

Høringsnotat

Forslag til endring av vedlegg 1 i forskrift av 19. januar 2004 nr. 298 (FOR-2004-01-19-298) - førerkortforskriftens vedlegg 1 – Helsekrav.

Vegdirektoratet

15.12.2014

Innhold

Innledning.....	4
Del 1 Bakgrunn	5
1.1 Gjeldende rett	5
1.2. Situasjonen i dag	9
1.3. Jensen-rapporten	10
1.4. Utforming av nytt regelverk	11
1.4.1. EU-direktiver.....	11
1.4.2. Helsekrav i andre land	11
1.4.3. Ansvarliggjøring av publikum og helsepersonell.....	11
1.4.4. Trafikksikkerhet og risikovurdering.....	12
1.5. Utforming av nye bestemmelser om helsekrav	13
1.5.1. Valg av struktur	13
1.5.2 Tabellform og detaljerte bestemmelser.....	13
1.5.3 Bruk av tabell.....	14
1.5.4 Detaljerte helsekrav	14
1.5.5 Innstramming for noen – liberalisering for andre.....	15
1.5.6 Nye EU-bestemmelser om søvnapne	16
1.5.7 Vedlegg eller egen forskrift	16
Del 2 Forslag til endring i de enkelte bestemmelsene i førerkortforskriften vedlegg 1	16
2.1 Kapittel 1 Definisjoner	16
2.2 Kapittel 2 Generelle bestemmelser.....	18
2.3 Kapittel 3. Helseundersøkelse, utstedelse av helseattest m.v.....	20
2.4 Kapittel 4 Syn.....	27
2.5 Kapittel 5 Hørsel	30
2.6 Kapittel 6 Kognitiv svikt	31
2.7 Kapittel 7 Nevrologiske sykdommer.....	33
2.8 Kapittel 8 Epilepsi og epilepsilignende anfall	38
2.9 Kapittel 9 Bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelse av annen årsak enn epilepsi, hjertesykdom og diabetes	42
2.10 Kapittel 10 Søvn sykdommer.....	45
2.11 Kapittel 11 Hjerte- og karsykdommer	48
2.12 Kapittel 12 Diabetes mellitus	56
2.13 Kapittel 13 Psykiske lidelser, personlighetsforstyrrelser , utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser og utviklingshemninger	59

2.14 Kapittel 14 Bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen.....	62
2.15 Kapittel 15 Respirasjonssvikt.....	69
2.16 Kapittel 16 Svekket førlighet	71
2.17 Kapittel 17 Nyresykdommer.....	72
2.18 Kapittel 18 Andre sykdommer og helsesvekkelser som gjør eller kan gjøre fører av motorvogn uskikket.....	74
2.19 Kapittel 19 Overgangsbestemmelser og ikrafttreden	76
Del 3.....	78
Økonomiske og administrative konsekvenser	78

Innledning

For å ha rett til å føre motorvogn i Norge, må man oppfylle helsekrav fastsatt i førerkortforskriften – FOR-2004-01-19-298 - vedlegg 1. Bestemmelsene er til dels skjønnspregede. De som ikke oppfyller helsekravene, kan søke Fylkesmannen om dispensasjon. I senere år har fylkesmennene fått rundt 15.000 søknader om dispensasjon. Helsekravene er utformet slik at i en del sykdomsgrupper får opptil 90 prosent søknaden om dispensasjon innvilget, basert på retningslinjer fra Helsedirektoratet.

Etter forslag fra Helsedirektoratet sender Vegdirektoratet utkast til nye helsekravbestemmelser på høring. Forslaget er i sin helhet utarbeidet av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet vil også forstå den videre behandling av høringssvarene, som av formelle årsaker likevel skal sendes til Vegdirektoratet.

Vedlegg 1 foreslås endret slik at de fleste førere som i dag får dispensasjon, vil oppfylle helsekravene. Samtidig blir muligheten til å få dispensasjon fra de nye helsekravene sterkt begrenset.

Forslaget til nye bestemmelser tar utgangspunkt i hvilke helsekrav som må være oppfylt for å redusere risikoen for ulykker i trafikken fremover.

Ved at helsekravene vil fremgå klarere av forskrift, vil førerkortsøkere og innehavere av førerkort få økt rettssikkerhet. Fylkesmennene vil samtidig kunne få frigjort ressurser til andre viktige oppgaver.

Helsekravene i førerkortforskriften Vedlegg 1 er basert på helsekravene i direktiv 2006/126/EF (tredje førerkortdirektiv), som endret ved direktiv 2009/113/EF, 2012/36/EU og 2014/85/EU.

Helsekravene i direktivet er minimumskrav, og medlemsstatene kan fastsette krav som er strengere enn disse minstekravene.

Det vil bli utarbeidet veileder og ny helseattest samt ny forskrift til helsepersonelloven § 34.

Del 1 Bakgrunn

1.1 Gjeldende rett

Reglene for trafikk med motorvogn, herunder vilkårene for førerrett, reguleres av vegtrafikkloven (LOV-1956-06-18-4).

Hovedregelen om trafikk og helse finnes i vegtrafikkloven § 21 første ledd:

«§ 21. Alminnelige plikter.

Ingen må føre eller forsøke å føre kjøretøy når han er i en slik tilstand at han ikke kan anses skikket til å kjøre på trygg måte, hva enten dette har sin årsak i at han er påvirket av alkohol eller annet berusende eller bedøvende middel, eller i at han er syk, svekket, sliten eller trett, eller skyldes andre omstendigheter.»

Bestemmelsen gir et generelt forbud mot å føre motorvogn når en person ikke kan anses skikket til å kjøre på trygg måte, uansett årsak.

Det er videre i vegtrafikkloven § 24 fjerde ledd bestemt at:

«Den som skal få førerkort må være edruelig, og det må ikke være noe å si på hans vandel ellers. Han må ha tilstrekkelig syn og fjørlighet, nødvendig fysisk og psykisk helse og ha bestått førerprøve. Ved kjøring til førerprøve anses kandidat som fører av motorvognen.»

Nærmere bestemmelser om hvilke helsekrav som må være oppfylt for å ha førerkort, er gitt i førerkortforskriften – FOR-2004-01-19-298 - vedlegg 1 (<http://www.lovdata.no/for/sf/sd/sd-20040119-0298.html>). Førerkortforskriften er blant annet hjemlet i vegtrafikkloven § 24.

Vedlegg 1 til førerkortforskriften har i dag følgende ordlyd:

«Vedlegg 1 - Helsekrav

§ 1. Generelle bestemmelser om helse.

Ingen må føre motorvogn når vedkommende på grunn av sykdom, annen påvist eller sannsynlig helsevekkelse 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 førerlighet 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 førerlighet - klassene A, A2, A1, B, B1, BE, AM, S og T

For førerkort i klassene A, A2, A1, B, B1, BE, AM, S og T gjelder følgende krav til førerens helse:

1. Synsstyrken må være minst 0,5 når begge øyne undersøkes samtidig. Dersom optisk korleksjon er nødvendig for å oppnå denne synsstyrken, plikter føreren å bruke slik korleksjon 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 enøydhed 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. Førerlighetskrav:
 - a) Førerligheten må være tilstrekkelig for sikker manøvrering av motorvognen.
 - b) Når førerlighetsreduksjon antas å være stasjonær, avgjør regionvegkontoret ved eventuell praktisk prøve om manøvreringsevnen er betryggende, eventuelt med ekstraustyr på kjøretøyet.
8. For personer som har diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre antidiabetika kan førerkort ikke gis lenger gyldighet enn fem år.

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), 8 mars 2011 nr. 259 (i kraft 19 jan 2013), 11 jan 2013 nr. 27 (i kraft 19 jan 2013).

§ 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 korleksjon, 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 forebyggelse av anfall ikke ha vært i bruk eller ansett nødvendig, de siste 10 årene.

5. Ved diabetes som behandles med insulin eller andre blodsukkensenkende medikamenter, må
- det ikke ha vært alvorlig hypoglykemi (lavt blodsukker) de siste 12 måneder
 - føreren være fullt oppmerksom på utviklingen av hypoglykemi
 - føreren regelmessig kontrollere blodsukkeret minst 2 ganger daglig i forbindelse med kjøring
 - føreren kunne redegjøre for farene ved hypoglykemi
 - 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 førlighet 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:

- Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet etter fylte 18 år.
- Talestemme må oppfattes på 4 meters avstand.
- Det må ikke være diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre blodsukkensenkende 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, A2, A1, B, B1, BE, AM, 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 trafikkopplæringsforskriften § 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 75 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 NA 0202). 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:

- Ved diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre antidiabetika kreves tilleggsattest på fastsatt skjema (blankett NA 0202b). 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.

Endret ved forskrifter 5 nov 2004 nr. 1448 (i kraft 5 nov 2004 og 1 jan 2005), 16 juni 2010 nr. 0894 (i kraft 1 juli 2010), 8 mars 2011 nr. 259 (i kraft 19 jan 2013), 11 jan 2013 nr. 27 (i kraft 19 jan 2013), 1 mars 2013 nr. 240.

§ 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 førerlighet i § 2 nr. 7 og § 3 nr. 7, dersom førerlighetsreduksjonen 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 fylkesmennenes behandling av slike saker.

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

Førerforkortforskriften § 4-1 første ledd tredje punktum har i tillegg følgende bestemmelse:

Førerforkortet skal ha maksimal gyldighet på fem år dersom innehaveren har hatt anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) innenfor de siste fem årene fører førerforkortutstedelsen.

Helsedirektoratet er som overordnet fagmyndighet i helsesektoren gitt ansvar og oppgaver på trafikk sikkerhetsområdet som er beskrevet i Nasjonal tiltaksplan for trafikk sikkerhet på veg (<http://www.vegvesen.no/attachment/130037/binary/302637>). Ansvar og oppgaver hjemlet i førerforkortforskriften vedlegg 1 inngår i Helsedirektoratets arbeid på trafikk sikkerhetsområdet.

Med grunnlag i førerforkortforskriften, Vedlegg 1 § 6, tredje ledd, (<http://www.lovdato.no/for/sf/sd/xd-20040119-0298.html>) har Helsedirektoratet utarbeidet retningslinjer for fylkesmennenes behandling av førerforkortsaker og for legeundersøkelse i saker som gjelder spørsmål om helsekrav til førerforkort.

I dag gjelder følgende retningslinjer:

IS-2070 – Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerforkortsaker, utgitt 03/2013.

(<http://www.helsedirektoratet.no/finn/Sider/results-finn.aspx?k=f%c3%b8rerkort>)

Andre bestemmelser

Helsepersonelloven § 34 (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>) sier at lege, psykolog og optiker skal melde fra til offentlige myndigheter dersom en pasient ikke oppfyller helsekravene til førerkort og pasientens helsetilstand ikke antas å være kortvarig.

FOR-1984-07-13-1467 - vanligvis omtalt som meldepliktforskriften - pålegger lege å melde fra til fylkeslegen (fylkesmannen) dersom legen finner at en pasient har en helsesvekkelse av mer enn 6 måneders varighet som gjør det uforsvarlig å fortsette å kjøre motorvogn i de(n) førerkortklasse(r) de har førerrett i. <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-19840713-1467.html>. Meldepliktforskriften er gitt med hjemmel i legeloven som ble opphevet da helsepersonelloven trådte i kraft i 2001, men forskriften er fortsatt gjeldende i henhold til overgangsbestemmelsen i helsepersonelloven § 76. Forskriften vil bli erstattet av ny meldepliktforskrift hjemlet i helsepersonelloven § 34. Den nye forskriften skal etter planen tre i kraft samtidig med endringene i vedlegg 1. Utkast vil bli sendt på høring i begynnelsen av 2015.

I henhold til meldepliktforskriften skal fylkesmannen gi skriftlig melding med nødvendige opplysninger til politiet og regionvegkontoret dersom førerkortet av helsemessige grunner bør inndras helt eller delvis. Vegtrafikkloven § 34 første og annet ledd gir politiet hjemmel til å inndra førerkortet dersom de etter melding fra fylkesmannen kommer til at helsekravene ikke er oppfylt.

Helsepersonelloven § 15 angir krav til attester og erklæringer fra helsepersonell. Kravene er utdypet i attestforskriften – FOR-2008-12-18-1486. Bestemmelsene gjelder også ved utfylling av helseattest til førerkort.

1.2. Situasjonen i dag

Saksmengden på førerkortfeltet har vært sterkt økende de senere årene. Fra 2009 til 2014 har saksmengden økt fra 19.965 saker til rundt 33.000 førerkortsaker pr. år i fylkesmannsembetene. Antall årsverk på førerkortfeltet har økt fra 26 i 2008 til nærmere 50, uten at det er blitt tilført nye ressurser. Rundt halvparten av sakene gjelder dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav. Resten er saker hvor fylkesmannen etter melding fra lege, psykolog eller optiker tilrår overfor politiet at førerkortet blir inndratt, eller gir råd til helsepersonell og publikum i førerkortspørsmål.

Saksomfanget varierer noe fra år til år, men det har vært en generell økning i saksmengden på førerkortfeltet hos fylkesmennene. Vel 700 klager blir sendt til Helsedirektoratet. Ventetiden på å få behandlet dispensasjonssøknader kan være fra noen uker til flere måneder. Registrering av førerkortsaker hos fylkesmennene i 2014 viser en økning fra 2013.

Dispensasjon gis ofte med ett til fem års varighet. Når dispensasjonen utløper, må det søkes om ny dispensasjon.

Dagens regelverk har til dels skjønnspregede bestemmelser. For noen områder som syn og anfallslidelser er det klare grenser i forskriften for når helsekravene er oppfylt. For andre områder

som rusmidler, legemidler og psykiske lidelser er helsekravet knyttet til en vurdering av om fører er skikket til å føre motorvogn.

Bestemmelsene i førerkortforskriften Vedlegg 1 har blitt utfylt gjennom retningslinjer fra Helsedirektoratet. Retningslinjene omtaler når helsekravene i de skjønnsmessige bestemmelsene skal anses oppfylt, og gir også veiledning om vilkår for å kunne få dispensasjon. I dag gjelder IS-2070 for behandling av førerkortsaker hos fylkesmennene og hos leger. Tidligere har det vært egne veiledere for leger og publikum i tillegg til retningslinjene for fylkesmennene.

Etter førerkortforskriften Vedlegg 1 § 6 kan fylkesmannen i «særlige tilfelle» gi dispensasjon fra helsekravene i vedlegget. 80-90 prosent av det totale antall søknader om dispensasjon blir innvilget. Hvor stor andel som innvilges, varierer med sykdomstilstand, men det er også en del variasjon mellom fylkene.

Det har vært behov for å se nærmere på helsekravene i forskriften, slik at de blir mer i tråd med dispensasjonspraksis. Det er ønskelig at helsekrav som omfatter rettigheter og plikter på førerkortfeltet, skal gå klart frem av forskriften for å gi større rettssikkerhet. Når de reelle helsekravene i stor grad er definert gjennom veileder og forvaltningspraksis, kan det føre til uklare grenser og ulik behandling.

1.3. Jensen-rapporten

For å få en gjennomgang av førerkortfeltet nedsatte Helsedirektoratet et utvalg som 9. desember 2013 avga en prosjektrapport, heretter kalt Jensen-rapporten. Utvalget så både på helsekravene og forvaltningen av førerkortfeltet.

I rapporten av 9. desember 2013 ga prosjektet bl.a. tilrådning om følgende tiltak:

- *Førerkortforskriftens vedlegg 1 - Helsekrav – endres, slik at det framgår direkte av forskriftsteksten hvor grensen for når helsekravene er oppfylt eller ikke er. Da blir grensen bedre i samsvar med der grensen, etter dagens forvaltningspraksis, faktisk er. Dermed opphører også behovet for å ha dispensasjonsadgang. I tillegg vil regelverket blir mer i tråd med regelverket, slik det er i Sverige.*
- *Helsekravene defineres i forskriften og veilederen utdyper kriteriene. Rettigheter og plikter regulert i forskrift øker rettsikkerheten og etterlevelse av regelverket*
- *Førerkortsøkere/-innehaveres faste leger får ansvar for en helhetlig medisinskfaglig vurdering av helsekravene hvori er integrert eventuelle spesialistuttalelser. Nytt helseattestskjema som styrer legen gjennom helseundersøkelsen med obligatoriske felt – sikrer kvaliteten*
- *Fylkesmennes ordinære saksbehandling av førerkortsaker opphører når dispensasjonsadgangen opphører.*
- *Ny forskrift om meldeplikt for leger, psykologer og optikere ved ikke oppfylte helsekrav – utkast til ny forskrift foreligger inneværende år. Forslag om at meldinger fra leger, psykologer og optikere skal sendes direkte til politiet som har inndragningskompetanse etter gjeldende bestemmelse i vegtrafikkloven § 34.*

Utvalget foreslo blant annet også at Helsedirektoratet som overordnet fagmyndighet på helseområdet skulle ha et helhetlig ansvar for feltet trafikkmedisin.

Helsedirektoratet har vurdert forslagene i Jensen-rapporten. Direktoratet har valgt å prioritere arbeidet med å få til en endring av helsekravene i førerkortforskriften for å få klare forskriftsfestede regler. Resultatet av dette arbeidet sendes nå på høring med forslag til nytt Vedlegg 1.

«Meldepliktforskriften» - FOR-07-13-1467 *Forskrift om leges melding om at innehaveren av flysertifikat eller førerkort ikke fyller helsemessige krav* – vil bli erstattet av ny meldepliktforskrift med hjemmel i helsepersonelloven § 34. Forslag blir sendt på høring i første del av 2015. Det vil også bli lagt fram forslag til ny helseattest.

Med klarere regelverk som grunnlag for å få helseattest hos legen og sterkt innskrenket dispensasjonsadgang, er det forventet at antall førerkortsaker hos fylkesmennene vil bli vesentlig redusert.

1.4. Utforming av nytt regelverk

1.4.1. EU-direktiver

Flere EU-direktiver har bestemmelser om helsekrav til førerrett. Se gjennomgang under punkt 1.1 - Gjeldende rett. EU-direktivene angir minstekrav. Nasjonale myndigheter kan ha strengere bestemmelser.

Direktiv 2006/126/EF og direktiv 2009/112/EF er i det vesentlige implementert i norsk rett, men på noen punkter fremgår helsekravene her av retningslinjene til Vedlegg 1, og ikke av forskriften. Det gjelder blant annet en del av kravene ved epilepsi og synssvekkelse som er tatt inn i direktivet fra 2009. Helsekravene ved diabetes er blitt oppdatert og liberalisert i Vedlegg 1 i tråd med 2009-direktivet, men retningslinjene åpner samtidig for at det kan gis dispensasjon fra disse kravene.

Bestemmelsene i forslaget til nytt Vedlegg 1 oppfylder kravene i EU-direktivene. På enkelte punkter er de norske bestemmelsene strengere. I tillegg til de nevnte direktivene ble det den 1. juli 2014 vedtatt et nytt direktiv 2014/85/EU som gir bestemmelser om obstruktivt søvnapnesyndrom. Disse bestemmelsene implementeres i norsk rett gjennom forslaget til nytt Vedlegg 1.

1.4.2. Helsekrav i andre land

Under arbeidet med utforming av nye bestemmelser har helsekravene i sammenlignbare land også vært vurdert. Det gjelder i første rekke Danmark, Sverige og Storbritannia. Bestemmelsene i disse landene er omtalt under hvert kapittel i forslaget til nytt Vedlegg 1.

1.4.3. Ansvarliggjøring av publikum og helsepersonell

Bakgrunnen for helsekravene er å sikre at førere av motorvogn utgjør minst mulig trafiksikkerhetsrisiko. Riktige vedtak i førerkortforvaltningen er avhengig av gode medisinske vurderinger fra legenes og psykologenes side. Det kan være vanskelig for fastlegen å nekte å skrive ut helseattest for en pasient som ønsker å ha førerkort, og forvaltningen opplever mange ganger at legene opptrer som «pasientens advokat». En del leger synes ikke tilstrekkelig bevisst på sin rolle som premissleverandør for størst mulig trafiksikkerhet.

De foreslåtte bestemmelsene for nytt Vedlegg 1 vil gjøre det nødvendig for legene å foreta en mer omfattende vurdering etter nærmere angitte vilkår for ulike sykdomstilstander, før det skrives ut helseattest. Helseattesten gir grunnlag for å få utstedt førerkort på trafikkstasjonen, med den varighet som legen anbefaler. Dersom det antas at helsekravene i forskriften ikke vil være oppfylt før det er gått seks måneder, har lege, psykolog og optiker meldeplikt til fylkesmannen.

Fastlegene vil stå sentralt i dette arbeidet. I vurdering av helsekrav har spesialistvurderinger tradisjonelt blitt tillagt avgjørende vekt. Det vil fortsatt gjelde. Det er imidlertid fastlegen gjennom sin oppfølging av pasienten, dels i samhandling med spesialisten, som best kan foreta en totalvurdering av om helsekrav er oppfylt.

Forslaget som nå sendes på høring, er til dels nokså detaljert for å kunne være et godt verktøy for legene i deres håndtering av førerkortsaker. Det vil samtidig være behov for et godt medisinsk skjønn.

Den enkelte fører har selv et ansvar etter vegtrafikkloven for at helsekravene er oppfylt. Ved at helsekravene fastsettes i forskriften, vil det være enklere å sjekke om helsekravene er oppfylt og om det er behov for å oppsøke lege for en vurdering før man setter seg bak rattet igjen.

I forslaget til nytt Vedlegg 1 er det tatt inn bestemmelser som skal bidra til økt ansvarliggjøring for å få førerrett. Det fastsettes blant annet en opplysningsplikt om egen helse og krav til legitimasjon for å få helseattest.

Innføring av nye bestemmelser vil bli fulgt opp av informasjon gjennom flere kanaler både overfor leger og publikum.

1.4.4. Trafikksikkerhet og risikovurdering

Leger og psykologer må vektlegge hensynet til trafikksikkerhet når de vurderer førerkortsøkere med ulike former for helse- og funksjonssvikt. Det foreligger i liten grad eksplisitte sikkerhetsvurderinger for de enkelte helsetilstandene. Det er i stor grad legen/psykologen som må utøve skjønn i sin vurdering av om førerkortsøker «er i stand til å kjøre på trafikksikker måte», jf. § 2 i nytt Vedlegg 1.

Enkelte lidelser kan utgjøre en nærmest kontinuerlig risiko som f.eks. der fører har lav impuls kontroll, moderat til uttalt kognitiv svikt eller nærmest kontinuerlig er påvirket av midler som virker inn på kjøreevnen. Den som skriver helseattest, er premissleverandør og skal opplyse om de faktiske helseforhold en har informasjon om. I undersøkelsessituasjonen vil det naturlig skje en evaluering i forhold til førerrett. En fastlege har da en særlig mulighet til å følge opp en førerkortsøker som pasient ut over det å skrive en helseattest. Attestutsteder bør orientere førerkortsøker om at den endelige vurderingen av om øvrige vilkår for førerrett er oppfylt, ligger hos den myndighet som utsteder førerkort. Helseattesten er en bekreftelse på at søkeren fyller de nødvendige helsekrav, men for at søker skal få førerrett, stiller førerkortlovgivningen også en rekke andre krav som søker må tilfredsstille.

Noen lidelser kan opptre anfallsvis og gi en plutselig innsettende trafikksikkerhetsrisiko som ved epilepsi eller enkelte hjerte-/karsykdommer. I forslaget til nytt Vedlegg 1 skal legen ved enkelte tilstander angi om risikoen for slike plutselige anfall er mindre enn 20 % i førerkortgruppe 1 og mindre enn 2 % i førerkortgruppe 2 og 3. Grensene er satt for helsetilstander der vi i økende grad kan tallfeste risiko for anfall. EU-rapporten «Epilepsy and driving in Europe», 2005, p. 7-11 kom fram til disse tallene for akseptabel årlig anfallsrisiko når det gjelder epilepsi. Akseptabel risiko for førerkortgruppe 1 ble beregnet til 20 – 37 %. På dette grunnlag er det foreslått at grensen settes til mindre enn 20 % i de norske bestemmelsene.

EU sin ekspertgruppe i rapporten «New Standards for Driving and Cardiovascular Disease», October 2013. p 6-9, angir de samme tallene som i epilepsi-rapporten for akseptabel risiko for «Sudden

Cardiac Incapacitation (SCI)» eller svikt i hjerte- eller kretsløpssystemet som kan føre til plutselig innsettende bevissthetspåvirkning, jf. kapittel 11 i forslag til Vedlegg 1.

Bakgrunnen for grensene på 20 % og 2 % er spesielt to forhold. Dersom en setter risiko for uhell med kommersielle tunge kjøretøyer til 1, er tilsvarende risiko for private kjøretøyer 0,28. En kommersiell sjåfør kjører 25 % av døgnet mens en privatbilist i gjennomsnitt kjører 4 % av døgnet. Der trafikkulykker kan relateres til ulike helsesvekkelser, bør helsekravene være basert på slik kunnskap. Med økende kunnskap vil helsekrav i økende grad bli basert på sammenheng med trafiksikkerhetsrisiko. Som ved annen vurdering av risiko og sårbarhet inngår her sannsynligheten for en viss tilstand multiplisert med konsekvens. Konsekvensen av trafikkuhell med tyngre kjøretøyer er langt større enn med personbil. Dette tilsier strengere helsekrav i førerkortgruppe 2 og 3 enn i førerkortgruppe 1.

1.5. Utforming av nye bestemmelser om helsekrav

1.5.1. Valg av struktur

Dagens Vedlegg 1 til førerkortforskriften har til dels bestemmelser som omfatter en rekke ulike sykdomstilstander og helseforhold. Der en helsesvekkelse ikke passer inn under noen av bestemmelsene, vurderes tilstanden etter § 2 nr. 6: «Det må ikke være andre sykdomstilstander som gjør føreren uskikket til å føre motorvogn».

