

Høringsoppsummering

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

Helsedirektoratet 13.06.2016

Innholdsfortegnelse

Innledning	6
Bakgrunn	6
Forholdet til diskriminerings- og tilgjengelighetsloven	6
Endringer etter høring – hovedtrekk fra enkelte kapitler	7
Endringer etter høringen- generelle tema	10
Veileder	11
Kapittel 1 - Definisjoner	12
Bakgrunn	12
Forslag sendt på høring.....	12
Høringsinstansenes syn	12
Helsedirektoratets vurderinger.....	14
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser	16
Kapittel 2 – Generelle bestemmelser.....	17
§ 2 – Generelt krav til helse.....	17
Bakgrunn	17
Forslag sendt på høring.....	17
Høringsinstansenes syn	18
Helsedirektoratets vurderinger.....	19
§ 3 – Egenerklæring om helse	20
Bakgrunn	20
Forslag sendt på høring.....	20
Høringsinstansenes syn	21
Helsedirektoratets vurderinger.....	21
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser	22
Kapittel 3 - Helseundersøkelse, utstedelse av helseattest m.v.....	23
Helseattest - § 4.....	23
Bakgrunn	23
Forslag til sendt på høring.....	23
Høringsinstansenes syn	24
Helsedirektoratets vurderinger.....	27
§ 5 – Undersøkelsen av førerkortsøker	29
Bakgrunn	29
Forslag sendt på høring.....	30
Høringsinstansenes syn	30
Helsedirektoratets vurderinger.....	31
§ 6 – Plikt til å gi informasjon	31
Bakgrunn	31

Forslag sendt på høring.....	32
Høringsinstansenes syn.....	32
Helsedirektoratets vurderinger.....	33
Dispensasjon – § 7.....	34
Bakgrunn.....	34
Forslag sendt på høring.....	34
Høringsinstansenes syn.....	35
Helsedirektoratets vurderinger.....	42
§ 8 – Utfyllende bestemmelser.....	44
Bakgrunn.....	44
Helsedirektoratets vurdering.....	44
Helsedirektoratets forslag.....	44
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser.....	44
Kapittel 4 – Syn.....	46
Bakgrunn.....	46
Forslag sendt på høring.....	46
Høringsinstansenes syn.....	48
Helsedirektoratets vurderinger.....	51
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser.....	53
Kapittel 5 – Hørsel.....	55
Bakgrunn.....	55
Forslag til vedlegg 1 kapittel 5 – Hørsel.....	55
Høringsinstansenes syn.....	55
Helsedirektoratets vurderinger.....	55
Helsedirektoratets forslag til ny bestemmelse.....	55
Kapittel 6 – Kognitiv svikt.....	56
Bakgrunn.....	56
Forslag sendt på høring.....	56
Høringsinstansenes syn.....	56
Helsedirektoratets vurderinger.....	58
Helsedirektoratets forslag til ny bestemmelse.....	59
Kapittel 7 – Nevrologiske sykdommer.....	60
Bakgrunn.....	60
Forslag sendt på høring.....	60
Høringsinstansenes syn.....	63
Helsedirektoratets vurderinger.....	66
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser.....	69
Kapittel 8 – Epilepsi og epilepsilignende anfall.....	73
Bakgrunn.....	73
Forslag sendt på høring.....	74

Høringsinstansenes syn.....	76
Helsedirektoratets vurderinger.....	78
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser	82
Kapittel 9 – Bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelser av annen årsak enn epilepsi, hjerte-/ karsykdom og diabetes.....	85
Bakgrunn	85
Forslag sendt på høring.....	85
Høringsinstansenes syn.....	87
Helsedirektoratets vurderinger.....	88
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser	89
Kapittel 10 – Søvn sykdommer	91
Bakgrunn	91
Forslag sendt på høring.....	91
Kapittel 10 - Søvn sykdommer	91
Høringsinstansenes syn.....	92
Helsedirektoratets vurderinger.....	96
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser	98
Kapittel 11 – Hjerte- og karsykdommer	99
Bakgrunn	99
Forslag sendt på høring.....	99
Høringsinstansenes syn.....	106
Helsedirektoratets vurderinger.....	106
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser	108
Kapittel 12 – Diabetes.....	116
Bakgrunn	116
Forslag til nytt vedlegg 1 kapittel 12 – sendt på høring 15. desember 2014	117
Ny høring.....	118
Forslag til nytt kapittel 12 sendt på høring 25. september 2015	119
Høringsinstansenes syn.....	121
Helsedirektoratets vurderinger.....	126
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser	129
Kapittel 13 – Psykiske lidelser og svekkelser	131
Bakgrunn	131
Forslag sendt på høring.....	131
Høringsinstansenes syn.....	133
Helsedirektoratets vurderinger.....	139
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser	143
Kapittel 14 – Midler som kan påvirke kjøreevnen	147
Bakgrunn	147
Forslag sendt på høring.....	147
Høringsinstansenes syn.....	150

Helsedirektoratets vurderinger.....	164
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser	169
Kapittel 15 – Respirasjonssvikt.....	172
Bakgrunn	172
Forslag sendt på høring.....	172
Høringsinstansenes syn.....	172
Helsedirektoratets vurderinger.....	173
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser	174
Kapittel 16 – Nyresykdommer	175
Bakgrunn	175
Forslag sendt på høring.....	175
Høringsinstansenes syn.....	175
Helsedirektoratets vurderinger.....	176
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser	177
Kapittel 17 – Svekket førlighet	178
Bakgrunn	178
Forslag sendt på høring.....	179
Høringsinstansenes syn.....	179
Helsedirektoratets vurderinger.....	180
Helsedirektoratets forslag til ny bestemmelse	181
Kapittel 18 – Andre sykdommer og helsesvekkelser.....	182
Bakgrunn	182
Forslag sendt på høring.....	182
Høringsinstansenes syn.....	182
Helsedirektoratets vurderinger.....	182
Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser	183
Kapittel 19 Overgangsbestemmelser	183
§ 47. Overgangsbestemmelser.....	183
Forslag sendt på høring.....	183
Høringsinstansenes syn.....	184
Helsedirektoratets vurderinger.....	189
Helsedirektoratets forslag til ny bestemmelse	190

Innledning

Bakgrunn

Etter forslag fra Helsedirektoratet sendte Vegdirektoratet 15. desember 2014 utkast til nytt vedlegg 1 til forskrift om førerkort mm. av 19. januar 2004 nr. 298 på høring, med svarfrist 15. mars 2015. Det kom inn rundt 90 hørings svar, til dels med omfattende merknader.

Vedlegg 1 – helsekrav til førerett – ble foreslått endret slik at de fleste førere som i dag får dispensasjon fra helsekravene, vil fylle helsekravene etter de nye reglene. Samtidig ble det foreslått å innskrenke muligheten for å få dispensasjon fra de nye helsekravene.

På bakgrunn av innspill i høringen, samt etter drøfting med berørte instanser, valgte Helsedirektoratet å utarbeide nytt forslag til vedlegg 1 kapittel 12 - helsekrav ved diabetes mellitus. Forslaget med høringsnotat ble sendt på høring av Vegdirektoratet, med høringsfrist 6. november 2015. Det er kommet inn ca. 25 hørings svar.

I tillegg ble det 18. mars 2016 sendt ut en egen høring om overgangsbestemmelser for helseattester, med høringsfrist 29. april 2016. Overgangsbestemmelsen for helseattester kommer i tillegg til en overgangsbestemmelse for dispensasjon fra helsekravene, som inngikk i høringen av nytt vedlegg 1.

Helsedirektoratets høringsoppsummering fremgår av de følgende kapitler, med gjengivelse av høringsforslaget og bakgrunnen for dette, hovedinnholdet i høringsuttalelsene, Helsedirektoratets vurderinger og forslag med grunnlag i innkomne høringsinnspill.

Nytt vedlegg 1 til førerkortforskriften skal vedtas 1. juli 2016 og skal tre i kraft fra 1. oktober 2016.

Forholdet til diskriminerings- og tilgjengelighetsloven

I forbindelse med høringen ble det mottatt brev fra Likestillings- og diskrimineringsombudet, som påpekte at diskriminerings spørsmålet ikke var berørt i høringen. Ombudet hadde mottatt henvendelse fra personer som brukte legemidler som medførte at de ikke fikk førerkort etter de nye reglene, og fra ADHD Norge. Ombudet pekte på diskriminerings- og tilgjengelighetsloven § 5, som forbyr diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne, og oppfordret vegmyndigheten til å belyse diskrimineringsaspektet før fremleggelse av endelig forslag til vedlegg 1.

Vilkår for førerett reguleres av vegtrafikkloven med tilhørende forskrifter. Hovedregel om trafikk og helse fremgår av vegtrafikkloven § 21, som gir et generelt forbud mot å kjøre motorvogn dersom man er i en slik tilstand at man ikke kan anses skikket til å kjøre på en trygg måte, uansett årsak. Krav til helse er spesifisert i vegtrafikkloven § 24 fjerde ledd, der det fremgår at den som skal få førerkort må ha tilstrekkelig syn og førerlyst, nødvendig fysisk og psykisk helse og vedkommende må ha bestått førerprøve. Hjemmel for å gi forskrift om helsekrav fremgår av § 24 femte ledd.

Gjeldende helsekrav gitt i vedlegg 1 til førerkortforskriften er foreslått endret med bestemmelser som fremgår av de følgende kapitler. Nytt forslag til vedlegg 1 innebærer at de fleste som tidligere fikk dispensasjon fra helsekravene, nå vil kunne få førerett etter helseattest fra legen. Helsekravene bygger på EU direktiv 2006/126/EF (tredje førerkortdirektiv), som endret ved direktiv 2009/113/EF, 2012/36/EU og 2014/85/EU.

Helsedirektoratet ser at bestemmelser om helsekrav ved førerrett kan innebære en indirekte forskjellsbehandling etter diskriminerings- og tilgjengelighetsloven § 5 andre ledd. Helsedirektoratet vurderer at forskjellsbehandlingen er lovlig, jf. diskriminerings- og tilgjengelighetsloven § 6. Formålet med helsekravene er saklig, og begrunnet i behovet for å sikre at personer som får eller har rett til å føre motorvogn, har en helsetilstand som gjør at de kan gjøre dette på en trygg måte. De enkelte helsekrav er fastsatt etter vurdering av forholdet mellom helsetilstand og trafikk sikkerhet, og i dialog med sentrale fagmyndigheter og fagmiljøer på de enkelte felt. Bestemmelsene er nødvendige for å oppnå formålet om trafikk sikker føring av motorvogn, blant annet fordi de setter en terskel som både den enkelte, helsepersonell og myndigheter kan forholde seg til i vurderingen av om helsen er tilstrekkelig for trafikk sikker kjøring. Helsekravene er et supplement til den enkeltes plikt til selv å vurdere egen skikkethet til å kjøre, jf. vegtrafikkloven § 21 første ledd. Norge er for øvrig pålagt å implementere minstekravene i EU-direktivene, og nytt forslag til vedlegg 1 fastsetter helsekrav som tidligere kun fremgikk av veileder. Nytt vedlegg 1 implementerer helsekrav gitt i direktiv 2014/85/EU om obstruktivt søvnapnesyndrom.

