan ikke gis lenger gyldighetstid enn 3 år.

6. Det må ikke være symptomgivende hjertesykdom, tegn på koronarsykdom, koronarsykdom i sykehistorien eller vanskelig kontrollerbar blodtrykkssykdom.
7. Med hensyn til førerlighet kreves det normal kraft og koordinasjon i begge ben og armer, og naturlig grep i begge hender.

0 Endret ved forskrifter 16 juni 2010 nr. 894 (i kraft 1 juli 2010), 15 juli 2011 nr. 783 (i kraft 1 aug 2011).

## § 4. Tilleggskrav for klassene D, DE, D1 og D1E

For førerkort i klassene D, DE, D1 og D1E gjelder, foruten de krav som er nevnt i § 2 og § 3, også følgende tilleggskrav:

1. Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet etter fylte 18 år.
2. Talestemme må oppfattes på 4 meters avstand.
3. Det må ikke være diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre

blodsukkersenkende medikamenter.

0 Endret ved forskrift 15 juli 2011 nr. 783 (i kraft 1 aug 2011).

## **§ 5. Egenerklæring om helse – helseattest**

For førerkort første gang i klassene A, A1, B, B1, BE, M, S og T kreves, med de unntak som er gitt i det følgende, kun egenerklæring om helse på fastsatt skjema, med mindre Regionvegkontoret eller politiet mener helseattest er nødvendig. Når helseattest ikke kreves, skal det ved førerprøven fremlegges eller gjennomføres en synstest, se forskrift 1. oktober 2004 nr. 1339 om trafikkopplæring og førerprøve m.m. § 29-2.

Ved fornyelse av førerkort som nevnt kreves ikke egenerklæring. Likevel kreves det ved fornyelse av førerkort med begrensninger etter § 4-3 alltid helseattest. For person under 70 år som bruker synskorrigerende under kjøring eller er pålagt i førerkortet å bruke synskorrigerende, kan helseattest begrenses til synsfunksjonen, dersom ikke fullstendig helseattest kreves av andre grunner. Gjelder behovet for helseattest kun brytningsfeil i øyet, godtas attest på fastsatt skjema fra offentlig godkjent optiker.

Ved utvidelse av førerkort som nevnt kreves helseattest i de tilfeller som er nevnt i annet ledd. Helseattest kreves også ved utvidelse til klasser som nevnt i fjerde ledd.

For førerkort i klassene C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 og D1E kreves ved første gangs utstedelse, fornyelse og utvidelse helseattest på fastsatt skjema (blankett nr. NA 202). Den del av helseattesten som gjelder syn, kan erstattes av attest fra offentlig godkjent optiker dersom eventuell synsnedsettelse skyldes brytningsfeil i øyet.

For alle førerkortklasser gjelder dessuten:

1. Ved diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre antidiabetika kreves tilleggsattest på fastsatt skjema (blankett nr. NA 202b). Denne skal være utfylt av vedkommendes faste lege eller av spesialist i indremedisin.
2. Den som har hatt anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må fremlegge attest fra spesialist i nevrologi eller indremedisin. Ved fornyelse av førerkort er attest fra søkerens faste lege tilstrekkelig, dersom det ikke har vært anfall siden førerkortet ble utstedt eller fornyet.
3. Hvis synsfeltet ikke er normalt, eller hvis det er grunn til å mistenke øyesykdom (utover brytningsfeil), kreves attest fra spesialist i øyesykdommer.
4. Det kan også i andre tilfelle kreves attest fra spesialist.

Attest må ved innlevering av søknad om førerkort ikke være eldre enn 6 måneder. Attester gis 3 års administrativ gyldighet fra utstedelsesdato, med mindre attesten selv har en kortere gyldighetsperiode. Dersom det er grunn til å anta at helsetilstanden er endret, kan ny attest kreves etter kortere tid.

0 Endret ved forskrift 5 nov 2004 nr. 1448 (i kraft 5 nov 2004 og 1 jan 2005), 16 juni 2010 nr. 894 (i kraft 1 juli 2010).

## **§ 6. Dispensasjoner og utfyllende bestemmelser**

Fylkesmannen på søkerens hjemsted kan i særlige tilfelle dispensere fra bestemmelsene i § 2, § 3 og § 4. Når det gjelder bestemmelsene om førerlighet i § 2 nr. 7 og § 3 nr. 7, gjelder fylkesmannens dispensasjonsadgang bare hvor førerlighetsreduksjonen ikke er stasjonær.



Regionvegkontoret kan gi dispensasjon fra bestemmelsene om førlighet i § 2 nr. 7 og § 3 nr. 7, dersom førlighetsreduksjonen er stasjonær.

Helsedirektoratet kan gi nærmere regler om legeundersøkelse av dem som skal ha helseattest for førerkort eller kompetansebevis m.m. etter vegtrafikklovgivningen, og kan fastsette nærmere retningslinjer for fylkesmennesenes behandling av slike saker.

0 Endret ved forskrift 16 juni 2010 nr. 894 (i kraft 1 juli 2010).

## 20 Lenker til relevante lover og forskrifter

[Vegtrafikkloven](#)

[Førerkortforskriften \(hele\)](#)

[Førerkortforskriftens vedlegg 1](#) – Helsekrav

[Helsepersonelloven \(hele\)](#)

[Helsepersonellovens § 34](#) – om meldeplikt – og [§ 15](#) om attester

[Forskrift om leges melding om at innehaveren av flysertifikat eller førerkort ikke fyller helsemessige krav](#)

[Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker, IS-1348](#)

[Yrkestransportloven kap. 7a](#) om kjøreseddel

Veiledere fra Helsedirektoratet utarbeides innenfor helsefaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, løvverk, 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](http://www.helsedirektoratet.no)