Forslaget til nytt Vedlegg 1 er mye mer detaljert, med konkrete bestemmelser og vilkår for sykdomstilstander og funksjoner. Bestemmelsene følger i det vesentlige de helsekrav som har vært gjeldende utfra retningslinjene.

Det er foreslått en struktur for Vedlegg 1 som innebærer at det for mange av sykdomstilstandene er en generell bestemmelse, mens helsekravene for spesifiserte sykdomstilstander vil fremgå av en tabell. Dette gjelder ved de fleste helsekravene som er behandlet i utkastet kapittel 4 til 18, blant annet ved helsekrav til epilepsi, andre bevissthetsforstyrrelser (synkope), nevrologiske sykdommer, psykiske lidelser, rus og legemidler. Noen sykdomstilstander har ikke vært ansett egnet for tabell, som kognitiv svikt. Her det bare foreslått en generell bestemmelse, og behovet for utfyllende opplysninger i veileder vil da være større enn der det er gitt spesifiserte krav i tabell.

I samarbeid med spesialister er det forsøkt å få med i tabellen de fleste aktuelle sykdomstilstander under de ulike kapitlene. Samtidig er det tatt høyde for at tabellen ikke vil være uttømmende. Det er ikke mulig å få med alle tilstander, og utviklingen både innenfor medisin og på andre områder vil kunne medføre endringer som ikke vil være omfattet av bestemmelsene i forskriften. Den generelle bestemmelsen vil derfor gjelde også for de tilstander som ikke er nevnt i tabellen. Det vil samtidig fremgå av veileder at bestemmelsene i tabellen kan gi føringer for å vurdere om helsekravene er oppfylt ved lignende sykdomstilstander i samme kategori, for eksempel nevrologiske sykdommer som ikke er nevnt i tabellen, eller andre typer anfall.

1.5.2 Tabellform og detaljerte bestemmelser

Valg av tabellform for å gi bestemmelser i en forskrift har fordeler, men gir også utfordringer. Det samme gjelder innføring av så spesifiserte/detaljerte bestemmelser i en forskrift. Vi legger til grunn at dette vil bli gjenstand for drøfting i høringsrunden og ber spesielt om tilbakemelding på disse forholdene.

1.5.3 Bruk av tabell

Tabellformen som er valgt for fastsettelse av helsekravene, kan blant annet ha disse fordelene

- den gir god oversikt over helsekravene
- den er lett å finne fram i for leger som skal utfylle helseattest
- den gir støtte for leger, psykologer og optikere, som er de yrkesgruppene som har meldeplikt til fylkesmannen ved ikke oppfylte helsekrav
- den er lett å slå opp i for publikum som ønsker å orientere seg om helsekravene ved egen sykdomstilstand eller helsesvekkelse

Utfordringene ved det fremlagte forslaget er at

- tabellformen kan være mer krevende når et forvaltningsvedtak skal hjemles i forskriften. Dette må ordnes ved forskriftstekniske løsninger som vil fungere i praksis. Vi ser på dette i samarbeid med Vegdirektoratet
- selv om tabellen gir god oversikt over helsekravene, er tabellene på noen områder svært omfattende, og mange av bestemmelsene kan være vanskelige å forstå uten å ha helsefaglig bakgrunn
- tekst i tabell vil bli noe mindre utfyllende og mer stikkordpreget enn ren forskriftstekst

I Storbritannia er helsekravene til førerkort satt opp i en tilsvarende tabell, men i form av retningslinjer «guidelines».

I Norge er tabellform lite brukt i helsefaglige forskrifter, men finnes blant annet i blodforskriften – FOR-2005-02-04-80.

1.5.4 Detaljerte helsekrav

Ved at det gis detaljerte helsekrav i Vedlegg 1 vil de reelle helsekravene fremgå av forskrift, i stedet for av veileder og forvaltningspraksis. Det vil gi større rettssikkerhet for de som vil ha førerrett. Det vil også gjøre det lettere for leger å vurdere om helsekravene er oppfylt når en pasient kommer for å få helseattest, og for å vurdere om det skal gis melding til fylkesmannen om at helsekravene ikke er oppfylt.

En av utfordringene ved å ha så detaljerte bestemmelser i forskrift, er at hvis det som følge av medisinsk eller samfunnsmessig utvikling og nye vurderinger er behov for å justere helsekravene, må endringene skje i forskrifts form og sendes på høring. Det innebærer at det vil ta tid og kreve ressurser å få endret helsekravene.

Detaljerte helsekrav kan også skape en oppfatning om at bestemmelsene dekker alle tilstander, og at helsekravene er oppfylt dersom det ikke står annet i forskriften. Det må gå klart fram av forskriften at bestemmelsene i tabellene ikke er uttømmende.

Med de mer skjønnspregede bestemmelsene vi har i dag, er helsekravene blitt endret ved å endre retningslinjene, fortrinnsvis ved revisjon av veilederen, men helsekravene er også i noen tilfelle blitt presisert i brev fra Helsedirektoratet til fylkesmennene. Vilkår for å gi dispensasjon fra helsekravene

er blitt endret på samme måte gjennom revisjon av retningslinjene. Det gir en fleksibilitet når det etter faglig vurdering er behov for å gjøre endringer.

At de reelle helsekravene fremgår av veileder/retningslinjer er imidlertid ikke ønskelig på et område som gjelder folks rettigheter, og hvor det er behov for å ha klare bestemmelser.

Helsedirektoratet anser derfor at det må gis mer detaljerte og konkrete bestemmelser for helsekravene til førerkort, både av hensyn til publikum og til de som skal praktisere regelverket i helsetjenesten og i forvaltningen.

1.5.5 Innstramming for noen – liberalisering for andre

Ved at helsekravene i forskriften i stor grad fastsettes i tråd med det som er de reelle kravene i dag i henhold til retningslinjene og forvaltningspraksis, vil de fleste som nå får dispensasjon fra fylkesmannen, kunne få helseattest hos fastlege eller spesialist. Helseattest vil eventuelt kunne gis med tidsbegrensning og andre vilkår som angitt i forskriften.

Personer som har hatt en «bevissthetsforstyrrelse» (f.eks. har besvimt uten klar årsak), oppfyller i dag ikke helsekravene i forskriften før det har gått 12 måneder i førerkortgruppe 1. Mange har imidlertid fått dispensasjon etter seks måneder med grunnlag i en medisinsk vurdering. En stor del av disse førerne vil med de nye bestemmelsene oppfylle helsekravene etter seks måneder og kunne få helseattest på angitte vilkår. Det blir også lettere å få helseattest i gruppe 2 og 3.

I førerkortgruppe 2 og 3 fører dagens bestemmelser til at helsekravene ikke er oppfylt dersom en person tidligere har hatt hjerte- og karsykdom, uavhengig av nåværende tilstand. Det har blant annet rammet førere av bil med et tilbakelagt hjerteinfarkt, og veldig mange har fått dispensasjon. Etter de nye helsekravene vil de kunne få helseattest etter medisinsk vurdering hos fastlege og spesialist.

Det blir også en liberalisering av kravene til å få førerrett etter tilbakelagt rusmisbruk og alkoholavhengighet, men det settes krav til tett oppfølging av lege og prøvetaking.

For noen grupper medfører de nye helsekravene imidlertid en innsnevring i mulighetene til å få førerrett. Det vil særlig gjelde for førerkortgruppe 2 og 3 der det ved enkelte tilstander ikke vil bli gitt helseattest, selv om det etter dagens regelverk ville bli gitt dispensasjon. Overgangsbestemmelser vil medføre at førerretten ikke bortfaller samtidig med innføringen av de nye reglene.

Blant de som blir berørt, er personer med syn på bare ett øye. EU-direktiv 2009/112/EF har en minstegrense for syn på begge øyne for gruppe 2 og 3, slik at det er nødvendig å ha noe syn også på det dårligste øyet. Personer med syn på bare ett øye vil ikke få dispensasjon for førerrett i gruppe 2 og 3 etter nye bestemmelser.

Det blir også en innstramming i forhold til personer med diabetes type 1 for førerkortgruppe 2 og 3. EU-direktivets bestemmelser er alt innført i norsk rett, men det har i en del tilfelle vært gitt dispensasjon fra dette regelverket etter en vurdering av trafikksikkerhetsrisiko. EU-direktivet angir minimumskrav som Norge er forpliktet til å rette seg etter.

Regelmessig bruk av beroligende legemidler som inneholder diazepam, vil etter de nye bestemmelsene ikke være forenlig med å føre motorvogn. Det blir også strengere krav ved bruk av andre legemidler av typen benzodiazepiner.

Endringer i helsekravene er ellers omtalt under de enkelte kapitlene i forslaget til nytt Vedlegg 1.

1.5.6 Nye EU-bestemmelser om søvnapne

Gjennom forslaget til nye helsekrav gjennomføres bestemmelsene i et nytt EU-direktiv om obstruktivt søvnapne syndrom. Søvnapne har tidligere ikke vært omfattet av egne bestemmelser etter norsk regelverk.

Obstruktivt søvnapne syndrom vil nå bli vurdert i henhold til faste grenseverdier og med krav til oppfølging.

1.5.7 Vedlegg eller egen forskrift

Vedlegg 1 har hatt en naturlig forankring i førerkortforskriften, siden helsekravene utgjør en del av de vilkår som stilles for å få eller fortsatt inneha førerkort. Forskriftshjemmelen for helsekravene ligger i Vegtrafikkloven § 24 femte ledd. Når bestemmelsene om helsekravene gis en annen form og blir så omfattende som foreslått, har det blant annet fra Vegdirektoratets side vært reist spørsmål om bestemmelsene ikke bør gis som en egen forskrift med mulig forankring i helselovgivningen. Juridiske og praktiske konsekvenser av en slik omlegging vil bli vurdert før et slikt forslag eventuelt vil bli fremmet.

Helsedirektoratet vil sammen med Vegdirektoratet se nærmere på muligheten for å gi bestemmelsene som egen forskrift og eventuell forankring av en ny forskrift.

Vedlegg 1 sendes på høring som vedlegg til førerkortforskriften. En eventuell omgjøring til forskrift vil ikke innebære vesentlige materielle endringer i helsekravbestemmelsene.

Del 2 Forslag til endring i de enkelte bestemmelsene i førerkortforskriften vedlegg 1

2.1 Kapittel 1 Definisjoner

Gjeldende rett

Vedlegg 1 til førerkortforskriften har i dag ingen egenbestemmelse som angir hvordan ord og begreper i vedlegget skal forstås. Førerkortforskriften har flere legaldefinisjoner i kapittel 2, blant annet definisjon av førerrett og førerkort. I førerkortforskriften kapittel 3 finnes en oversikt over hvilke førerkortklasser som finnes i Norge. Sentrale begreper i Vedlegg 1 som *førerkortgruppe*, *egenerklæring*, *helseattest* og *søker om førerrett* er imidlertid ikke definert.

Vurdering av behov for endringer

Helsedirektoratet mener det er behov for gi en definisjon av flere sentrale begreper i Vedlegg 1 til forskriften for å sikre lik forståelse. Det foreslås en ny definisjonsbestemmelse i vedlegget § 1.

Begrepene førerkortgruppe 1,2 og 3 omtales en rekke steder i vedlegget. Gruppeinndelingen har tidligere vært benyttet i retningslinjene til Vedlegg 1.

Gruppe 1 omfatter førerkortklasse A, A2, A1, B, BE, AM, S og T. Gruppe 2 omfatter klasse C, CE, C1 og C1E, og gruppe 3 omfatter klasse D, DE, D1 og D1E. Helsekravene er i mange tilfeller ulike for gruppene. I forslaget til Vedlegg 1 kapittel 4-18 er det angitt hvilke helsekrav som gjelder for hver gruppe. Vedlegg 1 har bestemmelser om krav til fremleggelse av egenerklæring og/eller helseattest.. For å sikre lik forståelse og bruk av standardiserte skjemaer, mener Helsedirektoratet det er behov for en definisjon i vedlegget.

Helsekravene til førerkortgruppe 3 gjelder også for personer som skal ha kompetansebevis for utrykningskjøring eller kjøreseddel for persontransport og for førerprøvesensorer og trafikklærere. Bestemmelsene om helsekrav for disse yrkesgruppene følger av eget regelverk med henvisning til førerkortforskriften Vedlegg 1. Jf. Utrykningsforskriften § 6, Lov om yrkestransport § 37 b, Sensorforskriften § 3 og Trafikkopplæringsforskriften § 6-2.

Det foreslås at definisjonene av *førerkortgrupper*, *egenerklæring* og *helseattest* inntas i Vedlegg 1 i stedet for i førerkortforskriften, da begrepene i liten eller ingen grad benyttes i andre deler av førerkortforskriften.

Helsedirektoratet mener videre det er behov for å definere begrepet *søker om førerett*. En *søker om førerett* vil i Vedlegg 1 omfatte alle som søker om første gangs utstedelse, fornyelse, utvidelse eller tilbakelevering av førerkort for motorvogn. Helsedirektoratet ønsker å tydeliggjøre at *søker om førerett* ikke bare gjelder de som søker om førerkort for første gang. Da *søker om førerett* omfattes av bestemmelsene i førerkortforskriften generelt, ikke bare i Vedlegg 1, foreslås det at definisjonen inntas i førerkortforskriften § 2-1 tredje ledd.

Forslag til endring

Vedlegg 1 § 1. Definisjoner

I dette vedlegget menes med:

- a) *Førerkortgruppe 1: førerkort i førerkortklassene AM, S, T, A1, A2, A, B, BE*
- b) *Førerkortgruppe 2: førerkort i førerkortklassene C1, C1E, C, CE*
- c) *Førerkortgruppe 3: førerkortklassene D1, D1E, D, DE*
- d) *Egenerklæring om helse: Egenerklæring om helse utfylt av søker om førerett på standardisert skjema fastsatt av Helsedirektoratet*
- e) *Helseattest: Helseerklæring utfylt av lege på standardisert skjema fastsatt av Helsedirektoratet*

Førerkortforskriften § 2-1 nytt tredje ledd

Med søker om førerrett forstås en person som søker om første gangs utstedelse, fornyelse, utvidelse eller tilbakelevering av førerkort for motorvogn.

§ 2-1 tredje ledd blir nytt fjerde ledd, § 2-1 fjerde ledd blir nytt femte ledd, § 2-1 femte ledd blir nytt sjette ledd og § 2-1 sjette ledd blir nytt sjuende ledd.

Forholdet til EU-direktiv

Europaparlaments- og rådsdirektiv 2006/126/EF av 20. desember 2006 om førerkort (tredje førerkortdirektiv), vedlegg III har i punkt 1 inntatt definisjoner for ulike førerkortgrupper. Direktivet inndeler førerkortklassene i to grupper, gruppe 1 og gruppe 2. Helsedirektoratets forslag til førerkortklasser i gruppe 1 svarer til EU-direktivets definisjon, med unntak av at forslaget i tillegg klassifiserer de nasjonale klassene S (beltemotorsykel) og T (traktor) som gruppe 1.

Helsedirektoratets forslag til førerkortklasser som inngår i gruppe 2 og gruppe 3, er alle definert som gruppe 2 i EU-direktivet. Helsekravene for førerkortgruppe 2 og 3 er i forslaget til nytt Vedlegg 1 i stor grad sammenfallende, men det finnes noen unntak hvor helsekravene for gruppe 3 er strengere enn for gruppe 2. Det anses derfor som hensiktsmessig å opprettholde inndelingen i tre førerkortgrupper her i landet. Forskriftene om utrykningskjøring, førerprøvesensorer og trafikkklærere samt yrkestrafikklovens bestemmelser om kjøreseddel for persontransport henviser alle til helsekravene for klasse D (gruppe 3).

EU-direktivet angir minimumskrav, og en inndeling i tre førerkortgrupper i norsk regelverk med noe strengere regler for gruppe 3 vurderes ikke å være i strid med direktivet.

Tredje førerkortdirektiv har ingen definisjon av egenerklæring og helseattest.

Høringsinstansenes syn

Det bes spesielt om høringsinstansenes syn på om det er behov for andre definisjoner enn de som er foreslått.

2.2 Kapittel 2 Generelle bestemmelser

Gjeldende rett

Generelle bestemmelser om helsekrav til førerrett finnes i dag i Vedlegg 1 § 1:

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

Når innehaver av førerkort som følge av langvarig svekkelse av helse eller fjørlighet 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.

Fører kortinnehaveren skal innlevere førerkortet til politiet. Dersom melding ikke kreves, er kjøring likevel ikke tillatt, så lenge tilstanden varer».

Vurdering av behov for endringer

Helsedirektoratet foreslår at den generelle bestemmelsen om helse i dagens Vedlegg 1 § 1 videreføres i ny § 2, med mindre endringer.

Direktoratet mener det er viktig at det fremkommer tydelig av vedlegget at føreren har plikt til å vurdere egen trafikkskikket og oppsøke lege ved behov. En tilsvarende bestemmelse finnes i vegtrafikkloven § 21, men av pedagogiske grunner er det hensiktsmessig at kravet til fører også fremgår klart av Vedlegg 1. Bestemmelsen om førerens plikter foreslås videreført uten vesentlige endringer.

Det foreslås også å videreføre en henvisning til legers plikt til å melde fra til fylkesmannen når noen ikke fyller helsekravene til førerrett. Meldeplikten er hjemlet i helsepersonelloven § 34 og meldepliktforskriften § 2 – FOR-1984-07-13-1467. Det anses hensiktsmessig å henvise til disse bestemmelsene i Vedlegg 1 siden det er nær sammenheng mellom regelverkene på dette området, og manglende oppfyllelse av helsekravene i Vedlegg 1 utløser en meldeplikt for leger, psykologer og optikere. Endelig utforming av denne bestemmelsen vil bli gjort når forslag til ny forskrift om meldeplikt vil foreligge i første halvår 2015. Henvisning til riktig paragraf vil da bli tatt inn.

Psykologer og optikere har hatt meldeplikt til Fylkesmannen siden helsepersonelloven trådte i kraft i 2001. Ny meldepliktforskrift som skal utarbeides med hjemmel i § 34, vil også omfatte disse yrkesgruppene. Tidligere gjaldt meldeplikten bare leger.

Forslaget til ny § 2 tredje ledd vil bli endelig utformet ved utarbeidelsen av ny meldepliktforskrift våren 2015. Dagens meldepliktforskrift pålegger leger å sende melding til fylkesmannen der det er helsesvekkelse i mer enn seks måneder som gjør det uforsvarlig å fortsette å føre motorvogn i de(n) klasse(r) førerretten gjelder for. Dette vil bli foreslått videreført i ny meldepliktforskrift. Det samme gjelder plikt til å gi førerkortinnehaver skriftlig beskjed dersom helsekravene ikke er oppfylt.

Helsedirektoratet foreslår videre å innta en bestemmelse i § 3 som regulerer i hvilke tilfeller det vil være tilstrekkelig med egenerklæring om helse. For første gangs utstedelse og fornyelse av førerkort i klassene AM, A, A2, A1, B, BE, S og T kreves det kun egenerklæring med mindre annet fremgår av de øvrige bestemmelsene i vedlegget. Bestemmelsene om egenerklæring og når det er behov for helseattest, fremgår i dag av Vedlegg 1 § 5. Helsedirektoratet anser det mest hensiktsmessig at kravene til egenerklæring fremgår av en egen bestemmelse. Krav til helseattest vil inngå som egen bestemmelse i kapittel 3 om helseundersøkelse og utstedelse av helseattest.

I tilfeller hvor det ikke kreves legeundersøkelse foreslås det å videreføre kravet om at det i tillegg til egenerklæring skal være gjennomført en synstest, jf. FOR-2004-10-01-1339 Forskrift om trafikkopplæring og førerprøve m.m. § 29-2 tredje ledd.

Forslag til endringer

§ 2. Generelt krav til helse

Ingen må føre motorvogn når vedkommende ikke er i stand til å kjøre på trafikk sikker måte på grunn av sykdom, annen helsevekkelse eller bruk av midler som gir svekket kjøreevne.

Når innehaver av førerkort som følge av helsevekkelse har grunn til å tvile på om føring av motorvogn kan skje på trafikk sikker måte, plikter vedkommende å oppsøke lege for undersøkelse før videre kjøring finner sted.

Lege, psykolog eller optiker som ved undersøkelse finner at fører av motorvogn ikke fyller helsekravene, skal gi fører beskjed om at helsekravene til førerrett ikke er oppfylt. Dersom lege, psykolog eller optiker finner at innehaver av førerkort har en helsevekkelse av mer enn seks måneders varighet som gjør det uforsvarlig å fortsette å kjøre motorvogn i de(n) klasse(r) førerretten gjelder for, har lege, psykolog og optiker plikt til å melde dette til fylkesmannen og gi førerkortinnehaver skriftlig informasjon om at helsekravene ikke er oppfylt. Jf. ny meldeplikt forskrift.

§ 3. Egenerklæring om helse

For klassene A, A2, A1, B, B1, BE, AM, S og T kreves, med unntak som følger av øvrige bestemmelser i vedlegg 1, kun egenerklæring om helse.

Der det ved førerprøve eller førerkortfornyelse ikke kreves legeundersøkelse, skal det i tillegg til fremleggelse av egenerklæring gjennomføres en synstest som bestemt i trafikkopplæringsforskriftens § 29-2, tredje ledd.

Forholdet til EU-direktiv

Europaparlaments- og rådsdirektiv 2006/126/EF av 20. desember 2006 om førerkort (tredje førerkortdirektiv) vedlegg III, punkt 3 og 4 har bestemmelser om når det skal kreves legeundersøkelse av en førerkortsøker. For gruppe 1 krever direktivet at søkere om førerrett skal gjennom en legeundersøkelse dersom det i forbindelse med de formaliteter som kreves gjennomført, eller under de prøver de skal avlegge før de får førerrett, viser seg at deres evne til å føre motorvogn er redusert av en av de grunner som er omhandlet i vedlegget til direktivet. Direktivets krav til de som søker om førerrett i gruppe 2, er at de skal gjennom en legeundersøkelse før de får førerrett første gang og deretter ved hver fornyelse undersøkes i tråd med gjeldende nasjonale bestemmelser. Forslag til nye bestemmelser i Vedlegg 1 oppfyller kravene i EU-direktivet.

2.3 Kapittel 3. Helseundersøkelse, utstedelse av helseattest m.v.

Gjeldende rett

Krav til egenerklæring og helseattest finnes i dag i Vedlegg 1 § 5:

«For førerkort første gang i klassene A, A2, A1, B, B1, BE, AM, 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 trafikkopplæringsforskriften § 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 75 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 eller utvidelse helseattest på fastsatt skjema (blankett NA 0202). 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 NA 0202b). 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.»

Helseattest med legeuttalelse

Helsedirektoratet foreslår å ta inn en bestemmelse i Vedlegg 1 § 4 som regulerer i hvilke tilfeller det er nødvendig å fremlegge helseattest med legeuttalelse. Bestemmelsen er delvis en videreføring av dagens § 5, men krav til fremleggelse av helseattest vil nå fremgå mer presist av vedlegget.

I ny § 4 bokstav a foreslås det et krav til helseattest der sykdom eller helsesvekkelse kan ha betydning for førerevnen. Med dette menes alle situasjoner hvor førerkortsøker har en sykdom eller helsesvekkelse som han eller hun forstår eller bør forstå kan ha betydning for førerevnen. Dette vil typisk kunne være helsesvekkelser som er omtalt i Vedlegg 1 kapittel 4-18. Førerkortsøker har selv et ansvar for å vurdere om han eller hun har en sykdom eller helsesvekkelse som krever helseattest.

I bokstav b foreslås det å forskriftsfeste at politi, helsemyndigheter og vegmyndigheter kan kreve helseattest. Helsedirektoratet mener det bør fremgå klart av Vedlegg 1 at relevante myndigheter har anledning til å kreve helseattest når de vurderer at det er behov for dette.

I bokstav c foreslås dagens bestemmelse om at det kreves helseattest ved førstegangssøknad om eller fornyelse av førerkort gruppe 2 og 3 videreført. Helsedirektoratet mener det fortsatt vil være behov for helseattest for disse gruppene.

I bokstav d foreslås det en bestemmelse om krav til helseattest ved utvidelse av førerkortet til en høyere klasse. Dette er i tråd med gjeldende bestemmelse.

I bokstav e foreslås det å videreføre kravet til helseattest ved fornyelse av førerkort med tidsbegrensning. Dette vil for eksempel gjelde der lege har anbefalt at føreretten gis begrenset varighet for å sikre forsvarlig medisinsk oppfølging, jf. førerkortforskriften § 4-3. Det samme gjelder blant annet der en person har hatt anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelse, men kan få en tidsbegrenset helseattest etter en observasjonsperiode. Jf. blant annet kapitlene om epilepsi og andre bevissthetsforstyrrelser.

I bokstav f er det foreslått en bestemmelse om krav til helseattest ved fornyelse av førerkort etter fylte 75 år. Dette er en videreføring av bestemmelsen i dagens Vedlegg 1 § 2 nummer 9 om krav til allmenn legeundersøkelse fra fylte 75 år og fremleggelse av helseattest også ved senere fornyelse. Høy alder medfører ikke nødvendigvis en dårligere helsetilstand, men eldre har økt risiko for helsesvekkelser som følge av gjennomgått sykdom, nedsatt førlighet, kognitiv svekkelse og bruk av medikamenter som kan påvirke kjøreevnen. Med økende antall eldre med førerkort er det viktig at krav til helseattest for fornyelse av førerkortet for denne aldersgruppen fremgår tydelig av forskrift.