Likestillings- og diskrimineringsombudet har stilt spørsmål ved om forholdsmessigheten av tiltaket er tilstrekkelig ivarettatt, i det de peker på at vedlegg 1 legger opp til å behandle personer som grupper, noe som vanskeliggjør en individuell vurdering. Helsedirektoratet mener at det er et rimelig forhold mellom hensynet til trafikk sikkerheten på den ene side, og det at enkelte personer med nedsatt funksjonsevne utelukkes fra å føre motorvogn i en eller flere klasser. Helsedirektoratet har etter høringen liberalisert enkelte bestemmelser i vedlegg 1, der høringsforslagets helsekrav gikk lenger i å sette begrensninger i retten til å føre motorvogn enn det som etter ny vurdering ble ansett nødvendig av hensyn til trafikk sikkerheten.

Vedlegg 1 åpner for øvrig for at Fylkesmannen i enkelte spesielle tilfeller kan gi dispensasjon fra helsekravene dersom det etter en samlet vurdering av helsetilstand og trafikk sikkerhet vil være *åpenbart urimelig* å avslå en søknad om dispensasjon. Personer som var innvilget tidsbegrenset dispensasjon før ikrafttreden av nytt vedlegg 1 kan etter en individuell vurdering få fornyet dispensasjon i en overgangsperiode, dersom det foreligger *tungtveiende grunner* og der det etter en medisinsk vurdering ikke anses å utgjøre en trafikk sikkerhetsrisiko. Helsedirektoratet mener at det med disse bestemmelsene er tatt tilstrekkelig høyde for at den enkelte søker om førerkort kan få sin sak individuelt vurdert av myndighetene.

Endringer etter høring – hovedtrekk fra enkelte kapitler

Etter en vurdering av høringssvarene og dialog med fagmiljøene har Helsedirektoratet foretatt en del endringer i forslag til nytt vedlegg 1. Til dels er det gjort endringer som innebærer en liberalisering av de regler som ble sendt på høring, dels er det gjort språklige endringer i enkelte bestemmelser for å presisere innholdet i bestemmelsen eller for å gi forskriften en mer ensartet utforming.

Kapittel 1 til 3

Helsedirektoratet har valgt å ta inn en definisjon av begrepet *søker om førerrett* i nytt tredje ledd til § 2-1 i førerkortforskriften. Etter innspill vurderes det som hensiktsmessig at definisjonen i tillegg tas inn i nytt forslag til vedlegg 1 § 1 bokstav d, fordi begrepet står så sentralt i helsekravbestemmelsene.

Helsedirektoratet har i dialog med Vegdirektoratet valgt å ta inn en definisjon av begrepet kjørevurdering.

Helsedirektoratet har endret § 4 om helseattest. Det er i høringsrunden stilt spørsmål til bestemmelsen, blant annet knyttet til vilkårene for å kunne kreve helseattest og avgrensning av krav om helseattest etter § 4 a og § 4 b. Helsedirektoratet har sett at det kan være behov for en omformulering og avgrensning av § 4 a og § 4 b av hensyn til forutsigbarhet og likebehandling. Helsedirektoratet har valgt å omgjøre de to bestemmelsene til en bestemmelse, slik at det blir tydeligere hvilke vilkår som må være tilstede for at myndighetene kan kreve helseattest.

Paragraf 6 om plikt til å gi informasjon er endret slik at legitimasjonsplikten ikke gjelder dersom legen fra tidligere er godt kjent med pasienten. Det er presisert at tilsvarende gjelder overfor optiker, der helseattest begrenset til attest for synsfunksjon utfylles av optiker. Helsedirektoratet har etter innspill fra Datatilsynet sett at det er behov for en ytterligere avgrensning og klargjøring av bestemmelsen om samtykke til å innhente nødvendige helseopplysninger for å sikre en forsvarlig vurdering. For å avgrense § 6 slik at bestemmelsen gir større forutberegnelighet, har Helsedirektoratet kommet til at samtykke til å innhente nødvendige og relevante helseopplysninger som sikrer en forsvarlig vurdering, begrenses til å gjelde opplysninger fra spesialist og tidligere fastlege.

Helsedirektoratet har på grunnlag av høringsinnspillene kommet til at den enkeltes behov *ikke* skal være del av vurderingsgrunnlaget for om det skal gis dispensasjon. Dette er presisert slik at det fremgår av bestemmelsen om dispensasjon i § 7. Helsedirektoratet har etter innspill fra Advokatforeningen tatt ut vilkår om at dispensasjon kan gis når det foreligger «*særlig tungtveiende grunner*» fordi vilkåret ikke vil ha selvstendig betydning for dispensasjonsvurderingen ved siden av vilkåret om at dispensasjon bare skal gis der det etter en samlet vurdering av helsetilstand og trafiksikkerhet er «*åpenbart urimelig*» å avslå søknaden. At vilkåret er tatt ut vil derfor ikke ha noen betydning for vurderingen som skal gjøres etter § 7. Helsedirektoratet har videre endret § 7 for å tydeliggjøre at skjønnsvurderingen som skal gjøres etter bestemmelsen er lovbundet.

Kapittel 4 til 19

Flere høringsinstanser har påpekt at målemetoder for synsfunksjonene mørkeadaptasjon, blendingsfølsomhet og kontrastfølsomhet er lite kjent og tilgjengelig. Helsedirektoratet har på denne bakgrunn valgt å fjerne de spesifiserte kravene til disse funksjonene fra tabell om helsekrav til syn. For at norsk regelverk skal være i overensstemmelse med EU-direktivet, vil det likevel etter ny § 13 kreves at kontrastfølsomheten ikke er nedsatt for fører kortgruppe 2 og 3. Samme bestemmelse angir at helsekravene ikke er oppfylt for noen klasse dersom nedsatt kontrastfølsomhet, nedsatt mørkesyn eller økt blendingsfølsomhet medfører trafiksikkerhetsrisiko. Slik reduksjon i synsfunksjon kan typisk foreligge ved progressiv øyesykdom.

I kapittel 6 om helsekrav ved kognitiv svikt har Helsedirektoratet valgt å gi helsekravet en generell utforming, ved å ta ut oppregningen av alternativer for funksjonssvikt og erstatte dem med «*svekkelse av kognitiv funksjon*». Helsedirektoratet har samtidig skjerpet kravet til årsakssammenheng mellom svekkelsen av kognitiv funksjon og trafiksikkerhetsrisiko. Nytt helsekrav lyder «*Helsekrav er ikke oppfylt når svekkelse av kognitiv funksjon medfører trafiksikkerhetsrisiko*».

I kapittel 7 om nevrologiske sykdommer, kapittel 8 om epilepsi og epilepsilignende anfall, kapittel 9 om bevissthetsforstyrrelser av annen årsak enn epilepsi, hjerte-/karsykdom og diabetes og kapittel 11 om hjerte- og karsykdom har Helsedirektoratet endret bestemmelser med vilkår knyttet til årlig risiko for nytt anfall. Forslaget som ble sendt på høring inneholdt bestemmelser om «mindre enn 20 % årlig risiko for nytt anfall» for førerkortgruppe 1 og «mindre enn 2 % årlig risiko for nytt anfall» for gruppe 2 og 3. Etter gjennomgang av høringsuttalelsene er 20 prosent årlig risiko for anfall erstattet med «lav årlig risiko for nytt anfall» for gruppe 1, mens 2 prosent årlig risiko er endret til «svært lav årlig risiko for nytt anfall» for førerkortgruppe 2 og 3. Omskrivingen av vilkåret innebærer ingen materiell endring. Innholdet i kravet vil bli beskrevet i veileder, og knyttet opp mot en prosentvis angivelse av årlig risiko for nytt anfall.

I kapittel 10 om søvnsykdommer har Helsedirektoratet på bakgrunn av flere høringsinnspill tatt bestemmelse om helsekrav ved mild grad av obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS) ut av nytt forslag til vedlegg 1. Helsedirektoratet har videre åpnet for at personer med alvorlig grad av OSAS kan fylle helsekravene, og helsekrav ved moderat og alvorlig grad av OSAS er regulert i ny felles bestemmelse i § 24 nr. 1. Vilkår i høringsforslaget om bruk av CPAP, kroppsmasseindeks mindre enn 35 og hypertensjon under god kontroll er etter høringsinnspill tatt ut av bestemmelsen om helsekrav ved moderat grad av OSAS, og er erstattet med et generelt krav om at relevant spesialist attesterer på at tilfredsstillende symptomkontroll er oppnådd og at føreren følger legens råd og anbefalinger.

Kapittel 12 om diabetes mellitus ble sendt på ny høring. Med grunnlag i høringsinnspill og samarbeid med fagmiljøet er det gjort vesentlige endringer i helsekravene fra opprinnelig høring. For førerkortgruppe 1 er det satt krav om ikke mer enn ett anfall av alvorlig hypoglykemi i løpet av ett år, i samsvar med EU-direktiv 2009/113/EF. I førerkortgruppe 2 og 3 er kravene til oppfølging etter ett anfall av hypoglykemi skjerpet, men observasjonstiden er redusert til minimum tre måneder etter igangsatte tiltak, forutsatt at øvrige vilkår er oppfylt og relevant spesialist bekrefter at det er svært lav risiko for nye anfall. Helseattest kan ikke gis for utrykningskjøring og persontransport med buss, dersom fører bruker legemidler som kan gi hypoglykemi.

Kapittel 13 omfatter helsekrav ved psykiske lidelser og svekkelser. Overskriften i kapitlet er endret, og den generelle bestemmelsen i § 33 er presisert, slik at de enkelte vilkår skal fremgå på en mer tydelig måte. Helsedirektoratet har etter flere høringsinnspill valgt å snevre inn anvendelsesområdet til helsekrav ved personlighetsforstyrrelse, ved å erstatte «Personlighetsforstyrrelse» i § 34 nr. 5 med «Personlighetsforstyrrelse med impulskontrollproblemer eller sviktende dømmekraft.»

Helsedirektoratet har fått mange høringsinnspill til helsekrav ved hyperkinetisk forstyrrelse og autismspekteret, høringsforslagets § 34 nr. 6. Som følge av innspillene har Helsedirektoratet delt bestemmelsen, slik at helsekrav ved ADHD uten adferdsforstyrrelse (F90.0 i ICD-10), ADHD med adferdsforstyrrelse (F90.1 i ICD-10) og autismspekteret reguleres i egne bestemmelser i ny § 34 nr. 6., 7. og 8. Tourettes- og Aspergers syndrom er fjernet fra oppregningen av diagnoser. I ny bestemmelse om helsekrav ved ADHD uten adferdsforstyrrelse er det foretatt en lemping av vilkårene sammenlignet med forslaget som ble sendt på høring. Det er samtidig foreslått at helseattest kan gis med anbefaling om at førerett kan gis med vanlig varighet for alle grupper etter to år.

Helsekrav ved avhengighet, langvarig høyt inntak og skadelig bruk av alkohol i § 36 nr. 1 i kapittel 14 er slått sammen etter innspill fra høringsinstansene. Helsedirektoratet har videre valgt å omarbeide

bestemmelsen om helsekrav ved bruk av rusmidler i § 36 nr. 2. For å presisere at oppregningen av midler som omfattes av helsekravet ikke er uttømmende, er listen forkortet og «eksempelvis» er inntatt foran oppregningen. Det er videre presisert at helsekravet også gjelder ved gjentatt og vedvarende bruk av legemidler til rusformål.

Helsedirektoratet har mottatt mange høringsinnspill til helsekrav ved bruk av benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler. Helsedirektoratet har i nytt forslag valgt å liberalisere helsekravet for førerkortgruppe 1, ved å åpne for at helsekravet er oppfylt ved bruk av inntil 10 mg diazepam i døgnet når legemiddelet brukes i faste doser innenfor indikasjon. Etter høringsinnspill er det også åpnet for at helsekravet for alle grupper er oppfylt ved bruk av inntil 10 mg Nitrazepam i døgnet.

I følge innspill fra det farmakologiske fagmiljøet er det ingen tungtveiende faglig grunn til å kreve så mye som 12 timers karens fra siste dose korttidsvirkende opioid som anført i Helsedirektoratets opprinnelige forslag. På bakgrunn av dette er karenstiden redusert til 8 timer i alle bestemmelser om helsekrav ved sporadisk bruk av legemidler som kan påvirke kjøringen.

Helsekrav ved nyresykdom fremgikk av kapittel 17 i forslaget som ble sendt på høring. I nytt forslag er helsekrav ved nyresykdom plassert i kapittel 16, mens helsekrav ved svekket førlighet er plassert i kapittel 17. Endringen er gjort for å gi vedlegg 1 en oppbygning som logisk samsvarer med legens undersøkelse av pasienten. Endringen medfører at bestemmelsene i kapitlene 16 og 17 har fått nye paragrafnumre. Etter høringsrunden er bestemmelsen i § 41 om svekket førlighet endret.

Helsedirektoratet opprettholder høringsforslagets § 45 om overgangsbestemmelser i kapittel 19 med noen språklige justeringer. I tillegg til denne bestemmelsen blir det en overgangsbestemmelse for bruk av helseattest. Høringen av sistnevnte bestemmelse blir oppsummert i eget notat.

Endringer etter høringen- generelle tema

Relevant spesialist

Etter høringen har Helsedirektoratet valgt å angi krav til spesialistkompetanse ved vurdering av helsekravene mer generelt. Konkrete angivelser av spesialisering er i stor grad erstattet med krav om «relevant spesialist». Det er likevel unntak fra dette, blant annet ved vurdering av helsekrav ved multippel sklerose, der det i det nye forslaget omformulerte bestemmelse i § 17 nr. 6 er krav til vurdering av nevrolog.

Liberalisering av krav til observasjonstid

Helsedirektoratet har sett at det for enkelte sykdommer og tilstander er krevd for lang observasjonstid før helsekravet er oppfylt. Dette gjelder særlig kapittel 7 om nevrologiske sykdommer og i kapittel 9 om bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelser av annen årsak enn epilepsi, hjerte-/karsykdom og diabetes. Helsedirektoratet har i nytt forslag valgt å korte ned observasjonstiden fra høringsforslaget for flere ulike sykdomstilstander. Endringen innebærer en liberalisering av de aktuelle helsekravene.

Helseattestens anbefaling av førerretts varighet

I forslaget til vedlegg 1 var det lagt til grunn at helseattest kan gi anbefaling om førerrett med vanlig varighet, dersom annet ikke fremgår av bestemmelsen for det enkelte helsekrav. Helsedirektoratet har etter innspill fra Vegdirektoratet valgt å gjennomføre dette fullt ut, slik at spredte enkeltvis

bestemmelser om at helseattest kan gi anbefaling om førerrett med vanlig varighet er tatt ut av forslaget.

Legen skal ved utstedelse av helseattesten gjøre en individuell vurdering av om føreretten skal gis begrenset varighet, jf. førerkortforskriften § 4-3. Selv om helsekravene er oppfylt, kan legen, for å sikre forsvarlig medisinsk oppfølging, i helseattesten anbefale kortere varighet enn det som fremgår av vedlegg 1. Ny veileder til vedlegg 1 vil si mer om legens vurdering av helseattestens anbefalinger om førerettens varighet.

Det fremgår av førerkortforskriften § 4-1 første ledd at førerkortet skal ha maksimal varighet på fem år for førerkortgruppe 1 dersom innehaveren har hatt anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelse (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) innenfor de siste fem årene før førerkortutstedelsen. Helsedirektoratet har gjort endringer i bestemmelsene om helseattestens anbefalinger om førerettens varighet i kapittel 8 og 9. Der det i høringsforslaget var gitt bestemmelser om førerettens varighet er enkelte av bestemmelsene endret etter høringen for å klargjøre at maksimal varighetstid for førerrett må ligge innenfor gjeldende tidsbegrensning i førerkortforskriften § 4-1.

Språklige justeringer og presiseringer

Helsedirektoratet har føyd til småord som «deretter» og «inntil», der dette er underforstått og i samsvar med andre bestemmelser, men ikke fremgikk klart av høringsforslaget. Forskriften er gitt en noe mer utfyllende tekst der vilkår var angitt i stikkordsform, og det er foretatt presiseringer i enkeltbestemmelser for å tydeliggjøre meningsinnholdet eller for å gi forskriften en mer ensartet utforming.

Veileder

Flere høringsinstanser har påpekt spørsmål de ønsker avklart i veileder. Ved gjennomgang av høringsinnspillene har Helsedirektoratet videre sett at det reises spørsmål som best egner seg for avklaring i veileder. Disse spørsmålene er delvis adressert i de enkelte kapitler i oppsummeringsnotatet. Helsedirektoratet vil komme tilbake til disse spørsmålene i ny elektronisk veileder, som erstatter dagens IS-2070.

Ny veileder vil foreligge før forskriftsendringen trer i kraft 1. oktober 2016.

Kapittel 1 - Definisjoner

Bakgrunn

Vedlegg 1 til førerkortforskriften har i dag ingen egen bestemmelse som angir hvordan ord og begreper i vedlegget skal forstås. Førerkortforskriften har flere legaldefinisjoner i kapittel 2, blant annet definisjon av førerett 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 førerett* er imidlertid ikke definert.

Helsedirektoratet har vurdert at det er behov for å gi en definisjon av flere sentrale begreper i vedlegg 1 til forskriften for å sikre lik forståelse. Det gjelder blant annet begrepene *førerkortgruppe 1, 2 og 3* som omtales en rekke steder i vedlegget. Gruppeinndelingen har tidligere vært benyttet i retningslinjene til vedlegg 1. EU-direktivene inndeler førerkortklassene i to førerkortgrupper, der gruppe 2 også omfatter norsk gruppe 3.

Det ble i høringsforslaget foreslått å innta en definisjon av begrepet *søker om førerett* i førerkortforskriften § 2-1 tredje ledd, i stedet for i vedlegg 1, fordi begrepet omfattes av bestemmelsene i førerkortforskriften generelt.

Forslag sendt på høring

Helsedirektoratets forslag til **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*

Forslag til **Førerkortforskriften § 2-1 nytt tredje ledd**

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

Tredje til sjette ledd blir nytt fjerde til sjuende ledd.

Høringsinstansenes syn

Det ble i høringsnotatet bedt spesielt om høringsinstansenes syn på om det er behov for andre definisjoner enn de som er foreslått.

Det er et begrenset antall høringsinstanser som har uttalt seg til denne bestemmelsen. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og Fylkesmannen i Troms skriver at det ikke er behov for flere definisjoner.

Fylkesmannen i Østfold

Fylkesmannen i Østfold mener definisjonene er tilfredsstillende, men det bør vurderes å ta inn definisjonen av *søker om førerrett* også i vedlegg 1. Det vises til at begrepet er sentralt for forståelsen av vedlegg 1, og alle leser ikke hele forskriften.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Fylkesmannen i Oslo og Akershus støtter forslaget om å beholde inndelingen i tre førerkortgrupper. Det er godt innarbeidet og gir noe økt fleksibilitet ved regelverksutforming.

Fylkesmannen i Vestfold

Fylkesmannen i Vestfold anser at det i noen tilfeller kan være hensiktsmessig med inndeling i tre grupper, men anbefaler samme inndeling som i EU for øvrig. Det er stor mobilitet innenfor EU, og det er derfor uhensiktsmessig å fortsette med nasjonale definisjoner.

Fylkesmannen i Nordland

Fylkesmannen i Nordland stiller spørsmål om det under definisjoner bør tas med at førerkortgruppe 3 også omfatter kjøreseddel, kompetansebevis for utrykning, kjørelærer osv.

Norges Optikerforbund

Norges Optikerforbund skriver at under definisjoner burde optiker vært nevnt på samme måte som lege, med en presisering at optiker kan fylle ut informasjon relatert til synet. Det påpekes at i høringens utredning blandes tidvis begrepene «helseattest» og «optikerattest».

Forbundet foreslår et nytt underpunkt til § 1:

§ 1 f) Optikerattest: Øyehelseerklæring utfylt av optiker på standardisert skjema fastsatt av Helsedirektoratet.

Norsk Psykologforening

Norsk Psykologforening finner at definisjon og notatets håndtering av begrepet «helseattest» ikke er helt konsistent og kan bidra til rolleforvirring om hvem som har ansvar for å utstede «helseattesten» og hvilke krav som skal stilles til «legeuttalelse» (eller psykolog uttalelse). Det vises til at det benyttes formuleringer som «helseattest med legeuttalelse», «helseattest kan gis etter anbefaling fra spesialist», «helseattest kan gis av relevant spesialist», «uttalelse fra spesialist», «spesialistvurdering». Psykologforeningen mener det kunne være hensiktsmessig og konsekvent å omtale alle uttalelser mv fra spesialistene som hentes inn for en samlet bedømming før helseattest utstedes, for «spesialisterklæringer» og eventuelt også definere nærmere de ulike typer «helseattester».