Helsedirektoratet foreslår at helseattesten ikke skal være eldre enn tre måneder ved innlevering av søknad om førerkort. Dette er en innskjerping fra dagens praksis hvor det tillates gyldighet inntil 6 måneder. Da helsesituasjonen kan endre seg raskt, mener Helsedirektoratet at helseattesten bør ha kort gyldighetstid før innlevering til vegmyndighetene, for å sikre at helseopplysningene er oppdatert. Det vil likevel være behov for en viss tid til praktiske formål fra utstedelsen av helseattesten og til den fremlegges for trafikkstasjonen. Etter en avveining av de ulike hensynene har direktoratet funnet at tre måneder er den tidsrammen som ivaretar ulike hensyn best. Det innebærer at helseattesten ikke skal være eldre enn tre måneder på søknadstidspunktet, men det vil ikke være krav om at søknaden om førerett skal være behandlet innen tre måneder etter utstedelse av attesten.

Helsedirektoratet anser at dagens ordning med tre års administrativ gyldighet for helseattester er uheldig og bør avvikles. Ordningen har ført til at helseattest som er levert til vegmyndighetene innen 6 måneder etter at den ble utstedt, kan benyttes for å få førerkort i inntil 3 år etter utstedelsen, selv om dette ikke var den opprinnelige intensjonen med reglene. Det følger av tredje førerkortdirektiv, direktiv 2006/126/EF, og norsk regelverk at førere i førerkortgruppe 2 og 3, skal ha en helsekontroll hvert 5. år. Administrativ gyldighet på 3 år for helseattester kan i verste fall føre til at går inntil 8 år mellom to helsekontroller. Dette anses ikke å være i tråd med direktivets intensjon.

Helsedirektoratet vurderer det slik at gyldighetstiden må fremgå av helseattesten. For flere av helsekravene i forslaget til Vedlegg 1 er det satt en makstid for helseattestens varighet. Utsteder av attesten vil være den som har best forutsetninger for å vurdere dette.

Det foreslås også å videreføre bestemmelsen om forenklet attest dersom førerkortsøker under 75 år bruker synskorrigerende under kjøring. Nødvendig helseattest kan da begrenses til kun å gjelde synsfunksjonen dersom det ikke er andre grunner som taler for en fullstendig helseattest. Helseattestene blir i dag utarbeidet av Vegdirektoratet i samråd med Helsedirektoratet. Det er i forslaget til nytt Vedlegg 1 lagt til grunn at ansvaret for helseattestene blir lagt til Helsedirektoratet, jf. forslaget til ny § 1 d).

Forslag til endringer

§ 4. Helseattest med legeuttalelse

Helseattest med legeuttalelse kreves

- a) ved sykdom eller helsesvekkelse som kan ha betydning for føreevnen
- b) når politi, helsemyndighet eller vegmyndighet krever det
- c) ved første gangs søknad om eller fornyelse av førerkort gruppe 2 og gruppe 3
- d) ved utvidelse av førerkortet til høyere førerkortgruppe
- e) ved fornyelse av førerkort med tidsbegrensning
- f) ved fornyelse av førerkort etter fylte 75 år

Helseattesten må ikke være eldre enn tre måneder ved fremleggelse etter bestemmelsene i første ledd.

For person under 75 år som bruker synskorrigerende under føring av motorvogn eller er pålagt i førerkortet å bruke synskorrigerende, kan helseattest begrenses til synsfunksjonen dersom fullstendig helseattest ikke kreves av andre grunner, jf. § 13.

Undersøkelsen av førerkortsøker

Det finnes i dag ingen bestemmelse i Vedlegg 1 som regulerer hva en helseundersøkelse av førerkortsøker skal omfatte. I henhold til dagens Vedlegg 1 § 6 kan Helsedirektoratet gi nærmere regler om legeundersøkelse av dem som skal ha helseattest for førerkort eller kompetansebevis, og kan fastsette nærmere retningslinjer for fylkesmennenes behandling av slike saker. Slike regler og retningslinjer er gitt i IS-2070 Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker. Retningslinjene er utfyllende og detaljerte, og omhandler også vilkår for å gi dispensasjon fra helsekravene.

Helsedirektoratet mener det er ønskelig å ha en detaljert regulering av hva en undersøkelse av førerkortsøker skal omfatte i tillegg til en generell helseundersøkelse, og foreslår derfor å ta inn en bestemmelse om nødvendige undersøkelser i Vedlegg 1. Dette vil gjøre det tydelig for førerkortsøker hvilke undersøkelser og vurderinger som er påkrevd for å kunne si om helsekravene er oppfylt, og bidra til større forutsigbarhet og mer ensartet praksis ved utstedelse av helseattest.

Helsedirektoratet foreslår at det tas inn en bestemmelse i Vedlegg 1 om at opplysningene som fremkommer ved undersøkelse for å få helseattest for førerkort, behandles som en del av førerkortsøkers pasientjournal og oppbevares i samsvar med forskrift om pasientjournal FOR-2000-12-21-1385. Journalplikten er hjemlet i helsepersonelloven kapittel 8 og journalforskriften. Ved undersøkelse med sikte på helseattest, opptre legen som sakkyndig, men her kan det være en glidende overgang mellom å være behandler og sakkyndig. For at det ikke skal være tvil om at behandlingen av helseopplysninger ved slike undersøkelser, mener Helsedirektoratet det bør tas inn en bestemmelse i Vedlegg 1 med henvisning til journalforskriften.

Forslag til endringer

§ 5. Undersøkelsen av førerkortsøker

«Vurdering av om helsekrav er oppfylt for føring av motorvogn skal ut over en generell helseundersøkelse omfatte:

- a) undersøkelse av sensoriske funksjoner (syn, hørsel)
- b) vurdering av kognitiv funksjon, psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser
- c) undersøkelse av førlighet
- d) vurdering av legemiddelforbruk og bruk av rusmidler
- e) blod-, urin- eller andre relevante prøver og undersøkelser i den utstrekning det er nødvendig for å bedømme søkers helsemessige skikkethet.

De samlede helseopplysningene, herunder uttalelse fra relevant(e) spesialist(er), som legens vurderinger og konklusjon bygger på, behandles som del av søkers øvrige pasientjournal og oppbevares i samsvar med reglene i Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal»

Førerkortsøkers plikt til å informere

Det er i dag ikke nedfelt i Vedlegg 1 noen plikt for førerkortsøker til å gi relevante opplysninger til bruk i helseundersøkelsen og ved utstedelse av helseattest i førerkortsaker. Helsedirektoratet foreslår å innføre en bestemmelse om at førerkortsøker har plikt til å gi legen så fullstendige opplysninger som mulig om sin helsetilstand. En forskriftsfesting av opplysningsplikten vil understreke viktigheten av at førerkortsøker samarbeider med sin lege, slik at legen kan basere sin vurdering på et så fullstendig grunnlag som mulig.

Det foreslås videre å forskriftsfeste at det skal gå frem av egenerklæringen ved slike helseundersøkelser at førerkortsøker samtykker i at legen kan innhente de opplysningene som er nødvendige for å sikre en forsvarlig vurdering. Det vil også redusere muligheten for å skjule viktige helseopplysninger ved å benytte ulike leger.

For å sikre at det er den aktuelle førerkortsøkeren som gjennomgår legeundersøkelsen mener Helsedirektoratet det må tas inn et legitimasjonskrav i tråd med kravet førerkortforskriften § 5-2 tredje ledd om å fremlegge akseptabel legitimasjon med navn, fødselsnummer (11 siffer), eller D-nummer for de som ikke har norsk fødselsnummer, og bilde, for å få utstedt førerkort.

Forslag til endringer

§ 6. Plikt til å gi informasjon

«Søker om førerrett skal ved legeundersøkelsen legge fram gyldig legitimasjon med navn, fødselsnummer (11 siffer), eller D-nummer for de som ikke har norsk fødselsnummer, og bilde. Søkeren er pliktig til å gi legen så fullstendige opplysninger som mulig om sin helsetilstand. Det skal gå fram av egenerklæringen at søkeren ved sin underskrift samtykker i at legen kan innhente de helseopplysningene som er nødvendig for å sikre en forsvarlig vurdering.»

Dispensasjon og utfyllende bestemmelser

Gjeldende rett

Vedlegg 1 har i dag en hjemmel for at fylkesmannen kan gi dispensasjon fra helsekravene. Helsedirektoratet kan gi retningslinjer for legeundersøkelsen og fylkesmannens behandling av sakene. Hjemmelen finnes i § 6:

«Fylkesmannen på søkerens hjemsted kan i særlige tilfelle dispensere fra bestemmelsene i § 2, § 3 og § 4. Når det gjelder bestemmelsene om førlighet i § 2 nr. 7 og § 3 nr. 7, gjelder fylkesmannens dispensasjonsadgang bare hvor førlighetsreduksjonen 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 fylkesmennenes behandling av slike saker»

Vurdering av behov for endringer

Som omtalt under punkt 1.2, blir det i dag gitt dispensasjon fra helsekravene i Vedlegg 1 i et stort antall saker hvert år. Ved å endre helsekravene slik at de fleste som i dag vil få dispensasjon, nå vil oppfylle helsekravene eller få rett på en tidsbegrenset helseattest, vil grunnlaget for å gi dispensasjon i stor grad falle bort. Helsedirektoratet ønsker likevel å opprettholde en adgang til å få dispensasjon hos fylkesmannen, men muligheten for å dispensere vil bli sterkt begrenset.

Det foreslås at fylkesmannen bare kan gi dispensasjon fra helsekravene der det etter en samlet vurdering av helsetilstand og trafiksikkerhet vil være åpenbart urimelig ikke å gi dispensasjon.

Dispensasjon skal bare gis når det foreligger «særlig tungtveiende grunner». Bestemmelsen er ment som en snever unntaksbestemmelse til forskjell fra dagens dispensasjonshjemmel, hvor «særlige tilfeller» er blitt tolket svært vidt.

Vilkårene som begrenser dispensasjonsmuligheten til «særlige tungtveiende grunner» der det er «åpenbart urimelig» ikke å gi dispensasjon inneholder skjønnsmessige begreper som vil bli utdypet nærmere i veileder. De foreslåtte vilkårene innebærer at dispensasjon bare skal gis helt unntaksvis. Dispensasjon må ikke gis i strid med minimumskravene i EU-direktivene.

Helsekravene vil være de samme uavhengig av behov, og dispensasjon kan kun gis der det er åpenbart at førerkortsøkeren vil være tilstrekkelig trafiksikker.

Helsedirektoratet mener at det er hensynet til trafiksikkerheten som skal legges til grunn ved helseundersøkelsen og utstedelsen av helseattesten. Etter dagens praksis må de som søker om dispensasjon, oppgi hva slags behov de har for førerett (IS-2070 pkt. 3.1). Ulike behov, særlig yrkesmessig behov, inngår i vurderingen av om det skal gis dispensasjon. Ved utformingen av nye retningslinjer vil det gjøres klart at enkeltindividets behov for førerett ikke skal være en del av vurderingen for å gi dispensasjon fremover dersom helsekravene ikke er oppfylt.

Helsekravene vil være de samme uavhengig av behov, og dispensasjon kan kun gis der det er åpenbart at førerkortsøkeren vil være tilstrekkelig trafiksikker.

Fylkesmannens vedtak i dispensasjonssaker vil kunne påklages til Helsedirektoratet som i dag. Det foreslås å ta dette inn i Vedlegg 1 for å gjøre dette klart, selv om klageadgangen også fremgår av forvaltningsloven.

Ved en sterk innsnevring av dispensasjonsadgangen vil det være behov for overgangsbestemmelser for personer som har fått dispensasjon med tidsbegrenset gyldighet etter dagens ordning. Der personer har dispensasjon i dag, men ikke vil oppfylle helsekravene etter nye bestemmelser, må det vurderes om forlenget gyldighetstid skal gjøres avhengig av at lege har gjennomført ny helseundersøkelse og gitt helseattest etter de nye helsekravene.

Helsedirektoratet mener det også er behov for å videreføre bestemmelsen om at Helsedirektoratet kan gi nærmere retningslinjer til utfylling og gjennomføring av bestemmelsene i Vedlegg 1, men foreslår å dele hjemmelen for dispensasjon og bestemmelsen om utfyllende retningslinjer i ny § 7 og § 8. Det vil bli utarbeidet en veileder som erstatter dagens IS-2070 «Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker.»

Forslag til endringer

§ 7. Dispensasjon

Fylkesmannen på søkerens bosted kan dispensere fra bestemmelsene i kapittel 4 til 18 når det foreligger særlig tungtveiende grunner. Dispensasjon skal bare gis der det etter en samlet vurdering av helsetilstand og trafiksikkerhet vil være åpenbart urimelig å avslå en søknad om dispensasjon.

Helsedirektoratet er klageinstans for fylkesmannens vedtak etter første ledd.

§ 8. Utfyllende bestemmelser

Helsedirektoratet kan gi retningslinjer til utfylling og gjennomføring av vedlegg 1 til førerkortforskriften og for fylkesmennenes behandling av saker etter bestemmelsene i vedlegget.

Forholdet til EU direktiv

Europaparlaments- og rådsdirektiv 2006/126/EF av 20. desember 2006 om førerkort (tredje førerkortdirektiv) vedlegg 3 punkt 3, 4 og 5, inneholder bestemmelser om legeundersøkelse. Forslaget til nye bestemmelser om legeundersøkelse og helseattest, Vedlegg 1 kapittel 3, er i overensstemmelse med kravene i EU-direktivet.

Konsekvenser av forslaget

En endring av helsekravene med en betydelig innsnevring av dispensasjonsadgangen, vil føre til at fylkesmennene vil få færre førerkortsaker til behandling og få frigitt ressurser. Dispensasjonssakene utgjør i dag rundt 15.000 saker årlig.

Problemstillinger høringsinstansene bes uttale seg spesielt om

- Vil vilkårene for å gi dispensasjon, «særlig tungtveiende grunner» og «åpenbart urimelig», gi en tilstrekkelig innsnevring av dispensasjonsadgangen?
- Bortfall av «behov» som en del av vurderingen ved dispensasjon

2.4 Kapittel 4 Syn

Gjeldende bestemmelse

Dagens krav til synsevne for førerkortgruppe 1 går fram av Vedlegg 1 § 2 nr. 1 og 2:

- «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 enøydhed 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.»

For førerkortgruppe 2 og 3 gjelder følgende tilleggskrav i Vedlegg 1 § 3 nr. 1-3:

- «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.»

Beskrivelse av forholdene i dag

God synssans er en betingelse for å opptre sikkert i trafikken. Helsekravene i dagens Vedlegg 1 setter bare krav til synsstyrke og synsfelt med tillegg for førerkortgruppe 2 og 3 om at det ikke skal være dobbeltsyn.

I 2013 var det 556 søknader om dispensasjon som gjaldt syn. To av tre søknader gjaldt synsfelt. I førerkortgruppe 1 var det 376 søknader, i førerkortgruppe 2 var det 169 søknader og i gruppe 3 var det 73 søknader. Innvilgelsesprosenten var 70-80 prosent. Noen søker dispensasjon i flere førerkortgrupper.

Gjeldende veileder IS-2070 sier at dispensasjon som hovedregel ikke skal gis der det foreligger flere synsproblemer, f.eks. svekkelse i forhold til kravene både for synsstyrke og synsfelt.

Vurdering av behov for endringer

EU-direktiv 2009/113/EU av 25. august 2009 vedlegg III, punkt 6 fastsetter krav til synsfunksjoner som ikke er satt som synskrav i gjeldende Vedlegg 1. I direktivet er det i tillegg til synsstyrke og synsfelt krevd vurdering av funksjoner som dobbeltsyn, mørkeadaptasjon og følsomhet for blending og kontraster som viktige forutsetninger for sikker føring av motorvogn. Der en førerkortsøker ikke fyller kravene til synsfelt og synsstyrke for førerkortgruppe 1, kan det unntaksvis gis dispensasjon dersom en praktisk kjørevurdering er gjennomført og bestått. Det er da krav om at andre synsfunksjoner som er viktig for trafiksikkerheten, ikke er svekket.

Forslag til endring

§ 9. Helsekravene til syn er oppfylt når førerkortsøker fyller følgende krav til synsfunksjon:

	A	B	C
		Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	Synsstyrke	Minst 0,5 for begge øyne samlet eller 0,5 for ett øye	Minst 0,8 for det ene øyet og 0,1 for det andre øyet
2.	Synsfelt	a) minst 120 grader vidt i horisontalplanet, 50 grader til hver side og 20 grader opp- og nedadgående ved blikkretning rett fram og b) ingen utfall innenfor en radius på 20 grader ved blikk rett fram	a) minst 160 grader vidt i horisontalplanet, 70 grader til hver side og 30 grader opp- og nedadgående ved blikkretning rett fram og b) ingen utfall innenfor en radius på 30 grader ved blikk rett fram
3.	Dobbeltsyn	Helsekravet er ikke oppfylt de første måneder etter at dobbeltsyn oppsto. Helseattest kan deretter utstedes dersom øyelege attesterer at det er gjennomført tilfredsstillende kompensierende tiltak og praktisk kjørevurdering er gjennomført med tilfredsstillende resultat	Helsekrav ikke oppfylt
4.	Mørkeadaptasjon	Tilfredsstillende	God
5.	Blendingsfølsomhet	Lav	Lav
6.	Kontrastfølsomhet	God	Helsekrav ikke oppfylt ved svekket kontrastfølsomhet
7.	Plutselig betydelig reduksjon av syn på ett øye	Helsekravet er oppfylt når øyelege attesterer for tilfredsstillende generell synsfunksjon	Helsekravet er oppfylt etter 6 måneder dersom øyelege attesterer for tilfredsstillende generell synsfunksjon og praktisk kjørevurdering er gjennomført med tilfredsstillende resultat
8.	Plutselig tap av syn på ett øye	Helsekravet er oppfylt etter seks måneder dersom øyelege attesterer for tilfredsstillende generell synsfunksjon og praktisk kjørevurdering er gjennomført med tilfredsstillende resultat.	Helsekrav ikke oppfylt

§ 10. Krav til optisk korreksjon

Maksimal tillatt korreksjon for førerkortgruppe 2 og 3 er pluss åtte dioptrier. Dersom optisk korreksjon (ved bruk av briller, linser e.l.) er nødvendig for å oppfylle ovenstående krav, skal det stilles vilkår om at nødvendig korreksjon tåles godt og benyttes under føring av motorvogn.

§ 11. Vurdering ved ikke oppfylte synskrav

I helt spesielle tilfeller kan det gis førerrett i førerkortgruppe 1 selv om kravene til synsstyrke og synsfelt ikke er oppfylt. Helseattest kan gis etter vurdering hos øyelege. Synsfunksjonen må ikke være ytterligere svekket på grunn av andre forhold. Praktisk kjørevurdering må være gjennomført med tilfredsstillende resultat.

§ 12. Vurdering ved progressiv øyesykdom

Ved progressiv øyesykdom skal tidspunkt for ny vurdering fastsettes ut fra antatt progresjon av tilstanden.

§ 13. Vurdering ved brytningsfeil

Gjelder behovet for helseattest kun brytningsfeil i øyet, godtas attest på fastsatt skjema fra autorisert optiker.

Begrunnelse av forslaget

Tabellen i § 9 gir oversikt over synskrav som skal vurderes. Når det gjelder mørkeadaptasjon og blendings- og kontrastfølsomhet, har vi i dag ingen gode tester for disse funksjonene. I Norge hvor det er mange tunneller, er det sentralt å stille den som søker om førerrett åpne spørsmål rundt hvordan det oppleves å kjøre inn og ut av tunneller, spesielt ved motlyssituasjoner. Dette gir krav til god funksjon på disse synsparametere. Har førerkortsøker opplevd problemer i slike situasjoner? Lysforholdene i Norge er ofte utfordrende ved svekket synsfunksjon. Veileder vil for dette området gi ytterligere veiledning på vurdering av helsekravene.

Forholdet til EU-direktiv

EU har i Vedlegg III punkt 6 i direktiv 2009/113/EF av 25. august 2009 fastsatt helsekrav som er i overensstemmelse med forslaget til nytt Vedlegg 1 for synsstyrke, synsfelt, dobbeltsyn, mørkeadaptasjon og kontrastfølsomhet. EU-direktivet krever videre at sikker kjøreevne for førerkortgruppe 1 vurderes etter plutselig tap eller betydelig reduksjon av syn på et øye eller oppstått diplopi. Ved plutselig tap eller dobbeltsyn skal det for gruppe 1 være kjøreforbud i «en hensiktsmessig periode (f.eks. seks måneder)». For førerkortgruppe 2 og 3 skal sikker kjøreevne vurderes etter en betydelig reduksjon av syn på et øye, med et tilsvarende kjøreforbud i en hensiktsmessig periode, f.eks. seks måneder. Når perioden med kjøreforbud utløper, kan det gis førerrett etter attestasjon for tilfredsstillende syn og kjøreevne. Helsekravene for gruppe 2 og 3 er ikke oppfylt ved dobbeltsyn eller tap av syn på ett øye.

Helsekrav i andre land

Storbritannia og Sverige har helsekrav som sammenfaller med våre tidligere bestemmelser for krav til synsfunksjon. Danmark har oppdatert sine krav til synsfunksjoner og krever god kontrastfølsomhet for førerkortgruppe 2 og 3.

Konsekvenser av forslaget

Nytt Vedlegg 1 krever vurdering av flere sider ved synsfunksjonen enn før. Svekket kontrastfølsomhet hevdes å være like vesentlig som synsstyrke i underkant av gjeldende krav. Viktig er at vi ikke har gode metoder til eksakt vurdering av mørkeadaptasjon, blendingsfølsomhet og kontrastfølsomhet. Øyeleger må her gi oss en best mulig kvalifisert vurdering når optikere og leger er i tvil.

Kravene i direktivet om at praktisk kjørevurdering skal avholdes i spesifiserte tilfeller, etterkommes ved de nye bestemmelsene.

2.5 Kapittel 5 Hørsel

Gjeldende bestemmelse

Dagens krav til hørsel gjelder bare for førerkortgruppe 3 og går fram av Vedlegg 1 § 4 nr. 2:

«Talestemme må oppfattes på 4 meters avstand.»

For førerkortgruppe 1 og 2 er det ingen krav til hørsel for førerrett.

Beskrivelse av forholdene i dag

Kravet til hørsel i førerkortgruppe 3 gjelder først og fremst der det er tale om personbefordring. Der søker er ervervsmessig avhengig av førerkort i klasse 3 uten personbefordring, har dispensasjon vært gitt i et fåtall saker.

Vurdering av behov for endringer

Dagens hjelpemidler for nedsatt hørsel gir generelt god kompensasjon slik at en kan oppnå sikker føring av motorkjøretøy i førerkortgruppe 3. Det er derfor rimelig å inkludere i forskriftsteksten nødvendig bruk av hørselshjelp.

Forslag til endring

§ 14. *For førerkortgruppe 3 kreves at talestemme oppfattes på 4 meter, om nødvendig ved bruk av hørselshjelp.*

Begrunnelse av forslaget

Svekket hørsel har liten sammenheng med økt risiko ved føring av motorvogn. Dagens kjøretøyer har i økende grad sikkerhetsutstyr som gir visuelle signaler eller varsler på annen måte som setter krav til god førerlighet (f.eks. vibrasjonssans). I veileder til Vedlegg 1 vil det derfor bli lagt vekt på at det ikke er

samtidig synssvekkelse, kognitiv svikt, førlighetssvekkelse eller annen helsesvekkelse som fører til svekket evne til å kompensere for hørselssvekkelsen.

Forholdet til EU-direktiv

Tredje førerkortdirektiv (2006/126/EF) har krav om legeuttalelse for å gi førerett i gruppe 2. Ved undersøkelsen skal det tas hensyn til kompensasjonsmulighetene. I Norge blir hørselen sjekket ved utstedelse av helseattest for gruppe 2 og 3.

Helsekrav i andre land

Sverige har sammenfallende helsekrav som foreslått i nytt Vedlegg 1. Danmark krever legeuttalelse om kompensasjonsmulighetene. For døve kreves at det er montert to sidespeil.

Konsekvenser av forslaget

Nytt Vedlegg 1 betyr ingen praktisk endring for førerett for personer med svekket hørsel.

2.6 Kapittel 6 Kognitiv svikt

Gjeldende bestemmelse

Dagens helsekrav til kognitive funksjoner framgår av vedlegg 1 § 2 nr. 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.»

Beskrivelse av forholdene i dag

Personer med demens utgjør den største gruppen med kognitiv svikt med betydning for trafiksikkerheten. Demens har klar sammenheng med økende alder. Med økende alder kommer også synssvikt og førlighetssvekkelser med innvirking på kjøreevnen. Allerede i løpet av de neste 5-6 år er det forventet at antall førerkortinnehavere over 75 år vil nesten fordobles. Kognitiv svikt er også hyppig etter hjerneslag, ved psykiske lidelser og mange nevrologiske lidelser. Bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen mens midlet er i kroppen, kan også over tid gi varig svekkelse av kognitive funksjoner.

For kognitiv svikt inkludert demens var det i 2013 313 søknader om dispensasjon. Av disse fikk 165 eller 53 % dispensasjon. De aller fleste gjaldt førerkortgruppe 1. For gruppen 81-85 år økte antall årlige inndragninger fra 2009 til 2013 med 61 % fra 530 til 851.

Inndragning av førerkort hos eldre skyldes i mange tilfeller påfallende kjøring med årsak i kognitiv svikt. Politiet har ikke statistikk som skiller de ulike årsaker til inndragning.

Vurdering av behov for endringer

Tilfredsstillende kognitive funksjoner er vesentlig å få vurdert hos førere som skal ut i dagens trafikkbilde. Veileder til nytt Vedlegg 1 vil derfor få klare føringer for anbefalte undersøkelser der lege/psykolog ser at kognitive funksjoner bør undersøkes nærmere. Også helseattesten vil få en presisering på at de kognitive funksjoner er vurdert.

Forslag til endring

§ 15. Helsekrav ved kognitiv svikt

Helsekrav er ikke oppfylt når det foreligger redusert oppmerksomhetsevne, redusert psykomotorisk tempo, nedsatt hukommelse, nedsatt evne til å forstå eller handle i forhold til ulike trafikkmønstre, redusert dømmekraft eller forlenget reaksjonstid, der slik svekkelse kan føre til økt trafiksikkerhetsrisiko.