Søndre Buskerud politidistrikt

Søndre Buskerud politidistrikt mener det er en svakhet i gjeldende regelverk at «førerkortgrupper» ikke er definert. Begrepet er innarbeidet i forvaltningspraksis, og det er uheldig at publikum ikke enkelt kan finne fram til en definisjon. Selv om førerkortgrupper kun er omtalt i beskleden grad i førerkortforskriften, anser politidistriktet at det kunne være hensiktsmessig å definere førerkortgruppene i sammenheng med førerkortforskriften § 3-1.

Med hensyn til «egenerklæring om helse» og «helseattest» vises det til at disse begrepene benyttes i førerkortforskriften §§ 5-1 tredje ledd og 10-3 annet ledd. Definisjonen av disse begrepene burde derfor vært tatt inn i førerkortforskriften kapittel 2.

Autoriserte trafikkskolers Landsforbund

ATL mener det er positivt at definisjon av «søker om førerrett» tas inn i nytt tredje ledd til førerkortforskriften § 2-1.

Personskadeforbundet LTN

Personskadeforbundet LTN skriver at de er enig at det er behov for å definere sentrale begreper i forskriften.

Helsedirektoratets vurderinger

Det er i høringsrunden fremkommet få innvendinger mot de foreslåtte legaldefinisjonene.

Det anses fra Helsedirektoratets side hensiktsmessig å opprettholde den foreslåtte inndelingen i tre førerkortgrupper. Inndelingen er innarbeidet i førerkortforvaltningen. Selv om EU har bare to førerkortgrupper, der gruppe 2 inkluderer norsk gruppe 2 og 3, vil det etter norsk regelverk på enkelte punkter være strengere helsekrav i førerkortgruppe 3 (D-klassene).

Helsekrav til trafikklærere, førerprøvesensorer, kompetansebevis for utrykningskjøring og kjøreseddel for persontransport fremgår av egne regelverk som henviser til kravene for klasse D i førerkortforskriften vedlegg 1, jf. utrykningsforskriften § 6, Lov om yrkestransport § 37 b, sensorforskriften § 3 og trafikkopplæringsforskriften § 6-2. En eventuell endring av kravene må gjøres innenfor de aktuelle regelverkene.

For å sikre lik forståelse og bruk av standardiserte skjemaer, mener Helsedirektoratet at det også er behov for en definisjon av begrepene egenerklæring og helseattest. Det er foreslått at definisjonene inntas i vedlegg 1.

Søndre Buskerud politidistrikt har imidlertid påpekt at begrepene «egenerklæring om helse» og «helseattest» benyttes i førerkortforskriften §§ 5-1 tredje ledd og 10-3 annet ledd, og at definisjonene derfor bør tas inn i førerkortforskriften kapittel 2.

Helsedirektoratet vurderer at definisjonene bør fremgå av vedlegg 1, der en finner helsekravene og bestemmelsene om helseattest og egenerklæring, selv om begrepene benyttes også i enkelte bestemmelser i førerkortforskriften. § 5-1 tredje ledd viser til bestemmelsene i vedlegg 1.

Helsedirektoratet legger til grunn at Vegdirektoratet vil vurdere om en legaldefinisjon i kapittel 2 er hensiktsmessig ved senere revisjon av forskriften.

Attest for synsfunksjonen er en del av helseattesten, men kan leveres separat der det kun er krav om en vurdering av syn. Helseattesten kan begrenses til synsfunksjonen for personer under 75 år som bruker synskorrigerende under kjøring eller er pålagt i førerkortet å bruke synskorrigerende, når det ikke av andre grunner er krav om full helseattest, jf. forslag til vedlegg 1 § 4 tredje ledd.

Optikere vil i fremtiden kunne få en mer aktiv rolle ved vurderingen av om helsekravene til syn er oppfylt, og Norsk Optikerforbund har foreslått at det i § 1 tas inn en definisjon av «optikerattest».

Helsedirektoratet mener den del av helseattesten som bare gjelder synskrav og kan leveres separat, bør betegnes *synsattest*. Betegnelsen *synsattest* benyttes i trafikkopplæringsforskriften § 29-2 tredje ledd, men er ikke brukt i vedlegg 1. Det tas derfor ikke inn en legaldefinisjon av ordet i § 1.

Det vil fremgå av veilederen og helseattesten at *synsattest* kan fylles ut av lege eller autorisert optiker.

Den foreslåtte definisjonen av *egenerklæring om helse* og av *helseattest* avgrenser mot andre erklæringer/attester som ikke er gitt på standardisert skjema fastsatt av Helsedirektoratet, jf. §§ 1 d og 1 e. Helseattest og forholdet mellom helseattest og spesialistuttalelser, er nærmere omtalt under kapittel 2, § 4. Dette vil bli omtalt i veilederen. Norsk Psykologforenings innspill om konsistent bruk av begrepene er hensyntatt i den endelige utformingen av vedlegg 1.

Egenerklæring om helse inngår i søknad om førerrett til Vegdirektoratet, men egenerklæringen er også del av helseattesten der det er krav om å fremlegge helseattest. For å tydeliggjøre at egenerklæring fortsatt skal være en del av helseattesten, er definisjonen av helseattest endret, slik at det fremgår at helseattest inkluderer egenerklæring.

Det har vært vurdert å ta inn definisjonen av *søker om førerrett* i vedlegg 1 i tillegg til i førerkortforskriften § 2-1, som foreslått av Fylkesmannen i Østfold. Begrepet står sentralt i helsekravbestemmelsene, og det må antas at en del vil forholde seg til bestemmelsene i vedlegg 1 uten å gå til førerkortforskriften kapittel 2 for en definisjon av begrepet. Helsedirektoratet støtter forslaget om å ta definisjonen inn i § 1. Det anses naturlig at definisjonen av *søker om førerrett* følger etter definisjonen av førerkortgruppene. Innbytte av utenlandsk førerkort er etter ønske fra Vegdirektoratet tatt inn i definisjonen for å gjøre den komplett.

I dialog med Vegdirektoratet har Helsedirektoratet tatt inn definisjon av kjørevurdering i § 1 bokstav g. Definisjonen tilsvarer definisjon i FOR-2011-03-09-261 Forskrift om krav til førerprøvesensorer m.m. (sensorforskriften) § 2 første ledd bokstav d.

Kjørevurdering er en vurdering som utføres av trafikkstasjonen med sensor, som skal bidra til legens vurderingen av om søker kan føre motorvogn på en sikker måte. Kjørevurdering er obligatorisk etter de nye helsekravene for § 9 punktene 3, 4 og 5 og § 11. Kjørevurdering kan også skje der attestutstedende lege anmoder gjennom Fylkesmannen at dette bør skje for å gi ytterligere faktaopplysninger til den kliniske vurderingen. Attestutstedende lege bør i sin anmodning nærmere begrunne hvilke funksjoner hos søker som spesielt skal vurderes.

Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser

§ 1. Definisjoner

I dette vedlegget menes med:

- a) *Førerkortgruppe 1: Førerkortklassene AM, S, T, A1, A2, A, B, BE*
- b) *Førerkortgruppe 2: Førerkortklassene C1, C1E, C, CE*
- c) *Førerkortgruppe 3: Førerkortklassene D1, D1E, D, DE*
- d) *Søker om førerrett: Person som søker om første gangs utstedelse, fornyelse, utvidelse eller tilbakelevering av førerkort for motorvogn eller innbytte av utenlandsk førerkort*
- e) *Egenerklæring om helse: Egenerklæring om helse utfylt av søker om førerrett på standardisert skjema fastsatt av Helsedirektoratet*
- f) *Helseattest: Helseerklæring utfylt av lege på standardisert skjema fastsatt av Helsedirektoratet og som inkluderer egenerklæring om helse*
- g) *Kjørevurdering: vurdering av kjøreferdigheter for personer med funksjonsnedsettelse og for personer som har eller kan ha helsevekkelse, jf. forskrift om krav til førerprøvesensorer m.m. § 2 første ledd bokstav d.*

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 eller innbytte av utenlandsk førerkort.

Tredje til sjetten ledd blir nytt fjerde til sjuende ledd.

Kapittel 2 – Generelle bestemmelser

§ 2 – Generelt krav til helse

Bakgrunn

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 førlighet er i tvil om fortsatt kjøring kan skje på trygg måte, plikter vedkommende å oppsøke lege for undersøkelse.

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

Bestemmelsen pålegger innehaver og søker om førerrett et ansvar for å vurdere egen helse og egnethet og la være å føre motorvogn når man på grunn av helsesvekkelse eller legemiddelbruk ikke er i stand til å kjøre på trafikksikker måte. Tilsvarende bestemmelse finnes i vegtrafikkloven § 21.

Etter annet ledd pålegges førerkortinnehaver å oppsøke lege for undersøkelse dersom man etter langvarig svekkelse av helse eller førlighet er i tvil om man bør fortsette å kjøre.

Tredje ledd henviser til legens plikt til å melde fra til Fylkesmannen, etter bestemmelser i helselovgivningen, ved ikke oppfylte helsekrav. Forskrift av 13.07.1984, gitt i medhold av tidligere legelov, avgrensar meldeplikten til helsesvekkelse som vil vare seks måneder eller mer. Meldeplikten er etter nevnte forskrift begrenset til lege. Etter helsepersonelloven § 34 er meldeplikten fra 2001 utvidet til å gjelde psykolog og optiker.

Forslag sendt på høring

§ 2. Generelt krav til helse

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

Når innehaver av førerkort som følge av helsesvekkelse har grunn til å tvile på om føring av motorvogn kan skje på trafikksikker 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 helsesvekkelse av

mer enn seks måneders varighet som gjør det uforsvarlig å fortsette å kjøre motorvogn i de(n) klasse(r) føreretten 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 meldepliktforskrift.

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Fylkesmannen i Oslo og Akershus skriver i en kommentar til § 2 tredje ledd at det ikke er tilstrekkelig at legen er oppmerksom på meldeplikten når pasienten ber om helseattest for førerkort. Også når legen i forbindelse med annen undersøkelse og behandling blir klar over at helsekravene ikke er oppfylt hos pasienten, oppstår meldeplikten.

Det stilles spørsmål om hvordan legen skal håndtere en situasjon der det under en konsultasjon fattes mistanke om at helsekravene ikke er oppfylt. Skal det fylles ut en helseattest for førerkort for på den måten å bli veiledet gjennom regelverket? Hva med betaling – pasienten har da ikke kommet til legen for å få helseattest for førerkort. Det vil også i disse tilfellene kunne være behov for omfattende vurderinger, inkl. spesialisthenvisning. Det vises til at dette er ofte et problem i dag, da legens fokus på helsekravene kun blir aktuelt ved helseattesten.