Begrunnelse av forslaget

Ny paragraf 15 omtaler funksjoner som spesielt skal vektlegges når kognitive funksjoner relevant for føring av motorvogn skal vurderes. Dette kapittelet har ikke klart definerte helsekrav ved ulike former for kognitive svekkelser. Det er veileder som skal gi føringer for nærmere vurdering av kognitiv svikt.

Veilederen vil vise til anbefalte tester som kan utføres hos allmennlegene. Det tas ikke sikte på screening av personer over en viss alder som f.eks. 75 år. Det er legen som vurderer når de anbefalte testene skal gjennomføres. Nevropsykologer er den naturlige spesialistgruppe å henvise til for nærmere vurdering av om helsekrav er oppfylt. Der det fortsatt er tvil om søker fyller vilkårene, bør det avholdes praktisk kjørevurdering. Kjørevurderingen rekvireres av fylkesmannen, og skal bare avholdes dersom det er avklart at prøve kan skje uten fare for liv og helse.

Forholdet til EU-direktiv

EU har i direktiv 2006/126/EU vedlegg III pkt. 13.1 en bestemmelse om at førerkort ikke må utstedes eller fornyes for søkere og førere som lider av alvorlige mentale forstyrrelser, medfødt eller ervervet ved sykdom, traumatiske lidelser eller nevrokirurgiske inngrep. Det samme gjelder for førere eller søkere som er alvorlig mentalt tilbakestående og personer som lider av alvorlig alderdomssvekkelse, en alvorlig svekket dømmekraft, atferd eller tilpasningsevne som er knyttet til personligheten. Vi mener at forslaget til § 15 tilfredsstillende kravene i direktivet.

Helsekrav i andre land

I Storbritannia er evaluering av kjøreferdighet ansett å være vanskelig ved begynnende kognitiv svikt. Der det er tilfredsstillende kjøreferdighet ved begynnende demens, anbefales årlig helsevurdering.

I Sverige legges særlig vekt på apraksi og neglekt ved kognitive forstyrrelser som også inkluderer forhold nevnt i foreslått § 15. Demens blir ansett som mild der pasienten lever et selvstendig liv med intakt omdømme og har da rett til førerkort i gruppe 1 med årlig vurdering av om helsekrav er oppfylt.

I Danmark er det krav om test for kognitivt funksjonsnivå ved fylte 70 år. Der søker ikke er godt orientert og viser svikt i kognitive tester, er helsekrav ikke oppfylt. Ved tvil om kognitiv svikt og i tillegg manglende dømmekraft eller motoriske, syns- eller kretsløpsproblemer, henvises til veiledende *helbredsmessig* kjøretest.

Konsekvenser av forslaget

Endringen av førerkortforskriften 19. januar 2013 der det ble krevd full helseattest fra fylte 75 år, utløste et behov for økt ressursbruk fra legenes side til vurdering av førerkortsøkere. Med det sterkt økende antall eldre som ønsker å ha førerkort, vil ressursbehovet øke ytterligere i årene framover. Det vil i veilederen også bli gitt klarere retningslinjer for vurdering av kognitive funksjoner ved ulike sykdomstilstander. Økt behov for vurdering av kognitive funksjoner vil medføre økt bruk av legens tid ved førerkortvurderingene. Et økende antall eldre vil også kunne medføre behov for mer praktisk kjørevurdering ved trafikkstasjonene.

2.7 Kapittel 7 Nevrologiske sykdommer

Gjeldende bestemmelse

Nevrologisk sykdom faller bl.a. inn under dagens krav til helse og førlighet for førerkortgruppe 1 i Vedlegg 1 § 2 nr. 6:

«Det må ikke være andre sykdomstilstander som gjør eller kan gjøre føreren uskikket til å føre motorvogn.»

og videre i § 2 nr. 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».

Kravene gjelder også gruppe 2 og 3.

Beskrivelse av forholdene i dag

Nevrologisk sykdom utgjør ingen egen sykdomsgruppe i dagens vedlegg 1. Bevissthetsforstyrrelser, førlighetssvekkelser og kognitiv svikt ved nevrologisk sykdom har i mange tilfelle blitt vurdert ut fra bestemmelsen i § 2 nr. 6 i tillegg til bestemmelsene i § 2 nr. 3, 4 og 7. I 2013 var det i alt 378 søknader, og det ble gitt dispensasjon til 81 %. De fleste sakene gjaldt apoplexi (hjerneslag) hvor 80 % fikk dispensasjon. Det var flest søknader i førerkortgruppe 1.

Vurdering av behov for endringer

Nevrologisk sykdom kan føre til svekkede motoriske, sensoriske og kognitive funksjoner. Kjøreevnen kan bli svekket plutselig eller gradvis over tid. Enkelte tilstander kan oppnå full eller delvis tilheling. Noen sykdomsforløp kan være karakterisert ved akutte forverrelser med usikkert utfall fra den ene gangen til den andre. Det er derfor viktig med tett oppfølging fra lege ved disse sykdommene for å få en vurdering av om sykdommen i ulike faser utgjør en trafiksikkerhetsrisiko. Dette fritar ikke innehaver av førerkort fra å utvise tilbørlig aktsomhet når det gjelder egen kjøreevne.

I faser med aktiv sykdomsforverring eller faser der tilstanden ikke er stabil, er føring av motorvogn ikke tillatt. For alle førerkortgrupper er det foreslått minst 3 måneder tilfredsstillende symptomkontroll før kjøring kan finne sted. Tyngre kjøretøyer utgjør en større trafikksikkerhetsrisiko. Ved neurologisk sykdom er det spesielt viktig med grundig utredning og vurdering av om helsekravene er oppfylt for førerkortgruppe 2 og 3. Helseattest kan gis først når det er holdepunkter for god prognose.

Forslaget til ny bestemmelse i Vedlegg 1 har en relativt detaljert tabell over neurologiske sykdommer og vurdering i forhold til om helsekrav er oppfylt. Der listen ikke er komplett, vil helsekravene ved sykdom med sammenlignbare symptomer og funksjonsevne være veiledende for legens konklusjon.

Kjøreevne ved neurologisk sykdom kan være vanskelig å vurdere i klinisk sammenheng. Praktisk kjørevurdering kan da være avgjørende for en konklusjon på om førerkortsøker skal ha førerett.

Direktiv 2014/85/EU

Kommisjonen vedtok direktiv 2014/85/EU 1. juli 2014. Direktivet er et endringsdirektiv til tredje førerkortdirektiv. Direktivet er EØS-relevant, og må implementeres i norsk regelverk. Fristen for implementering er 31. desember 2015. Endringsdirektivet viderefører tidligere bestemmelse om helsekrav ved neurologisk sykdom. For å få utstedt eller fornyet førerkort må personer som lider av en alvorlig neurologisk sykdom, ha vært vurdert av lege. Direktivet angir hva det skal legges vekt på ved vurderingen. Direktivene om epilepsi og bevissthetsforstyrrelser er omtalt i respektive kapitler.

Forslagene nedenfor til helsekrav ved neurologiske sykdommer i nytt Vedlegg 1 er i overensstemmelse dette direktivet.

Forslag til endring

§ 16. Helsekrav ved neurologiske sykdommer

Helsekrav er ikke oppfylt når neurologisk sykdom, skade eller operative inngrep gir endret funksjon av det sentrale eller perifere nervesystem med for eksempel svekket balanse, svekket koordinasjon, svekkede psykomotoriske funksjoner, svekkede kognitive funksjoner eller visuell neglekt og svekkelsen gir økt trafikksikkerhetsrisiko.

§ 17. Spesielle bestemmelser ved noen neurologiske sykdommer

For neurologisk sykdom som inngår i tabellen i annet ledd, gjelder bestemmelsene i tabellen. Listen i tabellen er ikke uttømmende. De generelle helsekravene i § 16 gjelder ved all neurologisk sykdom.

	A	B	C
	Nevrologisk sykdom	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3

1.	Enkeltstående TIA (transitorisk iskemisk attack) med remisjon innen 24 timer og hjerneslag med remisjon innen en uke	Helsekrav oppfylt etter en måned dersom det ikke er synsfeltutfall, kognitiv svikt, pareser eller følgetilstander som påvirker kjøreevnen. Helseattest kan deretter gis for inntil to år av gangen i fire år, før den kan gis med vanlig varighet.	Helsekrav oppfylt etter seks måneder dersom det ikke er synsfeltutfall, kognitiv svikt, pareser eller følgetilstander som påvirker kjøreevnen. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen i fire år, før den kan gis med vanlig varighet.
2.	Flere TIA og hjerneslag med a) remisjon innen en uke b) god rehabilitering	Helsekrav oppfylt etter tre måneder. Helseattest kan deretter gis for inntil to år av gangen i fire år, før den kan gis med vanlig varighet.	Helsekrav oppfylt etter tolv måneder. Det kreves vurdering av relevant spesialist. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen i fire år, før den kan gis med vanlig varighet.
3.	TIA og hjerneslag med a) remisjon innen en uke og b) atrieflimmer uten synkoper	Helsekrav oppfylt etter tre måneder med stabil antikoagulasjon. Helseattest kan deretter gis for inntil to år av gangen i fire år, før den kan gis med vanlig varighet.	Helsekrav oppfylt etter tolv måneder med stabil antikoagulasjon og etter vurdering av nevrolog. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen i fire år, før den kan gis med vanlig varighet.
4.	TIA og hjerneslag i sammenheng med carotisstenose over 70 % som ikke behandles	Helsekrav oppfylt etter seks måneder der nevrolog vurderer mindre enn 20 % årlig risiko for nye anfall. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen i fire år før den kan gis med vanlig varighet.	Helsekrav oppfylt etter tolv måneder der nevrolog vurderer mindre enn 2 % årlig risiko for nye anfall. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen i fire år, før den kan gis med vanlig varighet.
5.	Hjerneslag med a) remisjon innen en uke og b) tilfredsstillende syn, førlighet og kognitiv funksjon c) ingen spesielle risikofaktorer	Helsekrav oppfylt etter tre måneder. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen i to år, før den kan gis med vanlig varighet.	Helsekrav oppfylt etter seks måneder. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen i to år, før den kan gis med vanlig varighet.
6.	Hjerneslag med a) lengre remisjonstid b) tilfredsstillende syn, førlighet og kognitiv funksjon og c) risikofaktorer kartlagt og tilfredsstillende behandlet	Helsekrav oppfylt etter 6 måneder. Helseattest kan deretter gis for inntil to år av gangen i fire år, før den kan gis med vanlig varighet.	Helsekrav oppfylt etter to år etter vurdering av relevant spesialist. Helseattest kan deretter gis for inntil et år av gangen i fire år før den kan gis med vanlig varighet.
7.	Multipel sklerose	Helsekrav oppfylt dersom det etter medisinsk vurdering er tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne.	Helsekrav oppfylt dersom det etter medisinsk vurdering er tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne.

		<i>Helseattest kan gis for ett år av gangen eller lenger, dersom nevrolog anbefaler det.</i>	<i>Helseattest kan gis for inntil ett år. Krav om årlig vurdering av nevrolog.</i>
8.	<i>Motornevro sykdom/ALS (amyotrofisk lateralsklerose) Andre progressive, neurodegenerative sykdommer, parkinsonisme</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom det etter medisinsk vurdering er tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne. Helseattest kan gis for inntil ett år.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
9.	<i>Demens</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom nevrolog med spesiell kompetanse etter helhetlig vurdering finner tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne. Helseattest kan gis for inntil ett år.</i>	
10.	<i>Parkinsons sykdom</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom det etter medisinsk vurdering av nevrolog er funnet tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne. Helseattest kan gis for inntil to år der sykdommen er stabil og behandling er avklart.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
11.	<i>Akutt meningitt og encefalitt</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved full restitusjon inkludert kognitive funksjoner og dersom pasienten ikke har hatt kramper. Ved kramper i akutfase er helsekrav oppfylt etter seks måneder Ved kramper etter akutfase gjelder helsekrav som ved epilepsi, jf kapittel 8</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved full restitusjon dersom pasienten ikke har hatt kramper. Ved meningitt med kramper i akutfase er helsekrav oppfylt etter fem år uten antikonvulsiva. Ved encefalitt med kramper i akutfase er helsekrav oppfylt etter ti år uten antikonvulsiva. Ved kramper etter akutfase gjelder helsekrav som ved epilepsi, jf. kapittel 8</i>
12.	<i>Transitorisk global amnesi (TGA)</i>	<i>Helsekrav oppfylt</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre måneder observasjonstid uten nye episoder.</i>
13.	<i>Traumatisk hjerneskade med intrakranielt hematom, skade av dura eller kontusjon av hjernevev</i>	<i>Helsekrav oppfylt tidligst etter ett år med tilfredsstillende syn, førlighet og kognitiv funksjon vurdert av relevant spesialist. Ved kramper gjelder helsekrav som ved epilepsi.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre år med tilfredsstillende syn, førlighet og kognitiv funksjon vurdert av nevrolog. Ved kramper gjelder helsekrav som ved epilepsi.</i>
14.	<i>Subduralt hematom</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved full restitusjon inkludert kognitive funksjoner</i>	<i>Helsekrav oppfylt ett år etter full restitusjon inkludert kognitive funksjoner</i>
15.	<i>Intrakranielle aneurismer –</i>	<i>Helsekrav oppfylt</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>

	<i>tilfeldig påvist</i>		
16.	<i>Intrakranielle aneurismer - opererte</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved full restitusjon</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ett år etter vurdering av relevant spesialist. Helseattest med varighet to år før den kan gis med vanlig varighet.</i>
17.	<i>Neoplasmer</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist</i>
18.	<i>Intracerebral absess, subduralt empyem</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter to år etter vurdering av relevant spesialist. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen i fem år, før den kan gis med vanlig varighet.</i>	<i>Helsekrav kan være oppfylt etter ti år etter vurdering av relevant spesialist. Helseattest med varighet inntil ett år av gangen i fem år, før den kan gis med vanlig varighet.</i>
19.	<i>Ryggmargsbrokk</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tilrettelegging og vurdering ved spesialist</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tilrettelegging og vurdering ved spesialist</i>
20.	<i>Morbus Menière</i>	<i>Helsekrav oppfylt der tilstanden vurderes som stabil og anfallene kommer varslet. Helseattest kan gis for inntil to år første gang og deretter for inntil fem år av gangen</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre år uten anfall vurdert av relevant spesialist. Helseattest med varighet to år i fire år før vanlig varighet.</i>
21.	<i>Nevritis vestibularis</i>	<i>Helsekrav oppfylt når nystagmus og svimmelhet ikke utløses ved gyatoriske provokasjoner</i>	<i>Helsekrav oppfylt når nystagmus og svimmelhet ikke utløses ved gyatoriske provokasjoner</i>
22.	<i>Cerebral parese</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom tverrfaglig spesialistvurdering finner tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne. Helseattest kan gis for fem år av gangen</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved svært milde former dersom tverrfaglig spesialistvurdering finner tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne. Helseattest kan gis for tre år før vanlig varighet.</i>

Begrunnelse av forslaget

Paragraf 16 er den overordnede føring for en generell vurdering av helsesvekkelse som kan følge med neurologisk sykdom. Bestemmelsene om neurologisk sykdom må ses i sammenheng med kapittel 6 om kognitiv svikt, kapittel 8 om epilepsi og epilepsilignende anfall, kapittel 9 om bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelser av annen årsak enn epilepsi og kapittel 10 om søvnsykdommer. De nevnte sykdomsgruppene tilhører alle det såkalte neurologispektret. Ved behov for vurdering av spesialist vil det være nevrologer, dels med grenspesialisering, som vil være nærmeste rådgiver for om helsekrav er oppfylt.

Helsekrav i andre land

Storbritannia har i en tabell over nevrologisk sykdom i sin veileder flere spesifikasjoner enn det som er lagt inn i forslaget til vedlegg 1. Bl. a. er den engelske tabellen mer detaljert på ulike svulster og karanomalier. Paragraf 16 bør her være førende for en spesialistvurdering ved siden av utfyllende tekst i kommende veileder. Helsekrav, karenstider og tid for gyldighet av førerrett i den engelske veilederen er sammenfallende med tabellen i § 17.

Sverige har i sin forskrift i prinsippet identiske krav som angitt i § 16. Det er ikke gitt detaljerte føringer i forhold til de enkelte diagnoser slik tabellen i § 17 gir.

Danmark har en annen kategorisering av sykdommer med nevrologisk funksjonssvikt. Spesielt i forhold til karsykdom i sentralnervesystemet har danskene gjort en vurdering av helsekrav som er videreført i vår tabell. Helsekrav slik de er utformet i Sundhedsstyrelsens vejledning, er sammenfallende med helsekravene i § 17.

Konsekvenser av forslaget

Nytt Vedlegg 1 gir både generelle og spesifikke helsekrav ved ulike nevrologiske sykdommer. Slike helsekrav er vanskelig å fastslå klart utfra dagens Vedlegg 1 og dels også fra retningslinjene i IS-2070.

2.8 Kapittel 8 Epilepsi og epilepsilignende anfall

Gjeldende bestemmelse

Dagens krav for førerkortgruppe 1 går fram av 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.»

Tilleggskrav til førerkortgruppe 2 går fram av Vedlegg 1 § 3 nr. 4:

«Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet, og medikamentell forebyggelse av anfall ikke ha vært i bruk eller ansett nødvendig, de siste 10 årene.»

Tilleggskrav for førerkortgruppe 3 går fram av 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»

Kravene til gruppe 2 gjelder også for gruppe 3.

I tillegg har førerkortforskriften § 4-1 første ledd en bestemmelse om at førerkortet skal ha maksimal varighet på fem år dersom innehaveren har hatt anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) innenfor de siste fem årene før førerkortutstedelsen.

Beskrivelse av forholdene i dag

Epileptiske anfall er den hyppigste årsaken til bevissthetstap under føring av motorvogn. Dagens forvaltningspraksis krever alltid uttalelse fra spesialist i nevrologi. Spesialistens vurdering baserer seg på sykehistorie, anfallsbeskrivelse med omstendigheter rundt dette, klinisk undersøkelse, som regel EEG og CT/MR. Behov for og etterlevelse av anfallsbeskyttende behandling inngår i nevrologens risikovurdering og konklusjon.

Epilepsi defineres i vedlegget til direktiv 2009/113/EF punkt 3 nr. 12 som to eller flere epileptiske anfall innenfor en femårsperiode. Før det kan gis førerrett i førerkortgruppe 2 og 3 krever direktivet at det skal være gjennomført en «omfattende nevrologisk undersøkelse», og at det ikke er avdekket noen cerebral patologi. I tillegg må elektroencefalografi vise at det ikke er noen epileptiform aktivitet. I dette direktivet fremgår det at føring av motorvogn ikke kan finne sted før årlig anfallsrisiko er 2 % eller lavere for førerkortgruppe 2 og 3.

Dagens forvaltningspraksis i Norge er fulgt opp for alle førerkortgrupper ved at det ikke gis dispensasjon ved strukturelle intrakranielle forandringer og/eller epileptiforme trekk i EEG. I 2013 var det 673 søknader i gruppen epilepsi. 410 eller 61 % fikk dispensasjon. Av de som søkte dispensasjon for førerkortgruppe 1, ble 67 % innvilget. For førerkortgruppene 2 og 3 ble bare vel 20 % innvilget i hver gruppe.

I dagens Vedlegg 1 er det samme bestemmelse som regulerer epilepsi og andre bevissthetsforstyrrelser.

Vurdering av behov for endringer

Dagens forvaltningspraksis er i samsvar med EU-direktivet. Krav om at det ikke skal påvises intrakranielle forandringer og/eller epileptiform aktivitet i EEG kommer nå inn i forskriften.

Bevissthetstap (synkope) og bevissthetsforstyrrelser av annen årsak enn epilepsi tas inn som eget kapittel i forskriften.

Forslag til endring

§ 18. Generelle helsekrav ved epilepsi og epilepsilignende anfall

Helsekrav er ikke oppfylt for

- 1) førerkortgruppe 1 ved diagnostisert epilepsi med anfall innenfor de siste fem år
- 2) førerkortgruppe 2 og 3 ved diagnostisert epilepsi med anfall innenfor de siste ti år eller bruk av legemidler mot epilepsi i samme periode

§ 19. Uttalelse fra spesialist i nevrologi

Det kreves uttalelse fra spesialist i nevrologi etter første gangs anfall og ved tilbakelevering av inndratt førerkort.

§ 20. Spesielle krav ved noen former for epilepsi og epilepsilignende anfall

For epilepsi og epilepsilignende anfall som inngår i tabellen i annet ledd, gjelder bestemmelsene i tabellen. Listen i tabellen er ikke uttømmende. §§ 18 og 19 gjelder for alle former for epilepsi og epilepsilignende anfall

	A	B	C
		Fører kortgruppe 1	Fører kortgruppe 2 og 3
1.	To eller flere epileptiske og epilepsilignende anfall	Helsekrav oppfylt etter fem år uten anfall. Helseattest kan likevel gis etter ett år uten anfall dersom nevrolog anbefaler det. Helseattesten kan gis med inntil ett års varighet frem til fører har vært anfallsfri i fem år.	Helsekrav oppfylt etter ti år uten anfall og uten anti-epileptisk behandling. Helseattest med varighet ett år de to første årene, siden vanlig varighet.
2.	Enkeltstående uprovosert anfall	Helsekrav oppfylt etter ett år dersom <ul style="list-style-type: none"> a) nevrolog vurderer mindre enn 20 % årlig risiko for nytt anfall b) ingen epileptiform aktivitet er påvist ved EEG og c) ingen påviste strukturelle endringer i hjernen 	Helsekrav oppfylt etter fem år dersom nevrolog vurderer <ul style="list-style-type: none"> a) mindre enn 2 % årlig risiko for nye anfall b) ingen epileptiform aktivitet er påvist ved EEG og c) ingen påviste strukturelle endringer i hjernen
3.	Enkeltstående anfall med kjent årsak som er behandlet Epilepsilignende anfall etter mangel på søvn, feber, psykisk og fysisk belastning, dehydrering og legemiddelbivirkning	Helsekravene oppfylt etter seks måneder dersom <ul style="list-style-type: none"> a) nevrolog vurderer mindre enn 20 % årlig risiko for nytt anfall b) ingen epileptiform aktivitet påvist ved EEG og c) ingen påviste strukturelle endringer i hjernen. 	Helsekravene oppfylt etter tre år dersom nevrolog vurderer <ul style="list-style-type: none"> a) mindre enn 2 % årlig risiko for nye anfall b) ingen epileptiform aktivitet er påvist ved EEG og c) ingen påviste strukturelle endringer i hjernen
4.	Enkeltstående, epilepsilignende anfall på grunn av rus	Helsekravene oppfylt etter seks måneder dersom <ul style="list-style-type: none"> a) nevrolog vurderer mindre enn 20 % årlig risiko for nytt anfall b) ingen epileptiform aktivitet påvist ved EEG og c) ingen påviste strukturelle endringer i hjernen. d) månedlig oppfølging viser avholdenhet og normalisering av blodparametere. 	Helsekravene oppfylt etter tre år dersom nevrolog vurderer <ul style="list-style-type: none"> a) mindre enn 2 % årlig risiko for nye anfall b) ingen epileptiform aktivitet er påvist ved EEG og c) ingen påviste strukturelle endringer i hjernen d) månedlig oppfølging viser avholdenhet og normalisering av

			<i>blodparametere</i>
5.	<i>Epilepsianfall bare under søvn</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ett år dersom nevrolog vurderer mindre enn 20 % årlig risiko for nytt anfall under føring av motorvogn.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>
6.	<i>Anfall under legestyrte nedtrapping eller seponering der behandling gjenopptas</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre måneder dersom a) medikamentell beskyttelse er gjenopptatt og b) nevrolog vurderer mindre enn 20 % årlig risiko for nytt anfall</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
7.	<i>Legestyrte nedtrapping eller seponering uten anfall</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt under nedtrapping og deretter i tre måneder etter avsluttet behandling</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
8.	<i>Partielle eller fokale anfall uten påvirkning av bevisstheten</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom mønsteret har vært uforandret i minst ett år og spesialist i nevrologi kan bekrefte at kjøreevnen ikke er påvirket</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
9.	<i>Psykogene eller funksjonelle anfall/PNES</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre måneder anfallsfrihet der nevrolog vurderer at risikoen for nye anfall er mindre enn 20 %</i>	<i>Helsekrav oppfylt tidligst etter fem års anfallsfrihet. Helseattest kan deretter gis for ett år av gangen i de første fem år</i>

Begrunnelse av forslaget

Forslaget til vedlegg 1 §§ 18-20 er i overensstemmelse med dagens forvaltningspraksis. Helsekravene er diskutert i faglige fora og er godt faglig begrunnet. Det anses derfor riktig at helsekravene forskriftsfestes i stedet for å fremgå av veileder. I faglige fora er det ikke funnet noen god begrunnelse for å beholde bestemmelsen om at det for førerkort i gruppe 3 ikke må ha forekommet epilepsi eller bevissthetsforstyrrelser av annen og usikker årsak etter fylte 18 år. EU-direktivet har heller ikke et slikt krav. Denne bestemmelsen foreslås derfor ikke videreført i nytt Vedlegg 1.

Forholdet til EU-direktiv

EU-direktiv 2009/113/EF av 25. august 2009 er førende for helsekravene i nytt Vedlegg 1. Krav om mindre enn 20 % risiko for nye anfall i førerkortgruppe 1 er ikke et krav i EU-direktivet.

Helsekrav i andre land

Storbritannia og Danmark har sammenfallende helsekrav i sine retningslinjer som foreslått i nytt Vedlegg 1.

Sverige har i praksis sammenfallende helsekrav som foreslått i nytt Vedlegg 1, men har en mer detaljert definisjon av epilepsi og sykdommens eventuelle innvirkning på psykomotoriske funksjoner samt funn ved EEG.

Konsekvenser av forslaget

Forslaget er i det vesentlige i overensstemmelse med dagens forvaltningspraksis for gruppe 1 og 2. For gruppe 3 bortfaller kravet i dagens Vedlegg 1 om at det ikke må ha forekommet epilepsi eller bevissthetsforstyrrelser av annen og usikker årsak etter fylte 18 år.

Problemstillinger høringsinstansene bes uttale seg om

- Er inndeling av anfallstyper ved epilepsi hensiktsmessig og lett å forstå?
- Er «strukturelle endringer i hjernen» et entydig begrep i denne sammenheng?
- Er begrepet årlig risiko for anfall et godt begrep i vurderingene?

2.9 Kapittel 9 Bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelse av annen årsak enn epilepsi, hjertesykdom og diabetes

Gjeldende bestemmelse

Helsekrav ved disse tilstandene er i dagens Vedlegg 1 identisk med kravene ved epilepsi og epilepsilignende anfall.

Dagens krav for førerkortgruppe 1 går fram av 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.

Tilleggskrav til førerkortgruppe 2 går fram av Vedlegg 1 § 3 nr. 4:

«Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet, og medikamentell forebyggelse av anfall ikke ha vært i bruk eller ansett nødvendig, de siste 10 årene.

Tilleggskrav for førerkortgruppe 3 går fram av 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.

Det vises også til førerkortforskriften § 4-1 første ledd som setter maksimalt fem års varighet på førerkort dersom innehaveren har hatt anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser innenfor de siste fem årene før førerkortutstedelsen. Jf. høringsnotatets kapittel om epilepsi.

Beskrivelse av forholdene i dag

Alle tilstander med bevissthetsforstyrrelser utgjør en trafiksikkerhetsrisiko. Dagens forskriftstekst skiller ikke epilepsi og epilepsilignende bevissthetsforstyrrelser fra det som også betegnes som ikke-

epilepsilignende forstyrrelser. De vanligste anfall under dette kapitlet er synkope (=besvimelse) og hypoglykemi (=lavt blodsukker).

I 2013 var det i alt 2 157 søknader i hovedgruppen *anfall*, av dette gjaldt som nevnt i kapittel 8, 673 søknader ved epilepsi. Den største av de andre undergruppene var synkope med 661 søknader og 85 % innvilgelse. Det er også er stor gruppe uspesifisert (585 søknader) og av disse fikk 66 % dispensasjon.

Ser vi på gruppen *anfall* samlet – 2 157 søknader – så fikk 1 566 eller 73 % innvilget dispensasjon. Ser vi på førerkortgruppene, så fikk 74 % dispensasjon i gruppe 1 og ca. 50 % i hver av gruppene 2 og 3.

Dispensasjon er her gitt ut fra en vurdering i overensstemmelse med IS-2070 av at søkerne har hatt anfall av en type som ikke innebærer en trafiksikkerhetsrisiko.

Vurdering av behov for endringer

Synkope er definert som et forbigående tap av bevissthet og kroppstonus grunnet forbigående nedsatt blodgjennomstrømming i hjernen, karakterisert med brå start, kort varighet og spontan, fullstendig normalisering av kroppsfunksjoner.

Dagens forvaltningspraksis er utviklet over år med generelt kortere krav til anfallsfri periode for bevissthetsforstyrrelser som ikke skyldes epilepsi. Dette er en praksis vi deler med Sverige, Danmark og Storbritannia.

Den medisinskfaglige utredning av slike bevissthetsforstyrrelser må sikres ved en vurdering som tar utgangspunkt i sykehistorie, komparentopplysninger når det er mulig, omstendighetene rundt hendelsen og resultat av nødvendige tilleggsundersøkelser. Der årsaken til bevissthetsforstyrrelse er klarlagt, er dette førende for krav om anfallsfri periode før helsekrav er innfridd. Samtidig er det viktig ved alle typer anfallslidelser å vurdere om anfallene kan inntreffe i situasjoner som gir økt trafiksikkerhetsrisiko.

Forslag til endring

§ 21. Generelle helsekrav ved bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelse

Helsekrav er ikke oppfylt der bevissthetsforstyrrelse kan medføre en trafiksikkerhetsrisiko. Ved bevissthetsforstyrrelser som skyldes epilepsi, hjertesykdom eller diabetes gjelder bestemmelsene i kapittel 8, 11 og 12.

§ 22. Spesielle bestemmelser ved noen former for bevissthetstap (synkope) og bevissthetsforstyrrelser

For bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelser som inngår i tabellen i annet ledd, gjelder bestemmelsene i tabellen. Listen i tabellen over bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelser er ikke uttømmende. Ved alle former for bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelse av annen årsak enn epilepsi, hjertesykdom og diabetes gjelder helsekravet i § 21.

	A	B	C
	Klassifisering	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3

1.	<i>Bevissthetsforstyrrelser ved epilepsi, hjertesykdom og diabetes</i>	<i>Helsekrav i henhold til kapittel 8, 11 og 12</i>	<i>Helsekrav i henhold til kapittel 8,11 og 12</i>
2.	<i>Enkeltstående bevissthetforstyrrelse/ synkope uten avklart årsak.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter seks måneder uten bevissthetsforstyrrelse Helseattest kan deretter gis for inntil to år der årlig risiko for nytt anfall vurderes mindre enn 20 %, før den kan gis med vanlig varighet</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter fem år uten bevissthetsforstyrrelse når relevant spesialist vurderer årlig risiko for nytt anfall mindre enn 2 %. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år og deretter fem års varighet</i>
3.	<i>Gjentatte bevissthetsforstyrrelser/synko per uten avklart årsak Ingen epileptiform aktivitet</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ett år uten bevissthetsforstyrrelse. Helseattest kan deretter gis for to år der årlig risiko for nytt anfall vurderes mindre enn 20 %, før den kan gis med vanlig varighet</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ti år uten bevissthetsforstyrrelse når relevant spesialist vurderer årlig risiko for nytt anfall mindre enn 2 %. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år og deretter fem års varighet</i>
4.	<i>Synkope under alvorlig sykdom eller skade med blodtap eller sterk vagusaktivitet.</i>	<i>Helsekrav oppfylt</i>	<i>Helsekrav oppfylt</i>
5.	<i>Reflekssynkope under medisinske prosedyrer, etter vasovagal stimulering eller stimulering av carotissinus, dersom anfallet var en enkeltepisode uten sammenheng med høyrisikoaktivitet.</i>	<i>Helsekrav oppfylt</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom relevant spesialist vurderer mindre enn 2 % årlig risiko for ny synkope</i>
6.	<i>Situasjonsbetinget synkope som kun har opptrådt ved vannlating eller defekasjon</i>	<i>Helsekrav oppfylt</i>	<i>Helsekrav oppfylt</i>
7.	<i>Flere anfall med synkope under hoste eller svelging</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter seks måneder dersom relevant spesialist vurderer at det er mindre enn 20 % årlig risiko for ny synkope</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
8.	<i>Bevissthetsforstyrrelse/synkope under migrene</i>	<i>Helsekrav oppfylt</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter seks måneder dersom relevant spesialist vurderer stabilt anfallsmønster med forvarsel. Helseattest med vanlig varighet.</i>

Begrunnelse av forslaget

Forslaget betyr en lemping av de formelle helsekravene for denne type anfallslidelser. Samtidig er disse helsekravene i tråd med vurdering ut fra trafikksikkerhetsrisiko. Bestemmelsene for de ulike

bevissthetsforstyrrelser i § 22 baserer seg på den erfaring at slike anfall medfører bare en liten økning i trafiksikkerhetsrisikoen. Det må derfor være riktig å forskriftsfeste helsekravene for å oppnå en enhetlig vurdering av slike tilfeller. Veileder vil gi en utfyllende kategorisering av anfallstyper som er satt inn i tabellen. Veileder vil også gjøre klart at føring av motorvogn er å anse som høyrisikoaktivitet.

Forholdet til EU-direktiv

En ekspertgruppe nedsatt av EU har gitt en rapport «New Standards for Driving and Cardiovascular Diseases» i oktober 2013. Rapporten skal gi grunnlag for et nytt direktiv, men det ventes ikke å bli klart før i 2015. Rapporten tar også grundig for seg synkope-problematikken. Forslaget til helsekrav i nytt Vedlegg 1 er i overensstemmelse med føringene fra denne rapporten.

Helsekrav i andre land

Sverige har bevissthetsforstyrrelser i samme kapittel som epilepsi, men atskilt fra epilepsi og med mindre spesifisering av anfallstyper enn i foreslått forskrift for Norge.

Danmark har spesifisert anfallstypene i sin veileder på lignende vis som i vårt forslag til Vedlegg 1 med sammenfallende helsekrav.

Storbritannia definerer bevissthetsforstyrrelser i sin veileder separat fra epilepsi og har helsekrav som sammenfaller med helsekravene foreslått inntil Vedlegg 1.

Konsekvenser av forslaget

Forslaget til nye bestemmelser i Vedlegg 1 innebærer en klargjøring av helsekrav ved bevissthetsforstyrrelser utenfor epilepsi-området. Den praktiske tillemplingen av helsekravene er i overensstemmelse med gjeldende praktisering i Norge og de landene vi sammenligner oss med.

Problemstillinger høringsinstansene bes uttale seg spesielt om

- Hvordan stiller høringsinstansene seg til at det gis separate bestemmelser om bevissthetsforstyrrelser av annen årsak enn epilepsi?
- Hvordan stiller høringsinstansene seg til bestemmelser om risikovurdering på 20 og 2 prosent?

2.10 Kapittel 10 Søvn sykdommer

Gjeldende bestemmelse

Søvn sykdommer er ikke spesifikt regulert i gjeldende Vedlegg 1. Vurderingen gjøres under helsekravene til anfallsvis hjernefunksjonsforstyrrelse, se gjeldende bestemmelser for dette under kapittel 8, epilepsi, og kapittel 9, bevissthetsforstyrrelser.

Beskrivelse av forholdene i dag

Søvn sykdommer utgjør en stor trafikk sikkerhetsrisiko. Risikoen for trafikkulykker er større ved søvn sykdommer enn der påvirkning av legemidler eller alkohol er årsaksfaktor. Forekomst av obstruktiv søvn apne anslås til å være mellom 2 og 4 % i den voksne befolkning der ca. 1 % har sykdom av alvorlig grad. Narkolepsi forekommer hos rundt 1 av 10 000.

Vurdering av behov for endringer

Søvn sykdommer er undervurdert som årsak til trafikkulykker. Søvn sykdommenes betydning i sammenheng med økt trafikk sikkerhetsrisiko har fått økende oppmerksomhet de siste tiår. Økende fedme generelt i befolkningen medfører at stadig flere rammes av obstruktiv søvn apne.

Narkolepsi fikk økt aktualitet som komplikasjon til vaksinerings mot svineinfluensa i 2009. Både obstruktiv søvn apne og narkolepsi hører inn under nevrologiske sykdommer, men behandles her særskilt.

Europa-kommisjonen vedtok 1. juli 2014 direktiv 2014/85/EU om endring av direktiv 2006/126/EF (tredje førerkortdirektiv). Endringsdirektivet omhandler blant annet obstruktiv søvn apne syndrom. Direktivet må implementeres i norsk rett.

Forslag til endring

§ 23. Generelle helsekrav ved søvn sykdommer

Helsekrav er ikke oppfylt når bevisstheten kan svekkes av påtrengende søvnighet eller ukontrollerbar søvn.

§ 24. Helsekrav ved spesifikke søvn sykdommer

For søvn sykdommer som inngår i tabellen i annet ledd, gjelder bestemmelsene i tabellen. Listen i tabellen over søvn sykdommer er ikke uttømmende. Ved alle former for søvn sykdommer gjelder helsekravet i § 23.

	A	B	C
	Sykdom	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	Mild obstruktiv søvn apne syndrom (OSAS) a) apne-hypoindeks (AHI) mindre enn 15 og b) Epworth Sleepiness Scale(ESS) mindre enn 15	Helsekrav oppfylt dersom a) CPAP brukt minst fire timer daglig 70 % av dagene b) kroppsmasseindeks (KMI) mindre enn 35 og c) hypertensjon under god kontroll Helseattest kan gis etter 2 måneder oppfølging og da for inntil to år av gangen	Helsekrav oppfylt dersom a) CPAP brukt minst fire timer daglig 70 % av dagene b) kroppsmasseindeks (KMI) mindre enn 35 og c) hypertensjon under god kontroll Helseattest kan gis etter 2 måneder oppfølging og da for inntil ett år av gangen
2.	Moderat OSAS a)AHI 15 – 30 og b)ESS over 15	Helsekrav oppfylt dersom a) CPAP brukt minst fire timer daglig 70 % av dagene b) kroppsmasseindeks	Helsekrav ikke oppfylt

		<i>(KMI) mindre enn 35 og c) hypertensjon under god kontroll Helseattest kan gis etter 2 måneder oppfølging og da for inntil ett år av gangen</i>	
3.	<i>Alvorlig OSAS a)AHI over 30 og b)ESS over 15</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
4.	<i>Narkolepsi/katapleksi</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter at behandlende spesialist har bekreftet at søkeren har oppnådd stabil fase med god funksjon. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>

§ 25. Vurdering av helsekrav må skje hos nevrolog eller spesialist i søvnsykdommer.

Begrunnelse av forslaget

Grenseverdiene for obstruktiv søvnapne er bl.a. basert på EU sin rapport «New Standards and Guidelines for Drivers with Obstructive Sleep Apnoea syndrome» av 2013. Den viser til at verdier for ESS over 15 gir klart økt risiko for trafikkuhell. Overvekt og hypertensjon er sentrale samvirkende risikofaktorer ved obstruktiv søvnapne. Disse risikofaktorene er derfor inkludert som parametere i helsekravene. I tillegg har pasienter med OSAS økt risiko for utvikling av hjerte- og karsykdom.

Grunnet høy grad av trafikksikkerhetsrisiko i pasientgruppen, er kravet til uttalelse fra lege med relevant spesialerfaring obligatorisk.

Forholdet til EU-direktiv

Direktiv 2014/85/EU av 1. juli 2014 fastsetter bestemmelser for søvnapne som ikke tidligere har vært omfattet av direktivbestemmelsene. Det er gjort under henvisning til at undersøkelser viser at obstruktiv søvnapnesyndrom er en av de største risikofaktorene for trafikkuhell.

Direktivet setter ikke så klare grenser for helsekrav til førerkortgruppene som Helsedirektoratet foreslår som nye bestemmelser i Vedlegg 1. Kravet til oppfølgende legeundersøkelser er i direktivet 3 år for førerkortgruppe 1 og 1 år for førerkortgruppe 2.

Helsekrav i andre land

Sverige har krav om individuell vurdering med tanke på den økte trafikksikkerhetsrisiko, men det er ikke angitt distinkte grenser.

Danmark har identiske bestemmelser og grenser som angitt i forslag til nytt Vedlegg 1, men har ingen krav til kroppsmasseindeks og godt kontrollert hypertensjon.

Storbritannia har ikke så distinkte krav i sine gjeldende retningslinjer (mai 2014).

Konsekvenser av forslaget

Særskilt vurdering av søvnsykdommer er nytt når det gjelder helsekrav i Vedlegg 1. Det vil dermed også bli særskilt spesifisert som sykdomsgruppe i helseattesten. Grenseverdiene for apne-hypno-indeks (AHI) og Epworth Sleepiness Scale (ESS) er vel etablerte kriterier i spesialistmiljøet. Verdiene bør derfor stadfestes i forskrift. Veileder vil gi kriterier for vurdering av mulige pasienter med obstruktiv søvnapne.

2.11 Kapittel 11 Hjerte- og karsykdommer

Gjeldende bestemmelse

I dagens forvaltning gjøres vurdering av helsekrav ved hjertesykdom for førerkortgruppe 1 i gjeldende Vedlegg 1 § 2 nr. 6:

«Det må ikke være andre sykdomstilstander som gjør eller kan gjøre føreren uskikket til å føre motorvogn.»

Dagens krav ved hjerte-/karsykdommer står som tilleggskrav til førerkortgruppe 2 og 3 i Vedlegg 1 § 3 nr. 6:

«Det må ikke være symptomgivende hjertesykdom, tegn på koronarsykdom, koronarsykdom i sykehistorien eller vanskelig kontrollerbar blodtrykkssykdom.»

Beskrivelse av forholdene i dag

For førerkortgruppe 1 kan koronarsykdom innebære en særlig trafiksikkerhetsrisiko som gjør føreren uskikket til å føre motorvogn etter vedlegg1 § 2 nr. 6, slik at helsekravet ikke er oppfylt. For førerkortgruppe 2 og 3 innebærer dagens forskriftstekst at helsekravene ikke er oppfylt hvis en person har eller har hatt koronarsykdom, uansett søkers aktuelle funksjonsnivå.

Tilsvarende er heller ikke hjertesvikt, klaffesykdommer og kardiomyopati omtalt i gjeldende Vedlegg 1. Igjen blir disse helsevekkelsene vurdert for førerkort gruppe 1 etter om søkers sykdomstilstand utgjør en trafiksikkerhetsrisiko og for førerkortgruppe 2 og 3 etter § 3 nr. 6 om hjerte-karsykdommer.

I 2013 var det i alt 3 547 søknader i gruppen *hjerte- og karsykdommer*. Av disse fikk 3 362 hel eller delvis dispensasjon, altså 95 %. Hyppigst var iskemisk hjertesykdom med 2 796 søknader og 95 % dispensasjon.

574 søknader gjaldt førerkortgruppe 1, der 98 % fikk dispensasjon. I førerkortgruppe 2 var det 2 864 søknader og 93 % dispensasjoner (hovedvekt på klasse C1). I førerkortgruppe 3 var det 1 486 søknader og 89 % fikk dispensasjon.

Vurdering av behov for endringer

Det er mange hjertesykdommer av ulik årsak som kan utgjøre stor trafiksikkerhetsrisiko. For koronarsykdom har behandlingsmuligheter som perkutan koronar intervensjon (PCI) og koronar by-pass (CABG) ført til at helsekrav ved gjennomgått hjerteinfarkt er oppfylt fire til seks uker etter gjennomført behandling. Hjerterytmier utgjør ikke samme risiko som før da vi har fått sikre og stabile behandlingstiltak. Øvrige hjertesykdommer har også langt lavere trafiksikkerhetsrisiko der gode behandlingstiltak er iverksatt. Vurdering av om helsekravet til førerrett er oppfylt, er dermed betinget av iverksatte tiltak og oppfølging av tiltakene.

Veileder IS-2070 har i stor grad blitt oppdatert i forhold til endret funksjon hos dagens hjertepasienter og den trafiksikkerhetsrisiko de representerer. Gjennom internasjonalt samarbeid er det etablert klare kriterier for når helsekrav er oppfylt relatert til trafiksikkerhetsrisiko. En ekspertgruppe i EU kom med rapporten «New Standards for Driving and Cardiovascular Diseases i oktober 2013. Denne er detaljert med klare risikovurderinger og helsekrav. Det er lagt fram forslag til direktiv. Det er ventet at direktivet vil bli vedtatt i 2015, men at det vil bli noe mindre detaljert enn foreslått av ekspertgruppen. Rapporten er gjennomarbeidet med oppdaterte og anerkjente referanser. Vi mener at den bør legges til grunn for helsekrav i nytt Vedlegg 1.

Paragraf 26 nedenfor angir det grunnleggende helsekrav for alle vurderinger der hjerte-/karsykdommer kan innebære en trafiksikkerhetsrisiko. Denne bestemmelsen gir ingen klar føring for hvilke helsekrav som skal gjelde ved de ulike hjerte-/karsykdommer. Det gir behov for en klarere definering av helsekrav i fire undergrupper i §§ 27-30.

Forslag til endring

§ 26. Generelle helsekrav ved hjerte- og karsykdommer

Helsekrav er ikke oppfylt der svikt i hjerte- eller kretsløpssystemet kan føre til plutselig innsettende bevissthetspåvirkning.

§ 27. Spesielle bestemmelser ved koronarsykdom

Ved koronarsykdom som inngår i tabellen i annet ledd, gjelder bestemmelsene i tabellen. Listen over koronarsykdom i tabellen er ikke uttømmende. Ved all koronarsykdom gjelder helsekravet i § 26.

	A	B	C
	Koronarsykdom	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	<i>Stabil angina pectoris eller asymptomatisk iskemisk hjertesykdom</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom</i> <i>a) ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i> <i>b) ingen malign arytmi og</i> <i>c) ingen alvorlig</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom</i> <i>a) ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i> <i>b) ingen malign arytmi</i> <i>c) normalt arbeids-EKG ved 75 % belastning</i> <i>d) ejeksjonsfraksjon over 35 %</i>

		<p>hjertesvikt, NYHA IV</p>	<p>og</p> <p>e) funksjonsklasse NYHA I eller II</p> <p>Det kreves bruk av medikamentell behandling som reduserer risiko for videreutvikling av sykdommen</p>
2.	<p>Ustabil angina (UAP), gjennomgått hjerteinfarkt med ST-heving (STEMI) og uten ST-heving (NSTEMI)</p>	<p>Helsekrav oppfylt etter fire uker dersom</p> <p>a) ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning</p> <p>b) ingen malign arytmi og</p> <p>c) ingen alvorlig hjertesvikt, NYHA IV</p> <p>-</p>	<p>Helsekrav oppfylt etter seks uker dersom</p> <p>a) ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning</p> <p>b) ingen malign arytmi</p> <p>c) normalt arbeids-EKG ved 75 % belastning</p> <p>d) ejeksjonsfraksjon over 35 % og</p> <p>e) funksjonsklasse NYHA I eller II</p> <p>Det kreves bruk av medikamentell behandling som reduserer risiko for videreutvikling av sykdommen. Helseattest kan gis med ett års varighet første gang, siden vanlig varighet.</p>
3.	<p>Perkutan koronar intervensjon (PCI)</p>	<p>Helsekrav oppfylt etter fire uker dersom</p> <p>a) ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning</p> <p>b) ingen malign arytmi og</p> <p>c) ingen alvorlig hjertesvikt, NYHA IV</p>	<p>Helsekrav oppfylt etter seks uker dersom</p> <p>a) ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning</p> <p>b) ingen malign arytmi</p> <p>c) normalt arbeids-EKG ved 75 % belastning</p> <p>d) ejeksjonsfraksjon over 35 % og</p> <p>e) funksjonsklasse NYHA I eller II</p> <p>Det kreves bruk av medikamentell behandling som reduserer risiko for videreutvikling av sykdommen. Helseattest kan gis med ett års varighet første gang, siden vanlig varighet.</p>
4.	<p>Etter koronar by-pass (CABG)</p>	<p>Helsekrav oppfylt ved tilfredsstillende tilheling dersom</p> <p>a) ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning</p> <p>b) ingen malign arytmi og</p> <p>c) ingen alvorlig hjertesvikt, NYHA IV</p>	<p>Helsekrav oppfylt etter tilfredsstillende tilheling dersom</p> <p>a) ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning</p> <p>b) ingen malign arytmi</p> <p>c) normalt arbeids-EKG ved 75 % belastning</p> <p>d) ejeksjonsfraksjon over 35 % og</p> <p>e) funksjonsklasse NYHA I eller II</p> <p>Det kreves bruk av medikamentell behandling som reduserer risiko for videreutvikling av sykdommen</p>

			Helseattest kan gis med ett års varighet første gang, siden vanlig varighet.
--	--	--	--

§ 28. Helsekrav ved spesifikke hjertearytmier

Ved spesifikke hjertearytmier som inngår i tabellen i annet ledd, gjelder bestemmelsene i tabellen. Listen over hjertearytmier i tabellen er ikke uttømmende. Ved alle hjertearytmier gjelder helsekravet i § 26.

	A	B	C
	Arytmitype	Fører kortgruppe 1	Fører kortgruppe 2 og 3
1.	Atrieflimmer og - flutter uten synkoper	Helsekrav oppfylt	Helsekrav oppfylt forutsatt at hjerneslagforebyggende medikasjon brukes etter internasjonalt vedtatte faglige retningslinjer
2.	Supraventrikulær takykardi uten synkope	Helsekrav oppfylt	Helsekrav oppfylt
3.	Atrieflimmer og - flutter med synkope	Helsekrav oppfylt en uke etter vellykket behandling og anbefaling fra relevant spesialist	Helsekrav oppfylt tre måneder etter vellykket behandling og anbefaling fra relevant spesialist
4.	Wolf-Parkinson-White (WPW), AV-knute re-entry takykardi (AVNR) og AV-re-entry-takykardi (AVRT) uten synkope	Helsekrav oppfylt	Helsekrav oppfylt dersom det ikke foreligger palpitasjoner eller er påvist atrieflimmer. Ved atrieflimmer er helsekrav oppfylt en uke etter vellykket ablasjon og anbefaling fra relevant spesialist.
5.	WPW, AVNR og AVRT med synkope	Helsekrav oppfylt en uke etter vellykket behandling og anbefaling fra relevant spesialist	Helsekrav oppfylt tre måneder etter vellykket behandling og anbefaling fra relevant spesialist
6.	Bradykardi uten synkope med indikasjon for pacemaker	Helsekrav oppfylt en uke etter vellykket implantasjon av pacemaker. Oppfølging av spesialist kreves	Helsekrav er oppfylt en uke etter vellykket implantasjon av pacemaker. Oppfølging av spesialist kreves
7.	Bradykardi med synkope med indikasjon for pacemaker	Helsekrav oppfylt en uke etter vellykket implantasjon av pacemaker. Oppfølging av spesialist kreves	Helsekrav er oppfylt fire uker etter vellykket implantasjon av pacemaker. Oppfølging av spesialist kreves
8.	Ventrikkeltakykardi (VT)	Helsekrav ikke oppfylt ved strukturell hjertesykdom og vedvarende VT. Helsekrav oppfylt etter behandling og oppfølging hos relevant spesialist som vurderer mindre enn 20 % årlig risiko for anfall med bevisstetspåvirkning	Helsekrav ikke oppfylt ved polymorf ikke-vedvarende VT og vedvarende VT. Helsekrav oppfylt etter behandling og oppfølging hos relevant spesialist som vurderer mindre enn 2 % årlig risiko for anfall med bevisstetspåvirkning

§ 29. Helsekrav for automatiske defibrillatorer (ICD)

Ved bruk av automatiske defibrillatorer som inngår i tabellen i annet ledd, gjelder bestemmelsene i tabellen. Listen over sykdomstilstander med bruka av automatiske defibrillatorer i tabellen er ikke uttømmende. Ved all bruk av automatisk defibrillator gjelder helsekravet i § 26.