Fylkesmannen påpeker at det ikke fremgår av foreslått regelverk hvordan det skal håndteres når helsekravene ikke er oppfylt for en periode som antas ikke å overstige seks måneder. Skal det fortsatt være tilstrekkelig med muntlig kjøreforbud, eller bør kjøreforbud alltid gis skriftlig? Fylkesmannen anbefaler at pasienten skal ha skriftlig beskjed om at helsekravene ikke er oppfylt, selv om det gjelder for en periode på under seks måneder. Det bør også reguleres hva som skal skje når legen har gitt muntlig kjøreforbud som ikke etterleves. Det vises til at dette i dag er et betydelig problem.

Norges Optikerforbund

Norges Optikerforbund viser til at meldeplikten i helsepersonelloven § 34 er lik for leger, psykologer og optikere.

Forbundet påpeker at ansvaret i forhold til meldeplikt er betydelig større for optikere sammenlignet med høringens forslag når det gjelder ansvar og oppgaver i forhold til å bekrefte forhold relatert til synsfunksjonen. Forbundet skriver at det bør være en større sammenheng mellom helsepersonellovens plikter og ansvar relatert til førerett, også for optikere.

Personskadeforbundet LTN

Personskadeforbundet LTN viser til at det er foreslått å videreføre meldeplikten dersom førerkortinnehaver har en helsesvekkelse av mer enn seks måneders varighet som gjør det «uforsvarlig» å fortsette å kjøre motorvogn i de(n) klasse(r) føreretten gjelder for. Forbundet mener det bør drøftes om begrepet «uforsvarlig» bør erstattes med et annet ord. Dette begrepet kan muligens medføre at terskelen for å melde fra til Fylkesmannen blir u hensiktsmessig høy.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon

FFO skriver at forslaget til § 2 første og annet ledd er helt innlysende og nødvendige bestemmelser. Forbundet er i tillegg enig i at leger, psykologer og optikere må gi beskjed dersom helsekravene ikke er oppfylt, og ha meldeplikt til Fylkesmannen og gi førerkortinnehaver skriftlig informasjon dersom helsekravene ikke er oppfylt i mer enn seks måneder.

Helsedirektoratets vurderinger

Vegtrafikkloven § 21 pålegger fører av motorvogn et tilsvarende ansvar for å vurdere egen trafikksikkerhet som dagens vedlegg 1 § 1. Helsedirektoratet mener det er viktig at dette også fremkommer tydelig av vedlegget som inneholder helsekravbestemmelsene.

Førerkortinnehaver bør videre ha plikt til å oppsøke lege hvis vedkommende som følge av helsesvekkelse har grunn til å tvile på om han eller hun kan føre motorvogn på trafiksikker måte. Etter forslaget til § 2 annet ledd vil plikten ikke bare gjelde ved «langvarig helsesvekkelse og førlighet». Den gjelder ved helsesvekkelse generelt, dersom førerkortinnehaver er i tvil om helsesvekkelsen fører til at man kan kjøre trafiksikkert. Forslaget til § 2 annet ledd innebærer at innehaver av førerkort i slike tilfelle må oppsøke lege for vurdering før han eller hun fortsetter å føre motorvogn.

Innspill fra høringsinstansene gjelder mest meldeplikten for helsepersonell som fremgår av forslaget til § 2 tredje ledd. Høringsinstansene har kommentert blant annet på praktisering og konsekvenser av meldeplikten.

Selv om meldepliktforordningen er gitt med hjemmel i tidligere regelverk og gjelder leger, er forordningen blitt anvendt tilsvarende for psykologer og optikere etter ikrafttredelsen av helsepersonelloven § 34 i 2001. Forslaget til § 2 tredje ledd omfatter derfor også disse yrkesgruppene.

Helsedirektoratet anser det hensiktsmessig at det i vedlegg 1 henvises til bestemmelsene i helselovgivningen, siden det er nær sammenheng mellom regelverkene på dette området. Hjemmelen til å pålegge lege, psykolog og optiker en meldeplikt ligger imidlertid i helselovgivningen.

Det skal vedtas ny meldepliktforordning med hjemmel i § 34. Forordningen vil omfatte alle de tre yrkesgruppene. Ved utarbeidelse og høring av ny meldepliktforordning vil Helsedirektoratet ta opp de spørsmål og synspunkter på meldeplikten som er reist i høringsinstansenes innspill til nytt vedlegg 1.

Samtidig med ny meldepliktforordning vil det bli vurdert å foreta en endring av helsepersonelloven § 34 og forankre helsekravene til førerkort i helselovgivningen. Det vil også bli en gjennomgang av førerkortforvaltningen og de ulike instansenes oppfølging av helsekravene til førerrett.

Helsedirektoratet har på dette grunnlag funnet at det ikke vil være riktig å ta inn forslaget til § 2 tredje ledd på nåværende tidspunkt. I stedet opprettholdes bestemmelsen i dagens vedlegg 1 § 1 tredje ledd første punktum. Ny § 2 tredje ledd vil da bare ha en henvisning til meldeplikten etter helselovgivningens bestemmelser, jf. helsepersonelloven § 34, jf. § 76 og forskrift av 13.07.1984. Dette innebærer ikke noen endring av meldeplikten for leger, psykologer og optikere.

Det er reist spørsmål i høringen om hvordan legen skal forholde seg dersom han eller hun under en konsultasjon for andre forhold fatter mistanke om at pasienten fyller helsekravene til førerrett, og eventuell bruk av helseattest i slike tilfelle. Dette er spørsmål som bør vurderes i forbindelse med ny meldepliktforskrift og omtales i veileder.

§ 3 – Egenerklæring om helse

Bakgrunn

Dagens krav til egenerklæring om helse fremgår av vedlegg 1 § 5 første til tredje ledd:

«For førerkort første gang i klassene AM, A, A2, A1, B, BE, 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 førerkortet 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.»

Helseattesten består av egenerklæring og legeattest. Der det kreves helseattest, må derfor også egenerklæring om helse være utfylt av søker om førerrett. Ved første gangs utstedelse er det tilstrekkelig å levere inn egenerklæring dersom helsekravene er oppfylt og det ikke av andre grunner er krav om helseattest.

Helsedirektoratet har ansett det mest hensiktsmessig at kravene til egenerklæring fremgår av en egen bestemmelse, mens bestemmelse om helseattest inngår i kapittel 3 sammen med krav til helseundersøkelse.

Forslag sendt på høring

§ 3. Egenerklæring om helse

For klassene A, A2, A1, B, 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.

Høringsinstansenes syn

Norges Optikerforbund

Norges Optikerforbund skriver at synstesten som gjennomføres i henhold til trafikkopplæringsforskriften § 29-2 tredje ledd verken er en god eller nøyaktig måte å undersøke synsstyrke på. Etter trafikkopplæringsforskriften skal kandidatens syn testes ved at kjennemerke må kunne leses på 20 meters avstand.

Optikerforbundet viser til at undersøkelsen på den enkelte vegstasjon trolig utføres blant annet under variable lysforhold, variabel avstand og uten god kunnskap om måling av synsskarphet (visusmåling). Forbundet er ikke kjent med om dagens kjennemerker tilsvarer visuskravet satt innen EU, ved kontroll på 20 meter.

Optikerforbundet opplyser at det nylig er publisert en undersøkelse fra England som viser til at måling av visus på et bilskilt ikke samsvarer med måling på Snellen-tavler. I en gruppe sjåførere der synet lå på grensen til det tillatte, fant man at 14-15 prosent av disse bestod skilt-testen, men ikke besto visuskravet på standardisert Snellen-tavle, som er kravet satt av EU.

Dette betyr at ved bruk av dagens undersøkelsesmetode i Norge, kan rundt 1 av 7 sjåførere med syn ned mot visusgrensen, få førerrett, selv med for dårlig syn.

Helsedirektoratets vurderinger

Etter dagens regelverk er det i utgangspunktet ikke krav til egenerklæring eller helseattest i lette klasser i tiden fra en erverver førerkortklassen første gang og til man fyller 75 år. For tyngre klasser er det påkrevet med helseattest ved fornyelse med fem års intervall. Grunnen til at vi for lette klasser ikke har et system med jevnlig innlevering av egenerklæring eller helseattest, er at dagens regelverk ikke har regler om jevnlig fornyelse av førerretten i lette førerkortklasser før man fyller 75 år. Det foreligger heller ingen planer om et opplegg med krav om en slik fornyelse av førerretten, og i så fall er det et politisk spørsmål.

Fra 2013 ble det som følge av implementeringen av 3. førerkortdirektiv innført et krav om administrativ fornyelse av førerkortet hvert 15. år for de under 75 år. Dette innebærer et krav om utskifting av selve førerkortet slik at det inneholder de nyeste sikkerhetslementer og et oppdatert bilde av innehaveren. Det vil si at førerkortet etter 15 år ikke lenger er et gyldig bevis for ens førerrett.

Plikt til å levere egenerklæring jevnlig også i lette klasser vil kunne bidra til en bevisstgjøring av førers ansvar for ikke å kjøre bil når de har en helsesvekkelse som gjør at de ikke kan kjøre på trafiksikker måte. Viser egenerklæringen at helsekravene ikke er oppfylt, vil det være behov for helseattest for å få fornyet førerrett. Helsedirektoratet anser at egenerklæring vil være tilstrekkelig i tillegg til fremleggelse av helseattest begrenset til attest for synsfunksjonen fra lege eller optiker eller gjennomføring av synstest.

En slik plikt vil kunne knyttes opp mot den administrative fornyelsen hvert 15. år. Som følge av at 15-årsregelen først ble innført i 2013, vil de første som omfattes av denne ordningen ha et gyldig

fører kort til 2028. Et krav om egenerklæring for denne gruppen vil således ikke ha virkning før det året.

En ordning med egenerklæring knyttet til den administrative fornyelsen vil ha en rekke praktiske og administrative konsekvenser. Statens vegvesens datasystem er på det nåværende tidspunkt ikke forberedt på innføring av et slikt krav for et stort antall førerkortinnehavere. Helsedirektoratet og Vegdirektoratet vil derfor komme tilbake til hvordan ordningen skal praktiseres.

I høringsuttalelsen fra Norges Optikerforbund er det redegjort for problemer knyttet til synstester som gjennomføres i tråd med trafikkopplæringsforskriftens bestemmelser. Disse spørsmålene vil bli tatt opp i veileder til vedlegg 1 med anbefalinger om hvordan synstest bør gjennomføres.

Dersom det viser seg å være behov for en innskjerping av forskriftskravene til synstest, vil en komme tilbake til dette etter en utredning av hvilke krav som bør stilles. Det må da vurderes om kravene i trafikkopplæringsforskriften § 29-2 bør endres.

Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser

§ 2. Generelt krav til helse

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

Når innehaver av førerkort som følge av helsesvekkelse angitt i første ledd har grunn til å tvile på om føring av motorvogn kan skje på trafiksikker måte, plikter vedkommende å oppsøke lege for undersøkelse før videre kjøring finner sted.