	A	B	C
	Type/indikasjon/behandling	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	Primærprofylaktisk ICD	Helsekrav oppfylt etter en uke der kontroll viser god funksjon	Helsekrav ikke oppfylt
2.	Sekundærprofylaktisk ICD	Helsekrav oppfylt etter tre måneder etter vurdering av ICD-senter dersom arytmissituasjonen er akseptabel. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år første gang og deretter for fem år om gangen.	Helsekrav ikke oppfylt
3.	Etter berettiget støt fra ICD	Helsekrav oppfylt etter tre måneder etter vurdering av ICD-senter dersom arytmissituasjonen er akseptabel. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år første gang og deretter for fem år om gangen.	Helsekrav ikke oppfylt
4.	Etter uberettiget støt fra ICD	Helsekrav ikke oppfylt før ICD-senter har avklart og rettet feilen	Helsekrav ikke oppfylt
5.	Etter skifte av ICD	Helsekrav oppfylt etter en uke med smertefrihet	Helsekrav ikke oppfylt
6.	Etter replasering eller skifte av elektrode	Som ved primær profylaktisk implantasjon	Helsekrav ikke oppfylt
7.	ICD indisert til sekundær profylakse, men pasienten ønsker ikke dette	Jf. § 28, helsekrav ved ventrikkelytmi og § 30, helsekrav ved hjertesvikt	Helsekrav ikke oppfylt

§ 30. Helsekrav ved hjertesvikt, klaffesykdommer og kardiomyopatier

Ved hjertesvikt, klaffesykdommer og kardiomyopatier som inngår i tabellen i annet ledd, gjelder bestemmelsene i tabellen. Listen i tabellen er ikke uttømmende. Ved all hjertesvikt, klaffesykdom og kardiomyopati gjelder helsekravet i § 26.

	A	B	C
--	---	---	---

	Diagnose	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	Hjertesvikt, NYHA I - II	Helsekrav oppfylt	Helsekrav oppfylt dersom a) ejeksjonsfraksjon over 35 % og b) normalt EKG ved 75 % belastning Helseattest kan gis for inntil ett år.
2.	Hjertesvikt, NYHA III	Helsekrav oppfylt	Helsekrav ikke oppfylt
3.	Hjertesvikt, NYHA IV	Helsekrav ikke oppfylt	Helsekrav ikke oppfylt
4.	Kunstig hjerte - «ventricular assist device»	Helsekrav oppfylt etter tre måneder etter vurdering av behandlende spesialist. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen.	Helsekrav ikke oppfylt
5.	Hjertetransplanterte	Helsekrav oppfylt en måned etter utskrivelse dersom a) ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning b) ingen malign arytmi c) ingen alvorlig hjertesvikt, NYHA IV og d) ejeksjonsfraksjon over 35 %	Helsekrav oppfylt for førerkortgruppe 2 etter ett år dersom a) ejeksjonsfraksjon over 55 % b) normalt arbeids-EKG ved 75 % belastning og c) ingen tegn på graft-reaksjon av betydning Helseattest for førerkortgruppe 2 kan deretter gis for ett år av gangen. Helsekrav ikke oppfylt for førerkortgruppe 3
6.	Aortastenose	Helsekrav er oppfylt dersom a) stenosen ikke har gitt synkope og b) ingen symptomer i funksjonsklasse NYHA IV Helseattest kan gis for inntil ett år av gangen	Helsekrav er oppfylt dersom a) ingen synkope i sykehistorien b) ingen symptomer i funksjonsklasse NYHA III eller IV og c) stenosen ikke er vurdert som «alvorlig» ved ekkokardiografi Helseattest kan gis for inntil ett år av gangen
7.	Aortainsuffisiens	Helsekrav er ikke oppfylt dersom klaffefeilen gir symptomer i funksjonsklasse IV	Helsekrav er ikke oppfylt dersom klaffefeilen gir symptomer i funksjonsklasse III eller IV
8.	Mitralstenose	Helsekrav er ikke oppfylt der det har vært synkope	Helsekrav er ikke oppfylt dersom a) klaffefeilen gir symptomer i funksjonsklasse III eller IV eller b) det er alvorlig pulmonal hypertensjon
9.	Mitralinsuffisiens	Helsekrav er ikke oppfylt dersom klaffefeilen gir symptomer i funksjonsklasse IV	Helsekrav er ikke oppfylt dersom a) klaffefeilen gir symptomer i funksjonsklasse III eller IV eller b) ejeksjonsfraksjon under 35

			%
10.	<i>Klaffeopererte</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tilstrekkelig sårtilheling forutsatt</i> a) <i>ingen alvorlige arytmier og</i> b) <i>ingen symptomer i funksjonsklasse IV.</i> <i>Antikoagulasjonsbehandling der dette er indisert etter medisinske retningslinjer.</i> <i>Helseattest kan gis for ett år første gang og deretter fem år av gangen.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tilstrekkelig sårtilheling forutsatt</i> a) <i>ingen alvorlige arytmier</i> b) <i>ingen symptomer i funksjonsklasse III eller IV og</i> c) <i>ejeksjonsfraksjon over 35 %</i> <i>Antikoagulasjonsbehandling gitt etter medisinske retningslinjer.</i> <i>Helseattest kan gis for ett år av gangen</i>
11.	<i>Aortaaneurysme</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved symptomfrihet</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved</i> a) <i>symptomfrihet og</i> b) <i>diameter mindre enn 5,5 cm</i> <i>Helseattest kan gis for ett år av gangen.</i>
12.	<i>Aortadisseksjon</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist ved</i> a) <i>symptomfrihet over fire uker og</i> b) <i>velkontrollert blodtrykk</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
13.	<i>Hypertensjon</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom det etter medisinsk vurdering ikke foreligger økt trafikksikkerhetsrisiko</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom</i> a) <i>gjentatte målinger viser SBT under 180 mmHg og DBT under 110 mmHg og</i> b) <i>det er oppnådd stabile verdier uten bivirkninger som virker inn på kjøreevnen</i>
14.	<i>Hypertrofisk kardiomyopati</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom det ikke har vært synkope.</i> <i>Etter synkope er helsekravene oppfylt bare dersom tilstanden er tilfredsstillende behandlet og spesialist vurderer årlig risiko for ny synkope til mindre enn 20 %</i>	<i>Helsekrav er ikke oppfylt dersom det har vært synkope eller to av følgende risikofaktorer er til stede:</i> a) <i>veggtykkelse mer enn 30 mm</i> b) <i>ikke-vedvarende VT (NVST)</i> c) <i>plutselig død hos førstegradsslektning</i> d) <i>manglende blodtryksrespons ved arbeidsbelastning</i>
15.	<i>Brugada syndrom</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt dersom det har vært hjertestans.</i> <i>Helsekrav kan være oppfylt etter spesialistvurdering ved velfungerende ICD</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt dersom det har vært hjertestans</i>
16.	<i>Lang QT-syndrom</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt dersom det har vært</i> a) <i>sannsynlig LQT-relatert</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt dersom det har vært</i> a) <i>sannsynlig LQT-relatert</i>

		<p><i>synkope</i></p> <p><i>b) ventrikkelarytmi av typen Torsade eller</i></p> <p><i>c) QTc mer enn 500 ms</i></p> <p><i>Helsekrav oppfylt dersom spesialist vurderer mindre enn 20 % årlig risiko for arytmi med bevisstetspåvirkning ved</i></p> <p><i>a) iverksatt behandling eller</i></p> <p><i>b) velfungerende ICD</i></p> <p><i>Helseattest kan gis for ett år av gangen</i></p>	<p><i>synkope</i></p> <p><i>b) ventrikkelarytmi av typen Torsade eller</i></p> <p><i>c) QTc mer enn 500 ms</i></p>
17.	<p><i>Andre kardiomyopati (ARVD etc.)</i></p>	<p><i>Helsekrav oppfylt dersom relevant spesialist vurderer mindre enn 20 % årlig risiko for arytmi med bevisstetspåvirkning ved</i></p> <p><i>a) iverksatt behandling eller</i></p> <p><i>b) velfungerende ICD</i></p> <p><i>Helseattest kan gis for ett år av gangen</i></p>	<p><i>Helsekrav ikke oppfylt</i></p>

Begrunnelse av forslaget

Ved å sette opp helsekrav i form av tabeller ser en spesielt for hjertesykdommer at det blir enklere å se hvilke helsekrav som gjelder ved de ulike sykdommer. Oppsett i tabeller gir også grunnlag for å vurdere sammenlignbare tilstander som ikke er oppført i tabellen. Helsekravene er først og fremst basert på EU-rapporten «New Standards for Driving and Cardiovascular Diseases» av oktober 2013. Ekspertgruppen bak denne rapporten er fra 15 ulike land med utstrakt erfaring i bedømming av trafiksikkerhetsrisiko ved ulike sykdommer, både hjerte- og karsykdommer og andre anfallspregede sykdommer. Når det gjelder den enkelte sykdom, er de anbefalte helsekrav satt ut fra oppdaterte referanser.

Forholdet til EU-direktiv

Forslagene i rapporten fra EUs ekspertgruppe er ikke vedtatt som direktiv pr 15. desember 2014, men nytt direktiv om hjerte- og karsykdommer vil antakelig foreligge sommeren 2015.

Helsekrav i andre land

Sverige har helsekrav som tilsvarer forslaget til Vedlegg 1. Der Norge har krav om ejsjonsfraksjon på minst 35 %, krever de 40 % i Sverige. Hjertetransplanterte får ikke førerkort i klasse 2 og 3. Hjerneslag blir vurdert etter bestemmelsene i kapitlet for hjerte- /karsykdom, men da etter de samme helsekrav som i Norge.

Danmark har i sin veileder mer generelt formede krav som i praksis er på linje med foreslåtte helsekrav i nytt Vedlegg 1. For vurdering av helsekrav til førerkortgruppe 2 og 3 forlanges det i alle

tilfeller en uttalelse fra spesialist i hjertesykdommer. Legene skal vurdere ut fra «Retningslinjer for udstedelse av kørekort hos pasienter med hjertelidelser» fra Dansk Cardiologisk Selskab nr. 2, 2012.

I Storbritannia tillates føring av motorvogn en uke etter PCI-behandling og fire uker etter CABG. Helsekrav for annen hjerte- og karsykdom tilsvarer som hovedregel de som er foreslått for nytt Vedlegg 1. Det er i større grad angitt tidsangivelser for tilheling etter behandling av ulike tilstander.

Konsekvenser av forslaget

Helsekravene for hjertesykdom i dagens Vedlegg 1 har åpnet for stor variasjon i vurdering av dispensasjon. Dispensasjon er til dels blitt gitt uten at det var helt klare retningslinjer. Førere av bobil med hjertesykdom i sykehistorien representerer en stor gruppe dispensasjonssøknader hos fylkesmennene. Det er blitt gitt tidsbegrenset dispensasjon ved rundt 90 % av søknadene. En stor del av disse førerne vil nå ikke behøve dispensasjon. Forskriftfestede helsekrav slik de er foreslått med klar faglig forankring, vil gi grunnlag for sikrere vurderinger i forhold til trafiksikkerhet og lik behandling, uavhengig av hvor man bor i landet.

2.12 Kapittel 12 Diabetes mellitus

Gjeldende bestemmelse

Dagens helsekrav for personer med diabetes mellitus framgår for førerkortgruppe 1 av vedlegg 1 § 2 nr. 8:

«For personer som har diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre antidiabetika kan førerkort ikke gis lenger gyldighet enn fem år.»

Tilleggskrav for førerkortgruppe 2 i § 3 nr. 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.»

Tilleggskrav for førerkortgruppe 3 i § 4 nr. 3:

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

For alle førerkortklasser, § 5 femte ledd nr. 1:

«Ved diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre antidiabetika kreves tilleggsattest på fastsatt skjema (blankett nr. NA 0202b). Denne skal være utfylt av vedkommendes faste lege eller av spesialist i indremedisin.»

Beskrivelse av forholdene i dag

Risiko i trafikken er ved diabetessykdom først og fremst forbundet med risiko for lavt blodsukker (hypoglykemi) der det kan opptre søvnighet, irritasjon, aggressivitet og til slutt risiko for bevissthetstap. Både insulin og andre blodsukkensenkende midler kan føre til at diabetespasienter utgjør en trafiksikkerhetsrisiko. Som komplikasjoner til diabetes med konsekvenser for trafiksikkerheten er synssvekkelse, redusert førlighet pga. nedsatt nerveledningsevne, kognitiv svekkelse og nyresykdom de viktigste å være klar over.

I dagens førerkortforvaltning søkes det først og fremst om dispensasjon fra kravet i § 3 nr. 5 a) om at det ikke må ha vært alvorlig hypoglykemi de siste 12 måneder. Dispensasjon fra dette kravet har vært gitt når endret kontroll- og behandlingsopplegg er gjennomført og har vist seg effektivt. I 2013 var i alt 1 166 søknader fra personer med diabetes, de aller fleste gjaldt diabetes type 2. Noen søkte dispensasjon for flere klasser. Det ble gitt dispensasjon til 1 117 eller 96 %. Det var ingen søknader i førerkortgruppe 1. I førerkortgruppe 2 var det 433 søknader, 92 % innvilgelse. I førerkortgruppe 3 var det 936 søknader og 95 % innvilgelse. 522 søkte også om kjøreseddel eller kompetansebevis og 97 % ble innvilget.

Vurdering av behov for endringer

Diabetessykdom kan i dag behandles stadig mer effektivt og med mindre fare for hypoglykemi. På samme tid får et økende antall yngre diabetes type 2. Disse pasientene oppnår ofte best sykdomskontroll ved å bruke insulin framfor blodsukkensenkende medikamenter. Dette medfører at mange pasienter i kortere eller lengre perioder ved endring av medisiner har noe nedsatt kontroll over og innsikt i hvordan sykdommen virker inn på generell funksjonsevne. Oppfølging av diabetespasienter skjer overveiende hos pasientenes fastlege med oppfølging ved diabetesklinikker ved behov. I legens oppfølging av diabetespasienter hører også med vurdering av om pasienten ved skifte av behandling temporært bør ha kjøreforbud. Det er viktig å være klar over at mange diabetespasienter får svekket kjøreevne allerede ved blodsukkernivå under 4 mmol/l.

Forslag til endring

§ 31. Generelle helsekrav ved diabetes

Helsekrav er ikke oppfylt dersom det er fare for plutselig innsettende bevissthetspåvirking under føring av motorvogn (f.eks. hypoglykemiske anfall) eller sykdommen har ført til alvorlig funksjonssvikt i andre organsystemer.

§ 32. Spesifikke helsekrav ved diabetes

	A	B	C
	Diabetes type 1 og 2	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2
1.	Personer som behandles med insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi	Helsekrav oppfylt dersom føreren a) ikke har hatt hypoglykemi med behov for bistand fra andre personer siste tolv måneder b) har full innsikt i utvikling av	Helsekrav oppfylt for førerkortgruppe 2 ved diabetes type 1 og 2 dersom føreren a) ikke har hatt hypoglykemi med behov for bistand fra andre personer siste tolv måneder

		<p>hypoglykemi og farene det kan medføre og</p> <p>c) har sykdomsinnsikt og følger legens råd/anbefalinger</p> <p>Helseattest kan gis for inntil fem år av gangen.</p>	<p>b) har full innsikt i utvikling av hypoglykemi og farene det kan medføre</p> <p>c) har sykdomsinnsikt og følger legens råd/anbefalinger</p> <p>d) kontrollerer sitt blodsukker to ganger daglig og</p> <p>e) har årlig oppfølging av sykdommen etter nasjonale retningslinjer</p> <p>Helseattest kan gis for inntil tre år av gangen.</p>
2.	Alvorlig funksjonssvikt andre organsystemer	Vurderes i forhold til relevant kapittel	Vurderes i forhold til relevant kapittel

De generelle helsekravene i § 31 gjelder i tillegg ved alle former for diabetes.

§ 33. Helsekrav for førerkortgruppe 3

Personer som har diabetes type 1 og 2 og bruker legemidler som kan gi hypoglykemi, oppfyller ikke helsekravene for førerkortgruppe 3. For personer med diabetes type 2 uten behov for blodsukkersenkende legemidler gjelder helsekravene i § 32 punkt 1 C for å få førerrett i førerkortgruppe 3.

Begrunnelse av forslaget

Forslaget til forskriftstekst inkludert tabellen (§ 32) gir umiddelbart god oversikt over helsekrav ved diabetes. Der sykdommen har ført til funksjonssvikt i andre organsystemer, er det viktig å gjøre klart at det er funksjonssvikten i aktuelle organsystem som må tas med i vurdering av om helsekravet for førerrett er oppfylt.

Det er ansett nødvendig med strengere krav for førerkortgruppe 3, og førere som bruker legemidler som kan gi hypoglykemi, vil ikke fylle helsekravene. Kravene i førerkortgruppe 3 gjelder også for å få kompetansebevis for utrykningskjøring eller kjøreseddel og for trafikkklærere og sensorer.

Forholdet til EU-direktiv

EU har i direktiv 2009/113/EF av 25. august 2009 satt helsekrav som er i overensstemmelse med forslag til nytt Vedlegg 1 med ett unntak: EU har bare førerkortgruppe 2 der Norge fortsatt har førerkortgruppe 2 og 3. Vårt krav i § 33 om at personer i førerkortgruppe 3 ikke kan bruke legemidler som kan gi hypoglykemi, er dermed strengere enn EU sine krav.

Helsekrav i andre land

Storbritannia har helsekrav som tilsvarer kravene foreslått for Vedlegg 1.

Sverige har til dels tilsvarende regler som foreslått i Norge. De har særlig klare regler for kjørekarens etter anfall av hypoglykemi med oppfølging i seks måneder for førerkortgruppe 1 og tolv måneder for

fører kortgruppe 2 og 3. Diabetes type 2 gir rett til førerkort i klasser som inngår i gruppe 3 i Norge, også når de behandles med insulin med god kontroll.

Danmark gir maksimal varighet på 3 år i førerkortgruppe 1 for insulinbrukere. Førerkortgruppe 2, som også i Danmark inkluderer vår førerkortgruppe 3, gis førerrett bare etter uttalelse fra spesialist med særlig kjennskap til diabetes. Alle diabetespasienter som kan ha risiko for hypoglykemi, skal sammen med førerkortet ha med en utfylt diabetesattest.

Konsekvenser av forslaget

Personer med diabetes vil ved forslaget til nytt Vedlegg 1 ikke få tilsvarende dispensasjoner som ble gitt fra de gamle bestemmelsene. Dette gjelder særlig pasienter med hypoglykemiske anfall. Det vil her være aktuelt med overgangsbestemmelser som tar hensyn til at mange i dag har fått dispensasjon. Det tas ikke sikte på å utforme egen helseattest ved diabetes.

2.13 Kapittel 13 Psykiske lidelser, personlighetsforstyrrelser , utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser og utviklingshemninger

Gjeldende bestemmelse

Dagens krav ved psykiske lidelser, personlighetsforstyrrelser, utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser og utviklingshemninger gjelder alle førerkortgrupper og går fram av Vedlegg 1 § 2 nr. 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.»

Beskrivelse av forholdene i dag

I 2013 var det i alt 2 271 søknader i gruppen psykiske lidelser. 1 890 eller 83 % fikk dispensasjon. Den største undergruppen var Psykoser med 753 søknader og 86 % dispensasjon. Det var 706 søknader i gruppen Andre psykiske lidelser der 90 % fikk innvilget dispensasjon. Gruppen hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD etc.) hadde 442 søknader - 88 % fikk dispensasjon. Psykisk utviklingshemming 57 søknader og 82 % dispensasjon. Demens og kognitiv svikt inngår i tallene for gruppen psykiske lidelser. Se kapittel 6.

Ser vi hovedgruppen under ett, var det 1 968 søknader i førerkortgruppe 1 med 83 % innvilgelse, 443 i førerkortgruppe 2 med 76 % dispensasjon og 153 i førerkortgruppe 3 med 63 % dispensasjon.

Dagens retningslinjer, IS-2070, setter krav om fravær av alle symptomer av betydning for trafiksikkerheten i den perioden førerkortet gjelder for. For innvilgelse i førerkortgruppe 2 og 3 skal det være særskilt gode holdepunkter for god prognose.

Vurdering av behov for endringer

Dagens forvaltningspraksis er fundert på at trafikksikkerheten er vurdert. Det er tale om lidelser med svært ulik symptomatologi. Ofte er det flere lidelser hos samme person. Bruk av midler som påvirker kjøreevnen, er utbredt. Den som skal skrive helseattest, trenger klare føringer for sin vurdering. Forslag til ny forskrift med tilhørende tabell er i tråd med dagens praksis både i Norge og de land vi sammenligner oss med.

Forslag til endring

§ 34. Generelle helsekrav ved psykiske lidelser, utviklingshemminger, utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser og personlighetsforstyrrelser

Helsekrav er ikke oppfylt ved psykisk lidelse dersom liten sykdomsinnsikt, avvikende atferd, svikt i impuls kontroll, personlighetsforstyrrelse, hyperkinetisk forstyrrelse eller utviklingshemming med sviktende vurderings- og tilpasningsevne kan medføre en risiko i trafikken.

§ 35. Helsekrav ved noen spesifikke psykiske lidelser

For psykiske lidelser, personlighetsforstyrrelser, utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser og utviklingshemminger som inngår i tabellen i annet ledd, gjelder bestemmelsene i tabellen. Listen i tabellen er ikke uttømmende. Ved all psykisk helsesvekkelse gjelder bestemmelsene i § 34.

	A	B	C
	Psykisk tilstand	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	<i>Schizofreni</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved a) stabil atferd i tre måneder b) god total oppfølging fra pasienten c) ingen bivirkninger av legemidler i forhold til trafikksikkerhet og d) god kognitiv funksjonsevne Helseattest kan deretter gis for inntil to år av gangen.</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved a) stabil tilstand i to år b) god total oppfølging fra pasienten c) ingen bivirkninger av legemidler i forhold til trafikksikkerhet og d) god kognitiv funksjonsevne Helseattest kan deretter gis for inntil to år av gangen.</i>
2.	<i>En manisk episode</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved a) stabil atferd uten maniske episoder i tre måneder b) god etterlevelse og oppfølging fra pasienten c) ingen bivirkninger av legemidler i forhold til trafikksikkerhet og d) god sykdomsinnsikt Helseattest kan deretter gis av relevant spesialist for inntil to år, siden fem år av gangen</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved a) stabil tilstand uten maniske episoder i ett år for gruppe 2 og i to år for gruppe 3 b) god etterlevelse og oppfølging fra pasienten c) ingen bivirkninger av legemidler i forhold til trafikksikkerhet og d) god sykdomsinnsikt Helseattest kan deretter gis av relevant spesialist for inntil to år av gangen i ti år</i>
3.	<i>Flere sykluser med maniske episoder</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved a) stabil tilstand i seks måneder og</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved a) stabil tilstand uten maniske episoder i tre år</i>

		<i>b) god etterlevelse og oppfølging fra pasienten Helseattest kan deretter gis for inntil to år, siden fem år av gangen</i>	<i>b) god etterlevelse og oppfølging fra pasienten c) ingen bivirkninger av legemidler i forhold til trafikkikkerhet og d) god sykdomsinnsikt Helseattest kan gis for inntil to år av gangen i ti år</i>
4.	<i>Andre psykotiske lidelser</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved stabil atferd over tre måneder. Helseattest kan deretter gis med vanlig varighet etter uttalelse fra relevant spesialist</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved stabil atferd over ett år. Helseattest kan deretter gis med vanlig varighet etter uttalelse fra relevant spesialist</i>
5.	<i>Personlighetsforstyrrelse</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom a) dømmekraften vurderes god under stress b) det er god impuls kontroll og c) atferdsavvik ikke er til stede i en grad som gir økt trafikkikkerhetsrisiko. Helseattest kan gis for inntil ett år av gangen de første to år, deretter med tre års varighet.</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom a) dømmekraften vurderes god under stress b) det er god impuls kontroll og c) atferdsavvik ikke er til stede i en grad som gir økt trafikkikkerhetsrisiko Helseattest kan gis for inntil ett år av gangen de første to år, deretter med tre års varighet.</i>
6.	<i>Hyperkinetiske forstyrrelser inkludert oppmerksomhetssvikt (ADD) og ADHD Autismespekteret inkl. Tourettes syndrom, Asperger m.v.</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved a) innsikt i kravene under § 34 b) behandling som sikrer kjøreevne c) ingen samtidig sykdom som kan gi økt trafikkikkerhetsrisiko d) god kognitiv funksjonsevne og e) klar anbefaling fra behandlende lege/psykolog Helseattest kan gis for inntil to år av gangen</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved a) innsikt i kravene under § 34 b) behandling som sikrer kjøreevne c) ingen samtidig sykdom som kan gi økt trafikkikkerhetsrisiko d) god kognitiv funksjonsevne og e) klar anbefaling fra behandlende lege/psykolog Helseattest kan gis for inntil ett år første gang og deretter for to år av gangen</i>
7.	<i>Psykisk utviklingshemming</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom relevant spesialist vurderer at funksjonsnivå er forenlig med sikker føring av motorvogn</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>

Begrunnelse av forslaget

Helsekravene er i tråd med fagmiljøenes vurderinger av de ulike pasientgruppens evne til sikker føring av motorvogn. Selv om fastlegene i stor grad har den jevne oppfølging av pasienten ved disse tilstandene, er spesialistens vurdering oftest førende for om helsekrav til førerrett er oppfylt. Det er imidlertid som regel fastlegen som er den nærmeste i oppfølging av sykdommen. I denne sykdomsgruppen er det hyppig bruk av midler som kan svekke kjøreevnen. Ved perioder med

svekket kjøreevne, ofte i sammenheng med bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen, er fastlegen den som oftest involveres. Fastlegen er dermed den nærmeste til å melde fra til innehaver av førerkort og eventuelt fylkesmannen når helsekravet ikke er oppfylt. I tilfeller der førerrett er inndratt gjennom melding til fylkesmannen, bør fylkesmannen sette krav om uttalelse fra relevant spesialist for en vurdering om helsekrav igjen er oppfylt.