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.

§ 3. Egenerklæring om helse

Ved første gangs utstedelse av førerkort i klassene A, A2, A1, B, BE, AM, S og T kreves, med de unntak som følger av øvrige bestemmelser i vedlegg 1, kun egenerklæring om helse. Ved fornyelse av førerkort i nevnte klasser kreves ikke egenerklæring med mindre annet følger av øvrige bestemmelser i vedlegg 1.

Når helseattest ikke kreves, skal det ved førerprøven fremlegges eller gjennomføres en synstest som bestemt i trafikkopplæringsforskriftens § 29 tredje ledd.

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

Helseattest - § 4

Bakgrunn

Dagens krav til helseattest fremgår av vedlegg 1 § 5 første til fjerde ledd:

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 nr. NA0202). Den del av helseattesten som gjelder syn, kan erstattes av attest fra offentlig godkjent optiker dersom eventuell synsnedsettelse skyldes brytningsfeil i øyet.

I tillegg stilles det i § 5 femte ledd egne krav til attest fra fastlege eller spesialist ved noen sykdommer eller helsesvekkelser.

Helsedirektoratet har i høringsforslaget gått inn for at kravet til helseattest skal fremgå mer presist av vedlegg 1 til førerkortforskriften. Det er foreslått å forskriftsfeste at det må fremlegges helseattest når politi, helsemyndighet og vegmyndighet krever det.

Ansvar for utforming av helseattesten blir ved innføring av nye helsekrav overført fra Vegdirektoratet til Helsedirektoratet. Definisjon av helseattest er tatt inn i § 1.

Forslag til sendt på høring

§ 4 Helseattest med legeuttalelse

Helseattest med legeuttalelse kreves

- a) ved sykdom eller helsesvekkelse som kan ha betydning for førerevnen*
- 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.

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag skriver at endringen av regelverket innebærer at søkere som tidligere har fått sin rettsstilling avgjort ved enkeltvedtak fattet av Fylkesmannen, nå vil måtte forholde seg til fastlegens vurdering av om det skal utstedes helseattest. Dette er problematisk fordi helseattesten og fastlegens rolle i førerkortsaken ikke er definert juridisk.

Det pekes på at det ikke er ikke konkret definert i regelverket om fastlegens vurdering av helsekravene i helseattesten innebærer en endelig vurdering av helsekravene, eller om de kun opptrer som sakkyndig for vegmyndigheten. Det er heller ikke avklart om legene, på forespørsel fra søkeren i en konkret sak, har plikt til å utstede attest. Dette har betydning for søkerens mulighet til å få fastlegens vurdering overprøvd.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag mener dette er så sentrale problemstillinger at de burde drøftes og reguleres, før endringer i førerkortforskriften vedtas.

Det vises til høringsnotatet side 12: «Attestutsteder bør orientere førerkortsøker om at den endelige vurderingen av om øvrige vilkår for førerrett er oppfylt, ligger hos den myndighet som utsteder førerkort.» Fylkesmannen legger til grunn at dette innebærer at det er fastlegene som har det avgjørende ordet om hvorvidt helsekravene er oppfylt, og at trafikkstasjonen ikke skal ha myndighet til å foreta en kvalitetskontroll/overprøving av fastlegens vurdering av helsekravene. Fastlegene er dermed myndighetsutøvere snarere enn sakkyndige for forvaltningsorganet. Dersom dette er tilsiktet, bør det gå klarere frem av regelverket.

Fylkesmannen i Buskerud

Fylkesmannen i Buskerud viser til forslaget til § 4 første ledd bokstav b og mener det bør presiseres, fortrinnsvis i ny veileder, hvem som er helsemyndighet, herunder om Fylkesmannen faller inn under dette alternativet.

Fylkesmannen i Vestfold

Fylkesmannen i Vestfold og i Nordland stiller også spørsmål om hvilken helsemyndighet som er aktuell etter § 4 første ledd bokstav b.

Fylkesmannen i Nordland

Fylkesmannen i Nordland forutsetter at revidert helseattest bare vil foreligge i elektronisk form, og at gjensidig uforenlige avkryssninger ikke vil være mulig. Det bør diskuteres om deler av attesten bør

utfylles av spesialist for å sikre riktig forståelse av spesialisterklæringen. Verken fastlegens helseattest eller spesialisterklæring må være eldre enn tre måneder.

Det reises spørsmål om ikke lege bør utfylle helseattest også når helsekravene ikke er oppfylt, for å dokumentere undersøkelsen, og opplyse søker om muligheten for å søke dispensasjon.

Definisjon av «helsemyndighet» i § 4 første ledd bokstav b etterlyses også av Fylkesmannen i Nordland.

Fylkesmannen i Rogaland

Fylkesmannen i Rogaland skriver at den enkelte fastlege svært sjelden vil komme bort i saker på en del områder hvor fylkesmennene vurderer dispensasjonssaker i dag. Det må derfor være et system der det kommer fram av skjema/avkrysning hva som blir konklusjonen. Hvis en etter omlegging av førerkortfeltet skal ivareta trafikksikkerheten på en like god måte som i dag, er det blant annet viktig at helseskjema for avkrysning og innsending er integrert i alle journalsystemer som brukes i allmennpraksis, og at det er lenket beslutningsstøtte til programmene. Systemene må være tilstrekkelig utprøvd til at en vet at dette fungerer før det blir iverksatt, og fastlegene må være tatt med i prosessen på en ordentlig måte.

Statens vegvesen, Region vest

Statens vegvesen, Region vest ønsker en elektronisk løsning der legene kan slippe å fylle ut en omfattende helseattest til førerkortsøker, men istedenfor kan melde elektronisk til oss om helsekrav er oppfylt/ikke oppfylt i de ulike førerkortgruppene. Høringsuttalelsen er vedlagt et forslag til en forenklet helseattest som kan benyttes inntil en full elektronisk løsning er på plass.

Statens vegvesen, Region midt

Statens vegvesen, Region midt stiller spørsmål ved om det ikke er tilstrekkelig at saksbehandlerne ved trafikkstasjonene får dokumentasjon på at søker fyller helsevilkårene for gruppe 1, 2 eller 3, uten å få tilsendt en helseattest med detaljerte opplysninger.

Helseattest med gyldighetstid på tre måneder kan være for kort, mener Statens vegvesen Region Midt, og foreslår samme gyldighetstid som i dag, i hvert fall frem til 75 år.

Statens vegvesen, Region nord

Statens vegvesen, Region nord skriver at erfaringene deres skrankepersonell har med en del av de legeattestene som leveres ved søknad om førerkort, tilsier at det er behov for god og grundig informasjon ut til legene om krav og rutiner som gjelder ved legeundersøkelse i forbindelse med utstedelse av legeattest.

Norges Optikerforbund

Norges Optikerforbund støtter at helseattesten ikke skal være mer enn tre måneder gammel. Veilederen eller forskriften bør også si noe om hvor gammel informasjon som fylles inn i helseattesten kan være, eller om denne alltid skal være av ny dato (normalt samme dato som signering). Det vises ellers til kommentarer til § 1 Definisjoner.

Norsk Psykologforening

Psykologforeningen har i sin kommentar til § 1 Definisjoner uttalt at definisjon og høringsnotatets håndtering av begrepet «helseattest» ikke er helt konsistent og kan bidra til rolleforvirring omkring hvem som har ansvaret for å utstede «helseattesten» og hvilke krav som skal stilles til «legeuttalelse» (eller psykolog uttalelse).

Autoriserte trafikkskolers Landsforbund

ATL skriver at innskjerping av dagens praksis på helseattestens gyldighet fra seks måneder til tre måneders gyldighet, kan by på utfordringer for førstegangssøker til førerkort. Vandelsjekk kan ta fra 14 dager til en måned. Hvis en elev skal avlegge praktisk førerprøve, må søknaden være godkjent. Er det lang bestillingstid på førerprøve, kan eleven risikere at søknaden ikke er ferdigbehandlet og må avlyse førerprøven, slik at ny ventetid oppstår.

Pensjonistforbundet

Pensjonistforbundet ønsker at det blir utarbeidet like rutiner (skjema) til bruk av fastlegen, for å sikre likebehandling i legenes undersøkelser om egnethet.

Søndre Buskerud politidistrikt

Søndre Buskerud politidistrikt viser til at § 4 første ledd bokstav a fastslår at det kreves helseattest med legeuttalelse «ved sykdom eller helsesvekkelse som kan ha betydning for føreevnen». Av kommentarene til bestemmelsen fremgår det at bestemmelsen formentlig er ment å gjelde førerkortsøker, ikke de som allerede innehar førerkort. Dette kunne med fordel vært gjort klarere, ettersom ordlyden kan tolkes dithen at også de som har førerkort, men som føler at det kan være noe som kan påvirke kjøreevnen også plikter å fremlegge legeattest.

Politiet i Søndre Buskerud legger til grunn at bestemmelsen i praksis bare vil gjelde personer som søker førerkort gruppe 1, ettersom gruppe 2 og 3 følger av bokstav c.

Under henvisning til at § 4 første ledd bokstav b stiller krav om at helseattest med legeuttalelse må fremlegges «når politi, helsemyndighet eller vegmyndighet krever det», mener politiet i Buskerud at det bør klargjøres at adgangen til å kreve helseattest begrenses til personer som søker førerkort.

Søndre Buskerud politidistrikt vurderer at det ut fra rettssikkerhetsbetraktninger bør sies noe om på hvilke vilkår relevante myndigheter kan kreve helseattest. Bestemmelsen kan eventuelt formuleres på tilsvarende måte som vegtrafikkloven § 34 første ledd, som legger klare føringer for når politiet kan kreve helseattest (av førerkortinnehaver). Det må imidlertid være klart at relevante myndigheter bør ha adgang til å kunne kreve fremleggelse av helseattest på nærmere angitte vilkår.

Det foreslås at § 4 første ledd bokstav a og b bytter plass.

Politiet i Søndre Buskerud støtter forslaget om at helseattesten skal ha en gyldighet på tre måneder.

Oslo politidistrikt

Oslo politidistrikt skriver i en kommentar til § 4 første ledd bokstav b at i mange av de saker politiet har befattning med i trafikken burde disse har vært fanget opp av fastlegen. Politiet antar derfor at det burde være fornuftig at disse sakene fortsatt kan gå gjennom fylkesmennene.

Østfold politidistrikt

Østfold politidistrikt skriver at deres erfaring tilsier at førerkortinnehaver/søker må ha plikt til å levere til legen det brevet han eller hun har mottatt fra blant annet politiet, slik at legen får informasjon om bakgrunnen for at det er krevd fremleggelse av helseattest. Uten slik plikt får legen ikke alltid den informasjonen som fremgår av for eksempel politiets brev.