Forholdet til EU-direktiv

EU har bestemmelser om psykiske lidelser i direktiv 2006/126/EF bilag III, punkt 13. I henhold til direktivet skal førerrett ikke gis i førerkortgruppe 1 til personer med alvorlige mentale forstyrrelser, alvorlig mentalt retarderte eller ved alvorlig alderdomssvekkelse med alvorlig svekket dømmekraft, atferd eller tilpasningsevne med mindre legeerklæring underbygger søknaden og på betingelse av regelmessig oppfølging.

For førerkortgruppe 2, som også inkluderer norsk gruppe 3, sier direktivet i dansk oversettelse at «the competent medical authority» skal ta hensyn til den ytterligere risiko føring av motorvogn i disse klassene innebærer.

Helsekrav i andre land

Sverige har sammenfallende helsekrav med detaljerte spesifikasjoner til observasjon av forhold som kan påvirke kjøreevnen. Deres spesifikasjoner er i samsvar med helsekrav som er listet opp i matrisen i § 35. Samtidig bruk av alkohol ved disse lidelsene er framhevet som sentralt kriterium for vurdering av om helsekrav er oppfylt.

Danmark har sammenfallende helsekrav. Kravet til observasjonstid ved de ulike lidelsene er sammenfallende i de tre skandinaviske landene.

Storbritannia har tilsvarende helsekrav. Der er man særlig orientert mot akutte psykiske lidelser. For førerkortgruppe 2 og 3 kreves stabilitet i 3 år ved både schizofreni og maniske tilstander.

Konsekvenser av forslaget

Forslaget til nytt Vedlegg 1 betyr en oppmyking av helsekravene for hyperkinetiske forstyrrelser med bakgrunn i erfaring i fagmiljøene. Vi er her på linje med tilsvarende bestemmelse for Storbritannia.

2.14 Kapittel 14 Bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen

Gjeldende bestemmelse

I dagens forskriftstekst er det felles bestemmelser om rusmidler for alle førerkortgrupper i Vedlegg 1 § 2 nr. 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.»

Beskrivelse av forholdene i dag

Dagens retningslinjer sier at det ved skadelig bruk eller avhengighet som utgangspunkt skal kreves dokumentert rusfrihet i 3-5 år for førerkortgruppe 1. For førerkortgruppe 2 og 3 er tilsvarende krav til dokumentert rusfrihet 7-10 år. Der førerkortsøker har gjennomført særskilt oppfølging med prøvetaking åpner retningslinjene likevel for at det kan gis dispensasjon etter 6 måneder rusfrihet i førerkortgruppe 1 og 5 års rusfrihet for førerkortgruppe 2 og 3. Dagens veileder gir føringer for dispensasjon der det skal tas hensyn til søkers grad av oppfølging og kontroll, sosial tilpassing og med vekt på behandelende leges attestasjon og vurdering.

I statistikken er denne hovedgruppen kalt rusmisbruk/medikamentbruk.

I 2013 var det i alt 4 072 søknader i denne hovedgruppen, og 3 145 eller 77 % fikk dispensasjon. Den største undergruppen var Høyt medikamentforbruk med 1 551 søknader med 78 % dispensasjon. I gruppen Alkohol var det 1 029 søknader, og 74 % fikk dispensasjon. Det var 416 søknader i gruppen LAR, og her fikk 81 % dispensasjon.

Ser vi hovedgruppen under ett, var det 3 909 søknader i førerkortgruppe 1 der 78 % fikk dispensasjon. I førerkortgruppe 2 med 497 søknader fikk 45 % dispensasjon. I gruppe 3 var det 166 søknader og 42 % dispensasjon.

Vurdering av behov for endringer

På linje med andre land vurderes alkohol, rusmidler og legemidler som kan påvirke kjøreevnen i ett og samme kapittel.

Rusmidler kan svekke konsentrasjon, motorisk koordineringsevne, reaksjonshastighet, impulskontroll, vurderingsevne og atferdskontroll. Kjøring under påvirkning av rusmidler vil derfor utgjøre en trafiksikkerhetsrisiko. Over tid vil bruk av rusmidler gi varige både fysiske og psykiske skader med negative konsekvenser for kjøreevne. Ved vurdering av trafiksikkerhetsrisiko ved rusmiddelbruk har det ingen betydning om rusmidlene er legale eller illegale. Det må også understrekes at meldeplikten er den samme om ruspåvirkningen er fra legale eller illegale midler.

Oppfølgingen av personer med rusproblemer er over år blitt jevnt bedre. Ønsket om å oppfylle helsekravene til førerkort er for mange en sterk motivering i prosessen til å bli fri fra sitt rusproblem. Leger, vegmyndigheter og politi har enkelte steder gode erfaringer med samarbeidsprosjekter rundt rusbrukere. Ny forskrift bør være i takt med dagens behandlingsstrategier, og den bør støtte opp om tiltak som kan hjelpe rusbrukere til å bli trafiksikre og rusfrie førere.

Alkohol er fortsatt det rusmiddel som hyppigst gir økt trafiksikkerhetsrisiko. Grensen på 0,2 promille for alkoholpåvirkning under kjøring er allment akseptert. I vurderingen om helsekrav er oppfylt der det er mistanke om skadelig alkoholbruk, er det en utfordring å avdekke skadelig bruk som gir økt risiko både etter nylig inntak og over tid. EU, Danmark, Sverige og Storbritannia har etablert en inndeling av alkoholbruk og annen rusmiddelbruk som skiller mellom skadelig bruk, misbruk og avhengighet. For både alkohol og andre rusmidler har vi fått laboratorieprøver som gir klare verdier for graden av inntak av ulike rusmidler i tiden før prøvetaking. Oppfølging av rusbrukere kan dermed skje langt bedre kontrollert enn før.

En mer skjult utfordring ligger i den relativt kontrollerte, men hos mange daglige bruk av beroligende og avhengighetsskapende midler av typen benzodiazepiner. Disse tas ofte i kombinasjon med z-

legemidler som sovemedisin. Den beroligende effekt er mer kortvarig ved z-legemidlene, men har øvrige effekter tilsvarende benzodiazepiner.

Et viktig forhold ved benzodiazepiner og trafikksikkerhet er at selv ved relativt lave doser, er det en langvarig negativ påvirkning av psykomotoriske ferdigheter tilsvarende alkoholpåvirkning. Inntak av 10 mg diazepam (Vival, Valium og Stesolid) i en dose vil rett etter inntak gi påvirkning av kjøreevnen tilsvarende en alkoholpromille rundt 1,0. Denne effekten har lengre varighet enn det brukeren selv er seg bevisst og sitter lenger i hos eldre enn hos yngre mennesker. Inntak av 5 mg vil gi en påvirkning av kjøreevnen som ligger godt over dagens grense for påvirkning av alkohol. Dette har ført til 0-toleranse for bruk av benzodiazepiner under føring av motorvogn i Danmark og mange stater i USA. Der legen finner at benzodiazepiner er et behandlingsvalg, gis kjøreforbud i den tiden behandlingen varer.

Langvarig bruk av benzodiazepiner er assosiert med kognitiv svikt. Danmark setter krav om vurdering av kognitiv funksjon hos førerkortsøkere som har blitt behandlet med benzodiazepiner. I tabellen over legemidler som kan tillates i forbindelse med føring av motorvogn, er det i forslaget kun ett benzodiazepin, oxazepam, og to benzodiazepinlignende legemidler (z-legemidler). Disse kan inntas i angitte maksimaldoser pr døgn og med et minste tidsrom før kjøring kan finne sted.

Forslag til endring

§ 36. Generelle helsekrav ved bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen

Helsekrav er ikke oppfylt dersom alkohol, rusmidler eller legemidler brukes i et omfang og på en måte som fører til helsesvekkelse med økt trafikksikkerhetsrisiko.

§ 37. Helsekrav ved bruk av noen midler som kan påvirke kjøreevnen

Helsekrav ved noen midler som kan påvirke kjøreevnen, fremgår av tabellen i annet ledd. Listen er ikke uttømmende. Ved all bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen, gjelder kravene i § 36.

	A	B	C
	Alkohol	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	<i>Skadelig bruk av alkohol = inntak av alkohol i en grad som kan føre til forstyrrelse i atferd, gi helsesvekkelse og føre til avhengighet F10.1 i ICD10</i>	<i>Helsekrav er oppfylt etter seks måneder der månedlig oppfølging viser avholdenhet og normalisering av blodparametere. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen i to år forutsatt at kvartalsvis oppfølging viser kontrollert bruk. Helseattest kan deretter gis med inntil tre års varighet, før den kan gis med vanlig varighet.</i>	<i>Helsekrav er oppfylt etter ett år der månedlig oppfølging viser avholdenhet og normalisering av blodparametere. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen i to år forutsatt at kvartalsvis oppfølging viser kontrollert bruk. Helseattest kan deretter gis med inntil tre års varighet, før den kan gis med vanlig varighet.</i>
2.	<i>Avhengighet av alkohol = Atferdsmessige,</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tolv måneder dersom månedlig</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre år dersom månedlig oppfølging og</i>

	<p>kognitive og fysiologiske endringer etter langvarig høyt inntak av alkohol der vansker med kontrollert inntak gir økt toleranse og skadelige virkninger neglisjeres F 10.2 – 10.7 i ICD 10</p>	<p>oppfølging og kontroll viser avholdenhet og normalisering av blodparametere i samme periode. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen i tre år forutsatt at umeldte kvartalsvise kontroller viser fortsatt normaliserte blodverdier. Helseattest kan deretter gis for inntil fem år av gangen.</p>	<p>kontroll viser avholdenhet og normalisering av blodparametere i samme periode. Helseattest kan deretter gis for ett år av gangen i tre år forutsatt at oppfølging og umeldte kontroller gjennomføres minst hver annen måned. Helseattest kan deretter gis for inntil tre år av gangen.</p>
--	---	---	---

	Rusmidler	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
3.	<p>Bruk med økt trafiksikkerhetsrisiko eller avhengighet av: Cannabis Amfetamin Metamfetamin Kokain Ecstasy o.l. LSD og hallusinogener Buprenorfin Heroin Ketamin Kodein Morfin Metadon Tramadol o.l.</p>	<p>Helsekrav oppfylt etter seks måneder dokumentert rusfrihet. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen i tre år forutsatt at umeldte kvartalsvise kontroller viser fortsatt rusfrihet. Helseattest kan deretter gis for inntil fem år av gangen.</p>	<p>Helsekrav oppfylt etter tre års dokumentert rusfrihet. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen i tre år forutsatt at umeldte kvartalsvise kontroller viser fortsatt rusfrihet. Helseattest kan deretter gis for inntil fem år av gangen.</p>
4	<p>LAR-behandling</p>	<p>Helsekrav oppfylt etter ett år med stabil dose forutsatt a) fortsatt oppfølging og kontroll ved navngitt lege b) ingen bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen og c) bruk av øvrige legemidler i tråd med kapittel 13 Helseattest kan deretter gis med inntil ett års varighet så lenge behandling pågår. Helseattest kan etter avsluttet substitusjonsbehandling gis for inntil ett år av gangen i tre år forutsatt at umeldte kvartalsvise kontroller viser fortsatt rusfrihet. Helseattest kan deretter gis for inntil fem år av gangen.</p>	<p>Helsekrav ikke oppfylt</p>

	Legemidler	Førekortgruppe 1	Førerortgruppe 2 og 3
5.	<i>Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler - døgndoser</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved bruk av: Oksazepam inntil 30 mg/døgn Zopiklon inntil 7,5 mg/døgn Zolpidem inntil 10 mg/døgn Siste dose må være inntatt minst 8 timer før kjøring. Helsekrav er ikke oppfylt ved bruk av andre benzodiazepiner</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved sporadisk bruk i en periode på maksimum fem dager av: Zopiklon inntil 7,5 mg/døgn Zolpidem inntil 10 mg/døgn Siste dose må være inntatt minst 24 timer før kjøring. Helsekrav er ikke oppfylt ved bruk av andre benzodiazepiner</i>
6.	<i>Opioider_-kronisk smertebehandling</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom a) det er klar medisinsk indikasjon b) det er minst en uke etter siste doseøkning c) det brukes mindre enn tilsvarende ekvipotent dose av morfin 300 mg/døgn d) legemidlene benyttes som depotpreparat og e) det har gått 12 timer etter inntak av ekstra dose-korttidsvirkende opioider</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
7.	<i>Opioider – kortvarig smertebehandling</i>	<i>Helsekravene ikke oppfylt ved kontinuerlig medisinerings gjennom døgnet i anbefalte doser. Ved anbefalt enkeltdose er helsekravene ikke oppfylt de første 12 timer etter inntatt dose.</i>	<i>Helsekravene ikke oppfylt ved kontinuerlig medisinerings gjennom døgnet i anbefalte doser. Ved anbefalt enkeltdose er helsekravene ikke oppfylt de første 12 timer etter inntatt dose.</i>
8.	<i>Pregabalin</i>	<i>Helsekrav som for opioider Maksimum døgndose 600 mg.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
9.	<i>Antihistaminer som sedativum - døgndoser</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved bruk av: Alimemazin inntil 10 mg/døgn Prometazin inntil 25 mg/døgn Hydroksyzin inntil 25 mg/døgn Siste dose må være inntatt minst 8 timer før kjøring</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
10.	<i>Antihistaminer - øvrige</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom grunnsykdommen ikke medfører økt trafikk sikkerhetsrisiko</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom grunnsykdommen ikke medfører økt trafikk sikkerhetsrisiko</i>
11.	<i>Antipsykotika</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved stabil medisinerings. Jf. kapittel 13 for øvrige krav</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved stabil medisinerings. Jf. kapittel 13 for øvrige krav med vurdering av</i>

			<i>relevant spesialist</i>
12.	<i>Antiepileptika</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved stabil medisinerings. Jf. kapittel 8 for øvrige krav</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved stabil medisinerings. Jf. kapittel 8 for øvrige krav med vurdering av relevant spesialist</i>
13.	<i>Antidepressiva</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved stabil medisinerings. Jf. kapittel 13 for øvrige krav</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved stabil medisinerings. Jf. kapittel 13 for øvrige krav</i>

§ 38. Bruk av flere legemidler

Ved bruk av to legemidler som kan ha innvirkning på kjøreevnen, reduseres angitt døgndose med 50 %. Bruk av tre eller flere legemidler som kan ha innvirkning på kjøreevnen er ikke forenlig med føring av motorvogn.

Begrunnelse av forslaget

For å unngå trafikkfarlig alkoholbruk er det gitt bestemmelser som tar sikte på å gi trygg oppfølging i den tid som er nødvendig for avvenning. Dagens laboratorieparametere gir kvalitetssikrede verdier for graden av bruk av rusmidler i tiden forut for prøvetakingen. I veileder vil det bli gitt klare retningslinjer for hvilke prøver som skal tas til hvilke tider, og om helsekravene er oppfylt ved bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen. Fra 01.01.2015 vil prøvespekteret bli ytterligere styrket ved analyser som gir et godt bilde av daglig alkoholinntak. Oppfølging blir derfor gjennomført ut fra konkrete verdier for omfanget av eventuelt bruk av rusmidler. Veileder til nytt Vedlegg 1 vil gi klare føringer for hvordan oppfølging og prøvetaking skal skje ved bruk av de ulike rusmidler.

Helsekravene er i overensstemmelse med omforente kriterier for påvirkning av kjøreevne for de ulike legemiddelgrupper. Legemiddellisten gir klare bestemmelser som også brukere kan forholde seg til. Maksimaldoser er satt ut fra registrerte data for kognitive og psykomotoriske ferdigheter under legemiddelpåvirkning og forsøk i trafikken. Dette er grunnen til at eneste tillatte benzodiazepin i førerkortgruppe 1 er oxazepam med siste dose inntatt minst 8 timer før kjøring. For førerkortgruppe 2 og 3 tillattes ingen bruk av ordinære benzodiazepiner. Det tillates periodisk bruk av z-sovemidler i førerkortgruppe 2 og 3 i inntil 5 dager med siste dose inntatt 24 timer før kjøring. Tilsvarende er grensen for inntak av opioider ved kortvarig smertebehandling satt til 12 timer før kjøring for alle førerkortgrupper. Forslaget er at legemiddellisten ovenfor innføres som forskrift.

Bruk av tre legemidler som kan påvirke kjøreevne er fjernet som mulig alternativ. For å oppnå terapeutisk effekt av tre ulike legemidler som kan påvirke kjøreevnen, vil en i de fleste tilfeller komme over grensen for påvirkning av kjøreevnen.

Forholdet til EU-direktiv

Direktiv 2006/126/EU har i vedlegg III bestemmelser om alkohol i punkt 14. Førerrett skal ikke gis til personer som er avhengige av alkohol eller ikke kan avstå fra drikking ved kjøring. For personer som har vært avhengig av alkohol, kreves for førerrett i førerkortgruppe 1 avholdenhet over tid, medisinsk vurdering og regelmessig oppfølging. For førerkortgruppe 2 (som også omfatter norsk gruppe 3) skal «the competent medical authority» ta behørig hensyn til risiko og farer ved føring av denne type motorvogn.

Punkt 15 omtaler narkotika og legemidler. Det skal ikke gis førerrett i noen klasse til personer som er avhengig av psykofarmaka, eller som regelmessig inntar psykofarmaka.

For førerkortgruppe 1 sier direktivet at det ikke kan gis førerrett til personer som regelmessig inntar psykofarmaka, uansett form, når legemidlene kan nedsette vedkommendes evne til å føre motorvogn på betryggende måte, og hvis inntatt mengde har negativ innvirkning på kjøringen. Det samme gjelder alle andre legemidler eller kombinasjoner av legemidler som påvirker evnen til å føre motorvogn. For førerkortgruppe 2 og 3 krever direktivet som for alkohol at «the competent medical authority» skal vurdere den ytterligere risiko som er forbundet med å føre motorvogn som inngår i disse gruppene.

Helsekrav i andre land

Sverige har forskriftsfestet detaljerte krav til oppfølging av misbruk og avhengighet av alkohol, psykoaktive substanser og legemidler i et felles kapittel som tilsvarende kravene over. Den svenske listen over legemidler er ikke så detaljert, men misbruk av anabole steroider er tatt inn i tillegg. Det settes krav om avholdenhet i seks måneder til to år i forhold til misbrukets alvorlighet. Prøvetaking ved oppfølging er tilsvarende detaljert som i vårt forslag til Vedlegg 1. Sverige har i tillegg et eget kapittel om grovt rattfylleri og gjentatte tilfeller av dette. I slike tilfeller skal også vurderes om helsekrav er oppfylt for kognitive funksjoner.

Danmark har bestemmelse som sier at førerkortgruppe 1 gis ikke førerrett til de som ikke kan skille bruk av alkohol fra føring av motorvogn. For de som har vært avhengige, settes krav om avholdenhet individuelt av egen lege eller spesialist – som regel minst 6 måneder. Der det har vært alkoholrelaterte krampeanfallet, kreves 12 måneders avholdenhet. For førerkortgruppe 2 og 3 skal legen vurdere ut fra kravene til førerkortgruppe 1 og uttale seg om den økte risiko i forbindelse med føring av motorvogn i disse klasser.

Førerrett gis ikke i førerkortgruppe 1 dersom søker regelmessig inntar bevissthetspåvirkende stoffer eller legemidler som kan svekke vedkommendes evne til å føre motorvogn. Som for alkohol skal legene eller relevant spesialist for førerkortgruppe 2 og 3 uttale seg om den økte risiko i forbindelse med føring av motorvogn i disse klasser. Ved misbruk av slike stoffer skal førerrett ikke gis for noen grupper.

Storbritannia har helsekrav for både alkohol og psykotrope stoffer som sammenfaller med vårt forslag. Ved skadelig bruk (misuse) av alkohol settes ikke krav til avholdenhet for noen av førerkortgruppene. Avholdenhet kreves ikke før ved avhengighet av alkohol. Det legges spesiell vekt på oppfølging etter rusutløste anfallet av kramper eller psykoser uten at dette gir økte krav til tid for avholdenhet med unntak for førerkortgruppe 2 og 3. Helsekravene til førerkort vil da ikke være oppfylt før det har gått minst fem år.

Benzodiazepiner er tillatt i terapeutiske doser så lenge det ikke er påvist svekket kjøreevne. Dersom det foreligger misbruk eller avhengighet, er helsekrav ikke oppfylt før minst et år etter avvenning i førerkortgruppe 1. For førerkortgruppe 2 og 3 er tilsvarende krav til avholdenhet tre år.

Konsekvenser av forslaget

Kapittelet innebærer store endringer i forhold til tidligere retningslinjer. For alkohol og midler som kan påvirke kjøreevnen, har føringene i veilederen, IS-2070, i stor grad beveget seg i tråd med retningslinjene i våre naboland.

Den største endringen er foreslått for benzodiazepiner der moderne forskning har vist større påvirkning av kjøreevnen enn tidligere erkjent. I tråd med dette er oxazepam eneste tillatte benzodiazepin i førerkortgruppe 1 og ingen benzodiazepiner tillatt brukt i førerkortgruppe 2 og 3. Bruk av såkalte z-sovemidler blir tillatt brukt i alle førerkortgrupper med klar føring for dosering pr døgn og tid for siste dose før kjøring.

Forslaget til nytt Vedlegg 1 gir klare føringer for oppfølging av førere og førerkortsøkere med ulik grad av rusbruk før helsekrav er innfridd. Helsekravene er drøftet med norske fagmiljøer som arbeider innen ulike felter av rusbruk. De nye kravene til oppfølging og oppfølgingstider er i overensstemmelse med internasjonale retningslinjer. Den foreslåtte tabellen bør derfor kunne gis som forskrift.

Veileder til nytt Vedlegg 1 vil gi klare retningslinjer for detaljert oppfølgingsprogram for både alkohol, rusmidler og legemidler før helsekrav er innfridd.

Problemstillinger høringsinstansene bes uttale seg spesielt om

- Er differensierte krav til kontrollert bruk og avholdenhet fra alkohol realistiske krav i en forskrift?

2.15 Kapittel 15 Respirasjonssvikt

Gjeldende bestemmelse

I dagens Vedlegg 1 omfattes respirasjonssvikt for alle førerkortgrupper av § 2 nr. 6:

«Det må ikke være andre sykdomstilstander som gjør eller kan gjøre føreren uskikket til å føre motorvogn.»

Beskrivelse av forholdene i dag

IS-2070 definerer respirasjonssvikt som arteriell pO₂ under 8 kPa eller pCO₂ over 6,7 kPa.

I 2013 var det 183 søknader som gjaldt respirasjonssvikt (hovedsakelig KOLS), og av disse fikk 172 eller 94 % dispensasjon. De aller fleste søknadene her gjaldt førerkortgruppe 1.

Vurdering av behov for endringer

Respirasjonssvikt kan gi nedsatt konsentrasjonsevne, svekket kritisk sans, hukommelse og reaksjonsevne og kan dermed utgjøre en sikkerhetsrisiko ved føring av motorvogn.

Gjeldende grenser bør inn i forskriften.

Forslag til endring

§ 39. Helsekrav ved respirasjonssvikt

	A	B	C
	Blodgassmåling ved havnivå	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	Stabile verdier for blodgasser: $pO_2 > 7,5$ kPa og $pCO_2 < 7$ kPa	Helsekrav oppfylt	Helsekrav oppfylt dersom vurdering av spesialist bekrefter at det ikke er fare for episoder med lavere verdier for blodgasser
2.	Når verdiene i rubrikken over ved punkt 1 A oppnås ved sikker tilførsel av oksygen under kjøring	Helsekrav oppfylt etter vurdering av spesialist dersom a) tilstanden er stabil b) det ikke foreligger kognitiv svekkelse og c) det er tilstrekkelig muskelkraft til sikker kjøring. Helseattest kan gis for inntil ett år av gangen	Helsekrav ikke oppfylt

Begrunnelse av forslaget

Grenseverdiene er identiske med tilsvarende grenseverdier i Danmark og andre land. Grensene i forslag til Vedlegg 1 er noe mer liberale enn verdiene i IS-2070. Det er i motsetning til tidligere ikke åpnet opp for dispensasjon ved sikker tilførsel av oksygen under føring av motorvogn for førerkortgruppe 2 og 3. Dette begrunnes med at denne pasientgruppen kan få brått innsettende forverrelser ved fysiske og psykiske belastninger.

Forholdet til EU-direktiv

Vedlegg III punkt 18 i direktiv 2006/126/EU omhandler annen sykdom, men intet spesifikt om respirasjonssvikt.

Helsekrav i andre land

I Danmark omtales respirasjonssvikt og oksygenbehandling under avsnittet «Annen sykdom» i retningslinjene for helsekrav til førerkort. Grensene for respirasjonssvikt er identiske med forslaget til Vedlegg 1. Funksjonskravene er sammenfallende med forslaget til våre krav. I Danmark stilles krav om spesialistvurdering også der det ikke er behov for tilførsel av oksygen.