Politiet i Østfold støtter forslaget om at en helseattest ikke skal være eldre enn tre måneder ved innlevering av søknad om førerkort.

Agder politidistrikt

Agder politidistrikt skriver at det er viktig at legene får tilstrekkelig veiledning og opplæring i bruk av det nye systemet, herunder utfylling av helseattester. Førerkortavsnittet opplever til stadighet at helseattester ikke er korrekt utfylt. Dette medfører merarbeid for et allerede hardt presset avsnitt.

Helsedirektoratets vurderinger

Det er i høringsuttalelsene påpekt at begrepet «helseattest» er brukt noe ulikt i ulike deler av forslaget til vedlegg 1. Det er stilt spørsmål ved at § 4 omhandler «*helseattest med legeuttalelse*» sett i lys av definisjonen av *helseattest* i § 1.

Helsedirektoratet er enig i at dette bør omformuleres, og § 4 er endret til § 4 *Helseattest*.

Helseattesten omfatter egenerklæring fra søker om førerrett og uttalelse fra lege. En del av helseattesten har spørsmål om synsfunksjon. For å presisere at det er krav til egenerklæring om helse også der den helsefaglige vurderingen kan begrenses til attest for synsfunksjonen, er dette tatt inn som en endring i § 4 tredje ledd.

Der begrepet «*helseattest*» blir benyttet i § 4 og i andre bestemmelser i vedlegg 1, gjelder det «helseerklæring utfylt av lege på standardisert skjema fastsatt av Helsedirektoratet og som inkluderer egenerklæring om helse». Bruk av helseattest og uttalelser fra spesialist vil bli nærmere omtalt i veileder.

I § 4 første ledd erstattes «Helseattest kreves» med «Helseattest skal fremlegges», men det er ikke ment å utgjøre en endring av det materielle innholdet i kravet.

Krav til helseattest

Noen høringsinstanser ønsker en klargjøring av hvem som er helsemyndighet etter § 4 b. Relevant helsemyndighet innenfor førerkortforvaltningen i dag er Fylkesmannen, med Helseklage som klageinstans. Det anses fra Helsedirektoratets side ikke nødvendig å fastsette dette i forskrift. Det fremgår av regelverket for øvrig og av veileder hvilke instanser som utgjør helsemyndighetene i behandlingen av førerkortsaker.

Det er i høringsrunden blitt stilt spørsmål om vilkårene for å kunne kreve helseattest og avgrensningen av krav om helseattest etter § 4 a og § 4 b.

Forslaget til § 4 a omfatter tilfeller der søker om førerett har en helsetilstand som krever nærmere vurdering av lege. Ved utfylling av egenerklæring kan det vise seg at søker om førerett har eller har hatt en helsesvekkelse som lege bør uttale seg om før det kan gis førerett. Er det kun tvil om synskravene er oppfylt, vil helseattesten kunne begrenses til attest for synsfunksjonene og kan da også utfylles av optiker. Der legen kommer til at helsekravene er oppfylt, men at det er behov for oppfølging, kan helseattesten påføres en anbefaling om at føreretten gis begrenset varighet, jf. førerkortforskriften § 4-3. Ny helseattest må da fremlegges for å få fornyet førerett når den gjeldende føreretten utløper.

Hvilke myndigheter som kan stille krav om at det blir fremlagt helseattest, fremgår av § 4 b. Etter dagens vedlegg 1 § 5 er det fastsatt at egenerklæring om helse på fastsatt skjema er tilstrekkelig ved førerkort første gang i lette klasser, «med mindre Regionvegkontoret eller politiet mener helseattest er nødvendig». Fylkesmannen og Helsedirektoratet omfattes ikke av bestemmelsen, men for å kunne behandle søknad om dispensasjon vil det vanligvis bli krevd fremleggelse av helseattest. Det samme kan gjelde ved vurdering av melding fra lege, psykolog eller optiker om ikke oppfylte helsekrav.

Helsedirektoratet har etter høringsinnspill vurdert at det kan være behov for en omformulering og avgrensning av § 4 a og § 4 b av hensyn til forutsigbarhet og likebehandling. Det vurderes som hensiktsmessig å omgjøre de to bestemmelsene til én bestemmelse, slik at det blir tydeligere hvilke vilkår som må være til stede for at myndighetene kan kreve helseattest, og at krav om helseattest knyttes opp mot vurdering av om helsekravene er oppfylt. Andre enn de nevnte myndigheter vil ikke ha hjemmel i førerkortforskriften vedlegg 1 til å kreve fremlagt helseattest. For å få konsistens i regelverket er det presisert at de nevnte myndigheter kan kreve helseattest også for å vurdere om bruk av midler som gir svekket kjøreevne utgjør en helsesvekkelse som medfører at helsekravene ikke er oppfylt. Dette er i overensstemmelse med bruk av begrepet «helsesvekkelse» i § 2 andre ledd, der begrepet viser tilbake til «*sykdom, bruk av midler som gir svekket kjøreevne eller annen helsesvekkelse*» i første ledd.

Krav om helseattest vil gjelde søker om førerett, jf. definisjonen i førerkortforskriften § 2-1. Det kan imidlertid også bli stilt krav om helseattest der lege, psykolog og optiker gir melding til Fylkesmannen om at innehaver av førerett ikke oppfyller helsekravene, og Fylkesmannen har behov for ytterligere helseopplysninger, enten for å vurdere om helsekravene er oppfylt, eller for å vurdere en søknad om dispensasjon.

Det foreslås at § 4 får følgende ny bokstav a) som erstatter høringsforslagets bokstav a) og b):

- a) *når politi, helsemyndighet eller vegmyndighet krever det for å kunne vurdere om søker om førerett eller innehaver av førerkort har en sykdom, bruker midler som gir svekket kjøreevne eller har annen helsesvekkelse som medfører at helsekravene ikke er oppfylt.*

Etter Vegtrafikkloven § 34 må politiet ha «skjellig grunn til å tro» at innehaver av retten til å føre førerkortpliktig motorvogn ikke lenger fyller de krav som er fastsatt til syn, helse og førerrett for slik

førerrett, for å kunne kreve legeundersøkelse hvis innehaveren fortsatt ønsker å ha førerrett. Helsedirektoratet anser at det ikke bør være et like strengt vilkår for å kreve fremleggelse av helseattest fra søker om førerrett for å kunne vurdere om søker fyller helsekravene.

Noen høringsinstanser har uttrykt bekymring over konsekvensene av at helseattesten ikke må være eldre enn tre måneder ved fremleggelse. Helsedirektoratet har vurdert dette, men anser at denne tidsbegrensningen er nødvendig for å sikre at helsevurderingen er oppdatert når søknad innleveres. Helseattesten kan være eldre enn tre måneder når saken behandles. Det forutsettes at legen innestår for at opplysningene er korrekte på tidspunkt for utfylling av helseattesten. Førerrettens gyldighet beregnes utfra dato for utstedelse av helseattesten.

§ 4 tredje ledd regulerer tilfeller der det er tilstrekkelig å fremlegge helseattest begrenset til attest for synsfunksjonen. Helsedirektoratet ser at helseattesten kan begrenses til attest for synsfunksjonen også der søker har nedsatt sidesyn, dobbeltsyn, nedsatt kontrastfølsomhet, nedsatt mørkesyn eller økt blendingsfølsomhet, dersom fullstendig helseattest ikke kreves av andre grunner. Det foreslås derfor nytt andre punktum i § 4 tredje 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 attest for synsfunksjonen og egenerklæring om helse, dersom fullstendig helseattest ikke kreves av andre grunner. Det samme gjelder ved nedsatt sidesyn, dobbeltsyn, nedsatt kontrastfølsomhet, nedsatt mørkesyn eller økt blendingsfølsomhet.

Andre spørsmål

Flere høringsinstanser har reist en del sentrale problemstillinger når det gjelder rettssikkerheten for søker og innehaver av førerrett, ved utarbeidelse av helseattest og avgjørelsesmyndighet i spørsmålet om det kan gis helseattest. Dette er spørsmål Helsedirektoratet vil se nærmere på i samarbeid med Vegdirektoratet og Politidirektoratet i fase 2 av førerkortprosjektet der en vil gjøre en vurdering av førerkortforvaltningen.

Helseattesten er etter dagens regelverk å anse som en sakkyndig uttalelse, som det ikke er klagerett på. Den som ikke får helseattest av sin lege, vil da være henvist til å oppsøke en annen lege for en «second opinion».

Den praktiske utforming av helseattesten vurderes sammen med utarbeidelsen av helsekravene. Et formål er å få mest mulig likebehandling.

§ 5 – Undersøkelsen av førerkortsøker

Bakgrunn

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 regulering av hva en undersøkelse av førerkortsøker skal omfatte i tillegg til en generell helseundersøkelse, og har derfor foreslått 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 har foreslått 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.

Forslag sendt på høring

§ 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 førerlighet
- 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.

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Vestfold

Fylkesmannen i Vestfold skriver at høyde og vekt med opplysninger om risikofaktorer og behandling av disse hører med i en generell undersøkelse. En elektronisk løsning må sikre at det ikke er mulig å utelate punkter før man kan gå videre i utfyllingen av skjema.

Norges Optikerforbund

Norges Optikerforbund støtter at undersøkelse, målinger og vurderinger relatert til helsekravene for føring av motorvogn, er og skal være en del av pasientens journal. Dette er presisert spesielt i Norges Optikerforbunds kliniske retningslinjer.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon

FFO skriver at organisasjonen er enig i at det må etableres detaljert regulering av hva en helseundersøkelse skal inneholde. Ved vurdering av mer kompliserte helsetilfeller som krever grundigere undersøkelse av pasientene, er det imidlertid viktig å vurdere symptomene knyttet til sykdommen og ikke bare diagnosen. Det kan være vanskelig å oppdage viktige forhold ved en kort undersøkelse. Det er derfor nødvendig at det foretas grundige vurderinger av pasientene for å se hvilke symptomer som opptrer, som vil ha betydning for evnen til å kjøre trygd.

Helsedirektoratets vurderinger

Helsedirektoratet anser det ønskelig at hvilke undersøkelser og vurderinger som skal gjøres for å kunne gi uttalelse om helsekravene er oppfylt, fremgår av vedlegg 1 til førerkortforskriften. Undersøkelser og vurderinger etter § 5 a – e kommer i tillegg til en generell undersøkelse. Andre undersøkelser må gjøres dersom legen vurderer at det er nødvendig for å kunne uttale seg om pasienten fyller helsekravene og kan få helseattest med anbefaling om innvilgelse av førerrett, eventuelt om helseattest kan gis med anbefaling av tidsbegrensning av førerretten eller på andre vilkår.

Ved undersøkelse med sikte på helseattest, opptrer legen som sakkyndig, men her kan det være en glidende overgang mellom å være behandler og sakkyndig. Etter forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal omfatter pasientjournalen en samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp. Forskriften henviser til helsepersonelloven § 40 første ledd og til definisjonen av helsehjelp i helsepersonelloven § 3 tredje ledd og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c.