Sverige og Storbritannia har ingen spesifikke retningslinjer for vurdering av respirasjonssvikt.

Konsekvenser av forslaget

Nytt Vedlegg 1 legger til grunn at ved respirasjonssvikt der det er behov for å bruke hjelpemidler, skal det på grunn av trafiksikkerhetsrisikoen ikke gis førerrett til tyngre kjøretøyer enn førerkortgruppe 1.

Problemstillinger høringsinstansene bes uttale seg spesielt om

- Hvordan stiller høringsinstansene seg til at reglene skjerpes for førerkortgruppe 2 og 3?

2.16 Kapittel 16 Svekket førlighet

Gjeldende bestemmelse

I Førerkortforskriften Vedlegg 1 § 2 nr. 7 har følgende bestemmelse for førerkortgruppe 1:

- «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.»*

For førerkortgruppe 2 og 3 gjelder etter vedleggets § 3 nr. 7 jf. § 4 følgende tilleggskrav:

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

Beskrivelse av forholdene i dag

Det er vegmyndigheten (trafikkstasjonen) som avgjør om kjøreevnen er betryggende og gir eventuelle dispensasjoner fra kravene ved stasjonær førighetssvekkelse. Fylkesmannen skal kun fatte vedtak ved ikke-stasjonære førighetssvekkelser.

For ikke-stasjonær førighetssvekkelse var det i 2013 139 søknader, og 110 eller 79 % fikk dispensasjon. De aller fleste søknadene gjaldt førerkortgruppe 1.

Vurdering av behov for endringer

Tilstrekkelig førlighet er en forutsetning for trafikksikker føring av motorvogn. Ved førighetssvekkelse er det ofte andre svekkelser som også skal vurderes i forhold til trafikksikkerhet. I denne gruppen er det ofte nødvendig å vurdere legemiddelbehandling, synssvekkelse og kognitiv svikt som kan ha betydning for sikker føring av motorvogn. Ved progressive tilstander skal gyldighetstid være tilpasset forventet sykdomsutvikling. Fastlegen er den nærmeste til å følge opp om helsekravene til førerrett er oppfylt i disse sakene.

Forslag til endring

§ 40. Helsekrav ved svekket førlighet

Helsekrav er ikke oppfylt når evnen til å føre motorvogn på en sikker måte er påvirket på grunn av redusert koordinasjonsevne eller redusert kraft og sensibilitet i arm eller ben, herunder nedsatt gripeevne.

Dersom det er grunn til å tro at førighetssvekkelsen vil forverres eller er progressiv, kan det gis helseattest for inntil ett år eller lengre tid, dersom relevant spesialist anbefaler det.

Dersom helseattesten bekrefter at øvrige helsekrav er oppfylt, kan vegmyndigheten når praktisk kjørevurdering har vist at kjøreevnen er betryggende, utstede førerkort for den aktuelle klassen. Førerkortet kan begrenses til motorkjøretøy som er spesielt tilpasset eller har personlig ekstrautstyr.

Begrunnelse av forslaget

Forslaget er avgrenset til å gjelde førighetsspørsmålet. I veileder vil det bli gjort oppmerksom på samtidig vurdering av andre helsesvekkelser som er regulert i øvrige kapitler. Legens ansvar for oppfølging av tidsavgrensning vil bli særskilt nevnt.

Forholdet til EU-direktiv

EU har bestemmelser om bevegelseshemmede i vedlegg III punkt 8 til direktiv 2006/126/EU. Det kreves for førerkortgruppe 1 vurdering av kompetent lege og om nødvendig praktisk kjøreprøve. Søkere med en progressiv tilstand skal kontrolleres jevnlig med tanke på om føring av motorvogn kan skje på betryggende vis. Førerkort kan utstedes eller fornyes uten krav om legekonsultasjon når bevegelseshemmingen er stabilisert.

For førerkortgruppe 2 (norsk gruppe 2 og 3) sier direktivet at «the competent medical authority» skal ta behørig hensyn til den økte risiko forbundet med å føre motorvogn som inngår i de høyere klassene.

Helsekrav i andre land

Danmark definerer førighetssvekkelse i helsekrav til førerkort som sykdommer eller deformiteter i bevegelsesapparatet som gjør det risikabelt å føre motorvogn.

I Sverige er helsekrav ikke oppfylt dersom sykdom eller nedsatt funksjon i bevegelsesapparatet gjør at motorvogn ikke kan føres trafiksikkert. Det tillates hjelpemidler eller teknisk ordninger som kan kompensere funksjonsnedsettelsen. Ved progressive tilstander skal helseattest gis med varighet ut fra den enkelte tilstand.

Storbritannia har 17 mobilitetssentre som tar i mot førerkortsøkere med fysiske funksjonshemninger (disabled drivers) for vurdering og nødvendig tilpassing av motorvogn. Det kan også gis førerrett i førerkortgruppe 2 og 3 når funksjonshemmingen er mild og ikke-progressiv.

Konsekvenser av forslaget

Nytt Vedlegg 1 legger inn i forskrift det som spesifikt skal vurderes i forhold til svekket førighet. Ny veileder vil vektlegge god vurdering av helsesvekkelser som ofte følger med førighetssvekkelse.

Problemstillinger høringsinstansene bes uttale seg spesielt om

- Er førighetssvekkelse godt nok definert?

2.17 Kapittel 17 Nyresykdommer

Gjeldende bestemmelse

Dagens krav til nyresykdommer gjelder alle førerkortgrupper og går fram av Vedlegg 1 § 2 nr. 6:

«Det må ikke være andre sykdomstilstander som gjør eller kan gjøre føreren uskikket til å føre motorvogn.»

Beskrivelse av forholdene i dag

Nyresykdom er ikke spesifikt omtalt i IS-2070. Det er heller ikke rapportert om dispensasjonssøknader ved nyresykdom.

Vurdering av behov for endringer

Da nyresykdom kan innebære økt trafiksikkerhetsrisiko, anser Helsedirektoratet det riktig å inkludere denne sykdomsgruppen i nytt Vedlegg 1.

Forslag til endring

§ 42. Helsekrav ved nyresykdommer

Helsekrav er ikke oppfylt dersom sykdommen gjør at søker om førerett ikke kan føre motorvogn på en trafiksikker måte.

§ 43. Helsekrav ved nyresykdommer

	A	B	C
	Sykdom	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	Kronisk nyresvikt	Helsekrav oppfylt ved god allmennfunksjon. Helseattest kan gis for inntil fem år av gangen.	Helsekrav oppfylt ved god allmennfunksjon. Helseattest kan gis for inntil to år av gangen etter anbefaling fra spesialist.
2.	Dialysebehandlede	Helsekrav oppfylt etter uttalelse fra behandlende avdeling. Helseattest kan gis for inntil tre år av gangen.	Helsekrav oppfylt etter uttalelse fra behandlende avdeling. Helseattest kan gis for inntil tre år av gangen
3.	Nyretransplanterte	Helsekrav oppfylt etter tilheling. Helseattest kan gis med vanlige vilkår	Helsekrav oppfylt etter tilheling Helseattest kan deretter gis med vanlige vilkår

Begrunnelse av forslaget

Begrensningen i forhold til nyresvikt går på vurdering av allmennfunksjon, som hos de fleste svekkes over tid. Det er derfor satt en tidsgrense for varighet av helseattesten på fem år for førerkortgruppe 1 og to år for førerkortgruppe 2 og 3. Der det er tale om dialyse, er spesialist ved behandlende avdeling den som best kan vurdere sykdommens innvirkning på trafiksikkerheten. Etter nyretransplantasjon vil funksjonsnivå og allmenntilstand være normal der det ikke er annen sykdom eller lidelse.

Forholdet til EU-direktiv

EU-direktiv 2006/126/EF tillater førerrett i førerkortgruppe 1 ved alvorlig nyresvikt der det skjer etter medisinsk vurdering og regelmessig oppfølging. Førerrett skal ved alvorlig og uheldredelig nyresvikt bare unntaksvis gis for førerkortgruppe 2 og 3 etter regelmessig vurdering av spesialist.

Helsekrav i andre land

Sverige og Danmark har sammenfallende helsekrav som foreslått i nytt Vedlegg 1.

Storbritannia har ingen restriksjoner ved kronisk nyresvikt for førerkortgruppe 1 så lenge sykdommen ikke gir alvorlig elektrolyttforstyrrelse eller anfall av bevissthetsforstyrrelse eller svekket psykomotoriske og kognitive funksjoner. For førerkortgruppe 2 og 3 gjøres individuell vurdering.

Konsekvenser av forslaget

Nytt Vedlegg 1 betyr klarere og mer praktiske kriterier for vurderingen av helsekrav ved nyresykdom.

2.18 Kapittel 18 Andre sykdommer og helsesvekkelser som gjør eller kan gjøre fører av motorvogn uskikket

Gjeldende bestemmelse

Dagens krav til andre helsesvekkelser gjelder alle førerkortgrupper og går fram av 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.»

Beskrivelse av forholdene i dag

Av dagens IS-2070 framgår det om «generell helsesvekkelse»:

«Når det er flere forhold, bør den trafikkikkerhetsmessig mest alvorlige tilstanden tillegges hovedvekten. Dersom det er flere problemer som hver for seg taler i mot dispensasjon, kan det tilsi avslag selv om en ikke uten videre kan «summere» de ulike forholdene. Det må gjøres en konkret vurdering av i hvilken grad risikoen ved de ulike helseproblemene påvirker hverandre, og om samlet risiko tilsier at trafikkikkerhetskravet ikke er oppfylt.»

Vurdering av behov for endringer

Det er lagt til grunn at vurdering etter denne bestemmelsen skal skje unntaksvis. Som regel vil det være en eller flere helsesvekkelser som omfattes av andre bestemmelser i Vedlegg 1 og som heller bør brukes. Et økende antall eldre kan imidlertid bety at det vil bli flere førerkortsøkere som må vurderes etter en generell vurdering av funksjonsnivået og av om kravet til trafikkikker føring av motorvogn etter en samlet vurdering er oppfylt. I slike tilfeller vil en praktisk kjørevurdering være en viktig del av vurderingsgrunnlaget.

I dette kapitlet inkluderes også personer som har gjennomgått organtransplantasjon eller fått implantat som kan påvirke kjøreevnen.

Forslag til endring

§ 44. Helsekrav ved andre sykdommer og helsesvekkelser

Helsekrav er ikke oppfylt dersom det er andre sykdommer eller helsesvekkelser enn de som er omtalt i kapitlene foran, og helsesvekkelsen utgjør en risiko for trafikksikkerheten.

§ 45. Helsekrav ved flere sykdommer og helsesvekkelser

Helsekrav er ikke oppfylt dersom generell helsesvekkelse eller flere sykdommer sammen utgjør en risiko for trafikksikkerheten.

§ 46. *Bestemmelsene i §§ 44 og 45 gjelder søkere i alle førerkortgrupper.*

Begrunnelse av forslaget

Nytt Vedlegg 1 omfatter ikke alle lidelser som kan ha betydning for om føring av motorvogn kan skje trafikksikkert. Paragraf 44 gir en hjemmel for å vurdere om en person har andre sykdomstilstander enn de som fremgår av andre bestemmelser i Vedlegg 1. Forskriften vil ikke være uttømmende. Sykdomstilstander og helsesvekkelse som ikke er nevnt i forskriften, vil da kunne vurderes etter § 44.

I § 45 fastslås det helsekravene til trafikksikker føring av motorvogn skal være oppfylt også ved en helhetlig vurdering av en persons helsetilstand. Selv om den enkelte sykdomstilstand ikke er i strid med kravene i forskriften, er det mulig at kravet etter § 45 ikke er oppfylt. Denne vurderingen har til nå inngått i § 2 nr. 6. Ved at det blir en egen bestemmelse om en samlet vurdering vil det bli tydeliggjort i forskriften at legen skal foreta en helhetlig vurdering av pasientens helsetilstand.

Forholdet til EU-direktiv

EU direktiv 2006/126/EF har i vedlegg III punkt 18 bestemmelser om andre tilstander som ikke er nevnt i foregående kapitler. Førerkort må verken utstedes eller fornyes for gruppe 2 og 3 for søkere og førere som lider av en annen sykdom enn de som er nevnt i direktivet dersom sykdommen kan nedsette evnen til å føre motorvogn på betryggende måte, med mindre det foreligger legeuttalelse og forutsatt at det gjennomføres regelmessig legekontroll når dette er nødvendig. Det stilles samtidig krav om at «the competent medical authority» tar behørig hensyn til den ytterlige risiko som er forbundet med å føre motorvogn i disse gruppene.

For førerkortgruppe 1 er det ikke gitt en tilsvarende generell regel i direktivet. Under «forskjellige bestemmelser» er det imidlertid i punkt 17 gitt en bestemmelse om at førerkort etter legeerklæring kan utstedes eller fornyes for gruppe 1 til personer som har hatt en organtransplantasjon eller implantasjon av kunstige organer som kan påvirke evnen til å føre motorvogn på trafikksikker måte. Vilkåret er at det gjennomføres regelmessig legekontroll der det er behov for det.

Helsekrav i andre land

Sverige har innledningsvis i sine forskrifter (1 kapittel, § 4) en bestemmelse om at enhver sykdom, skade eller medisinsk tilstand som kan påvirke kjøreevnen skal vurderes ut fra et trafiksikkerhetssynspunkt.

Danmark har i sin veiledning om annen sykdom som kan gi nedsatt kjøreevne, krav om særlig uttalelse fra egen lege eller relevant spesialist, eventuelt med særskilt tidsbegrensing. I kategorien annen sykdom er organtransplantasjon eller implantasjon av kunstige organer nevnt spesielt.

Storbritannia har i sine innledende generelle retningslinjer tilsvarende regler om multiple medisinske forhold som i sum gjør at helsekrav ikke er oppfylt. Dette gjelder alle førerkortgrupper.

Konsekvenser av forslaget

I forslaget til nytt Vedlegg 1 er dagens bestemmelse om «annen sykdomstilstand» i Vedlegg 1 § 2 nr. 6 delt på to bestemmelser. Det reelle innhold i §§ 44 og 45 er ikke endret fra dagens § 2 nr. 6.

2.19 Kapittel 19 Overgangsbestemmelser og ikrafttreden

Gjeldende rett – behov for overgangsbestemmelser

En stor andel av de som til nå har fått dispensasjon fra helsekravene i gjeldende regelverk, vil med de nye helsekravene i Vedlegg 1 til førerkortforskriften kunne få førerrett etter helseattest fra legen, uten å måtte søke fylkesmannen om dispensasjon. Noen vil imidlertid fortsatt ha behov for dispensasjon for å kunne føre motorvogn. Enkelte kan ha fått fornyet dispensasjon gjennom mange år fordi helsetilstanden ikke har endret seg.

Blant de som har vedtak om dispensasjon i dag, men ikke vil få dispensasjon for førerkortgruppe 2 og 3 etter de nye bestemmelsene er en del personer som har diabetes med behov for insulin eller andre blodsukkersenkende legemidler. Det samme gjelder personer med syn på bare ett øye. Det nye regelverket er i tråd med EU-direktiv som angir hvilke helsekrav som minst må være oppfylt for å ha førerrett.

Dispensasjoner som er gitt i henhold til någjeldende regelverk, vil etter Helsedirektoratets forslag gjelde inntil de utløper. Helsedirektoratet anser at det også bør fastsettes overgangsbestemmelser som ved tungtveiende grunner gir mulighet for å gi fornyet dispensasjon i en begrenset periode etter at de nye bestemmelsene trer i kraft. Det forutsettes at dispensasjon bare innvilges der det ikke er endringer i helsetilstanden eller andre opplysninger som tilsier at førers helsetilstand medfører en trafiksikkerhetsrisiko. Ved innvilgelse skal varighet av dispensasjonen fastsettes ut fra behovet for nødvendig medisinsk oppfølging.

Vilkåret «tungtveiende grunner» er ment å åpne for en noe mindre restriktiv adgang til å gi dispensasjon i en overgangsperiode enn den snevre unntaksbestemmelsen som fremgår av § 7 i nytt Vedlegg 1. Det vil blant annet kunne være aktuelt for yrkessjåfører som har hatt langvarig dispensasjon uten endret helsetilstand. Kriterier for vurdering av dispensasjon vil bli omtalt i veileder.

Overgangsbestemmelsen vil etter forslaget gjelde i tre år etter ikrafttreden av nytt Vedlegg 1, 1.9.2015, for å gi rom for omskolering og omstilling uten å få en for lang periode med ulikt regelverk ved dispensasjonssøknader. Det kan være argumenter også for en kortere eller lengre tidsramme, henholdsvis 1-2 år og 4-5 år. For en kortere tidsramme taler at det da vil bli en raskere utfasing av gammelt regelverk og mer likebehandling av personer som ønsker førerrett. For en lengre tidsramme taler at tre år kan være for kort tid for omskolering, og at førere som tidligere hatt dispensasjon og ikke har endret helsetilstand, kan gis nødvendig tid til å tilpasse seg til nytt regelverk.

Der det ikke er gitt dispensasjon etter gjeldende regelverk før ikrafttreden av de nye helsekravbestemmelsene, vil sakene bli behandlet etter bestemmelsene i nytt Vedlegg 1. Det gjelder også for førere som tidligere har oppfylt helsekravene etter tidligere regelverk og derfor ikke hatt behov for dispensasjon, i første rekke personer som bruker legemidler som kan påvirke kjøreevnen. Søknad om dispensasjon må i slike tilfelle behandles etter unntaksbestemmelsen i § 7.

Forslag til overgangsbestemmelser og ikrafttreden

§ 47. Overgangsbestemmelser

Vedtak om dispensasjon som er truffet i medhold av tidligere vedlegg 1 til forskrift av 19. januar 2004 nr. 298, gjelder også etter ikrafttreden av nytt vedlegg 1, 1.9.2015, og frem til utløpsdato for dispensasjonen. Dersom en tidsbegrenset dispensasjon gitt i medhold av tidligere regelverk, utløper etter ikrafttreden av nytt vedlegg 1, 1.9.2015, kan det gis fornyet dispensasjon hvis det foreligger tungtveiende grunner. Fornyelse av dispensasjon kan bare gis der det etter en medisinsk vurdering ikke anses å utgjøre en trafikksikkerhetsrisiko. Det kan fastsettes vilkår som sikrer nødvendig oppfølging. Dispensasjon etter denne bestemmelsen kan ikke gis med varighet utover 31. august 2018.

Høringsinstansene bes uttale seg om

- Skal det gis overgangsbestemmelser som åpner for å søke om fornyelse av dispensasjon i en begrenset periode etter ikrafttreden av nytt regelverk?
- Er tre år i så fall en hensiktsmessig overgangsperiode, eller bør det settes en kortere eller lengre tidsramme?
- Er «tungtveiende grunner» et hensiktsmessig vilkår for å gi fornyet dispensasjon i en overgangsperiode?

Ikrafttreden

Forskriften med forslag til nytt vedlegg 1 er sendt på høring 15. desember 2014 med høringsfrist 15. mars 2015. Foreslått dato for ikrafttreden er 1. september 2015. Det vil bli utarbeidet veileder og ny helseattest som skal være klar før de nye helsekravbestemmelsene trer i kraft. Ny meldepliktforskrift med hjemmel i helsepersonelloven § 34 vil bli sendt på høring i første del av 2015, med forventet ikrafttreden samtidig med de nye helsekravene til førerrett.

II

Denne forskrift trer i kraft 1. september 2015. Forskriftens bestemmelser erstatter tidligere vedlegg 1 til forskrift av 19. januar 2004 nr. 298.

Del 3

Økonomiske og administrative konsekvenser

Fylkesmennene mottar årlig rundt 15 000 søknader om dispensasjon fra helsekravene i førerkortforskriften. 80-90 % av søknadene innvilges. Helsekravene i forslaget til nytt Vedlegg 1 til førerkortforskriften er i stor grad i samsvar med den dispensasjonspraksis som er utviklet etter retningslinjer fra Helsedirektoratet.

En stor andel av de som i dag får dispensasjon, vil med de nye bestemmelsene kunne få helseattest fra fastlegen og få førerrett uten å måtte søke fylkesmannen om dispensasjon. Det vil føre til at de raskere kan få avklart om de kan få førerkort, noe som blant annet vil være av betydning for yrkessjåfører som er avhengig av førerrett for å være i jobb. De vil raskere komme tilbake i arbeid eller slippe avbrudd med lang ventetid på å få en dispensasjonssøknad behandlet.

Samtidig som helsekravene i forskriften vil bli endret slik at de kommer på nivå med dagens dispensasjonspraksis, vil adgangen til å få dispensasjon fra de nye bestemmelsene bli sterkt innskrenket. Etter en overgangsperiode med tilpasning til nytt regelverk er det forventet at antall dispensasjonssøknader til fylkesmennene vil bli sterkt redusert, slik at fylkesmannsembetene vil få frigjort ressurser til andre viktige oppgaver de er pålagt.

Et grovt anslag viser at det nå går med rundt 50 årsverk til behandling av førerkortsaker hos fylkesmennene. Rundt halvparten av førerkortsakene gjelder dispensasjonssøknader. De øvrige sakene gjelder blant annet tilråding til politiet om å inndra førerkort og rådgivning overfor leger og publikum. Det må påregnes at det i en overgangsperiode med innføring av nytt regelverk kan bli behov for noe mer rådgivning overfor helsepersonell og de som søker om førerrett.

Klart formulerte og forskriftsfestede helsekrav gir økt rettssikkerhet og større forutsigbarhet for den enkelte fører enn når kravene fremgår av veileder, slik de i stor grad har gjort til nå. Detaljerte krav i forskriften gir mindre rom for skjønn og sikrer mer likebehandling i spørsmål om helsekravene er oppfylt.

Ved at detaljerte helsekrav nå blir forskriftsfestet, vil det på grunn av krav til høring kunne ta mer tid å endre bestemmelsene dersom medisinsk utvikling eller andre forhold tilsier det. Det anses likevel viktig at rettigheter og plikter på dette feltet fremgår av forskrift og ikke av veileder og forvaltningspraksis.

Det vil bli utarbeidet helseattest i tråd med de nye helsekravene. Undersøkelse og utfylling av helseattesten vil kunne kreve noe mer tidsbruk hos fastlegen. Det kan føre til at det blir noe dyrere å

få helseattest. Pasienten betaler selv kostnadene til helseattest. Prisen ligger i dag i de fleste tilfelle mellom 350 og 1000 kroner.

De nye helsekravene vil være i samsvar med EU-direktiv som Norge er forpliktet til å implementere. Det innebærer at noen som i dag har dispensasjon fra helsekravene, ikke vil få førerrett i førerkortgruppe 2 og 3 (tunge førerkortklasser, dvs. C- og D-klassene). Det gjelder blant annet personer med syn på bare ett øye, og personer med diabetes som har behov for insulin eller andre blodsukkersenkende midler. Det er lagt opp til overgangsordninger der midlertidig dispensasjon ikke anses å komme i konflikt med krav til trafiksikkerhet.

For yrkessjåfører som har hatt dispensasjon, men nå ikke vil få førerrett, kan det i noen tilfelle bli aktuelt med omskolering. Det er vanskelig å beregne eventuelle økonomiske konsekvenser av dette. I 2013 var det 433 søknader om dispensasjon fra helsekravene ved diabetes til førerkortgruppe 2 og 936 søknader i gruppe 3 med henholdsvis 92 og 95 prosent innvilgelse. Det er ikke oppgitt hvor mange som var yrkessjåfører. I alt 522 personer med diabetes søkte imidlertid også om kjøreseddel eller kompetansebevis for utrykningskjøring, og 97 prosent ble innvilget. Yrkessjåfører med syn på bare ett øye utgjør en mindre gruppe.

Av trafiksikkerhetsgrunner foreslås det å innskrenke adgangen til bruk av legemidler med beroligende og bedøvende virkning. For førerkortgruppe 1, som blant annet omfatter vanlig personbil, vil det ikke være tillatt med regelmessig bruk av legemidler av benzodiazepin-gruppen med unntak av oksazepam og z-sovemidler inntatt minst 8 timer før kjøring. For førerkortgruppe 2 og 3 vil helsekravene ikke være oppfylt hvis fører har inntatt legemidler som inneholder benzodiazepiner, bare unntatt en begrenset bruk av z-sovemidler. En del som har førerrett etter dagens regelverk, vil dermed ikke kunne føre motorvogn etter de nye reglene. Strengere regler for legemiddelbruk anses imidlertid å være av betydning for å bedre trafiksikkerheten på norske veier.

Innføring i norsk rett av til dels detaljerte bestemmelser i EU-direktiv vil medføre at flere med synsproblemer får krav om praktisk kjørevurdering. Omfang er vanskelig å forutsi, og det er usikkert om det vil få noen innvirkning på utviklingen av praktisk kjørevurdering ved de statlige trafikkstasjonene. Økt antall eldre bilførere og større vekt på å vurdere kognitiv svikt og eventuelt behov for praktisk kjørevurdering vil også kunne gi mer pågang på trafikkstasjonene. Henvisning til praktisk kjørevurdering skal bare skje etter vurdering av fylkesmannen.

De foreslåtte helsekravene innebærer også at bestemmelser i EU-direktiv av 1. juli 2014 om obstruktivt søvnapne syndrom blir implementert i norsk rett.

Trafikkulykker har store kostnader både på et personlig og et samfunnsøkonomisk plan. Klare helsekrav vil være av betydning i arbeidet med økt trafiksikkerhet. Fastlegene er de som kjenner pasienten best og er nærmest til å vurdere om de detaljerte helsekravene er oppfylt. Det er i utformingen av bestemmelsene lagt vekt på trafiksikkerhetsrisiko og at det skal gjøres en helhetlig vurdering av om helsetilstanden er forenlig med å føre motorvogn.