Det har vært vurdert om høringsforslaget § 5 annet ledd kan inntas i vedlegg 1 til førerkortforskriften. Forslaget innebærer at helseopplysningene som legen bygger sin vurdering av om helsekravene er oppfylt, på, skal behandles og oppbevares som del av pasientens journal etter bestemmelsene i pasientjournalforskriften. Det er ikke hjemmel for å pålegge helsepersonell plikter etter Vegtrafikklovens bestemmelser, men det kan eventuelt gjøres en henvisning til annet regelverk.

Helsedirektoratet ønsker ved den planlagte gjennomgangen av førerkortforvaltningen å se nærmere på regelverket for oppbevaring og behandling av helseopplysningene som fremkommer ved helseundersøkelsene etter § 5. Forslaget til § 5 annet ledd tas ut av vedlegg 1 i påvente av en slik gjennomgang.

§ 6 – Plikt til å gi informasjon

Bakgrunn

Vedlegg 1 til førerkortforskriften har i dag ingen bestemmelse som pålegger fører å gi legen alle relevante opplysninger til bruk i helseundersøkelsen og ved utstedelse av helseattest i førerkortsaker. Det er heller ikke nedfelt en plikt til å fremlegge legitimasjon i forbindelse med helseundersøkelsen.

Fører kortforskriften § 5-2 tredje ledd stiller krav til fremvisning av «akseptabel legitimasjon med navn, fødselsnummer (11 siffer), eller D-nummer for de som ikke har norsk fødselsnummer, og bilde» før fører kort utstedes. Søkerens identitet må kontrolleres og søkers navnetrekk gis under kontrollerte betingelser.

Helsedirektoratet har foreslått at det nedfelles i vedlegg 1 at søker har plikt til å fremvise gyldig legitimasjon i forbindelse med legeundersøkelse av om helsekravene til førerrett er oppfylt, og plikt til å gi legen alle relevante opplysninger. Samtykke til at legen kan innhente ytterligere opplysninger er samtidig foreslått forskriftsfestet.

Forslag sendt på høring

§ 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.

Høringsinstansenes syn

Datatilsynet

Datatilsynet skriver at den foreslåtte bestemmelsen i § 6 om at søker om førerrett må samtykke til at legen kan innhente de helseopplysninger som er nødvendige for å sikre en forsvarlig vurdering, bør klargjøres for å skape større forutberegnelighet. Det bør angis hvilke kilder opplysninger vil kunne bli hentet fra og presiseres hvilke kategorier opplysninger som antas relevante.

Fylkesmannen i Vestfold

Fylkesmannen i Vestfold mener opplysningsplikten etter § 6 må inkludere informasjon om tidligere dispensasjon.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag peker på at fylkesmennene ofte vil ha behov for å innhente ytterligere helseopplysninger ved vurdering av søknad om dispensasjon. Av hensyn til søkers rettsikkerhet, og effektivitet i forvaltningen, mener Fylkesmannen regelen bør utformes slik at samtykke også omfatter en senere dispensasjonssak. Alternativt kan det gis en egen regel om egenerklæring/samtykke ved søknad om dispensasjon.

Norges Optikerforbund

Norges Optikerforbund skriver at det i forskriften bør settes krav til hvordan helsepersonellet skal dokumentere at ID er kontrollert. Optikerforbundet viser til at det i forslaget til § 6 står «legeundersøkelsen», men at kravene også gjelder for optiker og psykolog, og at

«legeundersøkelsen» kunne vært byttet ut med «helseundersøkelsen» eller «lege, psykolog eller optiker». Teksten her burde vært mer profesjonsnøytral.

Helsedirektoratets vurderinger

Det er ikke kommet frem innvendinger under høringen mot å fastsette en plikt for søker om førerett til å gi de opplysninger som er nødvendig for å kunne vurdere om helsekravene er oppfylt. Det er heller ikke innvendinger mot å forskriftsfeste en plikt til å fremvise gyldig legitimasjon, men det er stilt spørsmål ved om det bør forskriftsfestes et krav til hvordan helsepersonellet skal dokumentere at ID er kontrollert.

Vegdirektoratet har foreslått at ordet «gyldig» erstattes med ordet «akseptabel» legitimasjon. Det vises i denne forbindelse til førerkortforskriftens § 5-2, tredje ledd som lyder:

«Før førerkort utstedes må søker fremvise akseptabel legitimasjon med navn, fødselsnummer (11 siffer), eller D-nummer for de som ikke har norsk fødselsnummer, og bilde. Søkerens identitet må kontrolleres og søkers navnetrekk gis under kontrollerte betingelser»

Helsedirektoratet er enig i at legitimasjonen må være akseptabel, herunder gyldig. Det vil derfor i veilederen bli gitt nærmere informasjon om hva som akseptabel og gyldig legitimasjon.

Helsedirektoratet ser at det vil være overflødig å kreve legitimasjon i de tilfellene der attestutsteder er godt kjent med søker fra før, og har presisert dette i bestemmelsen. Ny helseattest vil inneholde et felt der attestutsteder krysser av på kjennskap til søkers identitet.

Plikten til å fremlegge akseptabel og gyldig legitimasjon og til å gi så fullstendige opplysninger som mulig, er etter forslaget til § 6 knyttet til egenerklæringen og legeundersøkelsen.

Legitimasjonsplikten er viktig overfor den som skal skrive ut helseattest. Der helseattesten kan begrenses til attest for synsfunksjon, vil attesten kunne skrives ut av optiker. Helsedirektoratet anser at det på dette grunnlag også kan kreves fremvisning av akseptabel og gyldig legitimasjon for å få synsattest fra optiker og har tatt denne presiseringen inn i § 6.

Når det gjelder plikten til å gi så fullstendige opplysninger som mulig, vurderer Helsedirektoratet det slik at det i første rekke er viktig å forskriftsfeste en opplysningsplikt overfor legen som står ansvarlig for å vurdere om de samlede helsekravene er oppfylt, slik at det kan gis helseattest. Dersom opplysningsplikten skal utvides utover forslaget til § 6, bør dette først vurderes på et bredere grunnlag.

Helsedirektoratet ser også at det kan være behov for en ytterligere avgrensning og klargjøring av bestemmelsen om samtykke til å innhente nødvendige helseopplysninger for å sikre en forsvarlig vurdering. Innhenting av helseopplysninger vil særlig være aktuelt for fastlegen der det er behov for en spesialistuttalelse, men i noen tilfeller kan det også være ønskelig å innhente opplysninger fra tidligere fastlege/allmennlege. Som det fremgår av høringsnotatet, er hensikten med bestemmelsen også å redusere muligheten for å skjule helseopplysninger som er viktig for å kunne vurdere om helsekravene er oppfylt.

I tråd med Datatilsynets ønske om å gi § 6 en avgrensning som gir større forutberegnelighet, er det inntatt i bestemmelsen at samtykket gjelder innhenting av opplysninger fra spesialist og fra tidligere

fastlege. Opplysningene som kan innhentes, skal være relevante og nødvendige for at legen kan foreta en forsvarlig vurdering av om helsekravene til førerrett er oppfylt. Dersom legen for sin vurdering har behov for opplysninger fra andre enn spesialist og tidligere fastlege, vil pasienten måtte gi samtykke til taushetsfritak i det enkelte tilfelle. Det samme gjelder når Fylkesmannen ønsker samtykke til å innhente taushetsbelagte opplysninger.

Helsedirektoratet finner det naturlig at det dokumenteres i pasientjournalen at det er fremvist legitimasjon i forbindelse med helseundersøkelsen, men anser ikke at det er behov for å forskriftsfeste dette.

Dispensasjon – § 7

Bakgrunn

Dagens bestemmelse om dispensasjon fremgår av førerkortforskriften vedlegg 1 § 6 første og annet ledd:

«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 etter § 6 tredje ledd gi retningslinjer for legeundersøkelsen og Fylkesmannens behandling av sakene.

Landets fylkesmenn behandler årlig 15-17.000 søknader om dispensasjon fra helsekravene. Rundt 90 prosent av søknadene innvilges. Helsekravene er foreslått endret slik at de blir mer i samsvar med dispensasjonspraksis. Grunnlaget for å søke dispensasjon vil da i stor grad falle bort. Helsedirektoratet har likevel gått inn for å opprettholde en begrenset adgang til å få dispensasjon hos Fylkesmannen, som en snever unntaksbestemmelse, til forskjell fra dagens dispensasjonshjemmel, hvor «særlige tilfeller» er blitt tolket svært vidt.

Forslag sendt på høring

§ 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.

Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser har hatt innspill til denne bestemmelsen og til høringsnotatets vurderinger angående dispensasjon. I tillegg har mange kommentert behovet for dispensasjon under ulike sykdomskapitler. Deres høringsinnspill vil fremkomme under de enkelte kapitlene. Høringsuttalelser til Helsedirektoratets forslag til overgangsbestemmelser er tatt inn i kapittel 19.

Problemstillinger høringsinstansene ble bedt spesielt om å uttale seg 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

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag er enig i at behov ikke skal være en del av vurderingstemaet ved saksbehandling av søknader om dispensasjon fra helsekravene. Hvorvidt en søker skal gis anledning til å kjøre, bør avgjøres ut fra hensynet til trafiksikkerhet. Dette gjelder uansett førerkortklasse. Selv om konsekvensen er stor for en yrkessjåfør som etter nytt regelverk ikke vil få dispensasjon, kan samfunnet, av hensyn til den enkelte, ikke utsettes for skadepotensialet sjåfør og kjøretøy utgjør.

Det vises til at hensynet til forutberegnelighet og likebehandling også tilsier at behov fjernes som del av vurderingstemaet, i det dette utgjør et vanskelig og uklart skjønnsstema.

Fylkesmannen mener at utformingen av vilkårene, med bruk av begrepene «særlig tungtveiende grunner» og «åpenbart urimelig» viser at muligheten for dispensasjon innskrenkes, sammenlignet med dagens vilkår. Utfra et rettssikkerhetsperspektiv, er det viktig at vilkårene utdypes nærmere i en veileder.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag er tvilende til at «særlig tungtveiende grunner» vil gi den ønskede innsnevring av dispensasjonsadgangen. Det påpekes at tungtveiende grunner nesten alltid vil være relatert til søkerens behov, og da spesielt der det er yrkesmessige behov for en førerkortklasse.

Hvis det fastholdes at individuelle behov ikke skal tillegges betydning, og at det kun kan vurderes dispensasjon når det hos søkeren foreligger spesielle medisinske forhold som gjør at den generelt økte risiko tilstanden gir, ikke er til stede, vil det kunne føre til få saker, mener Fylkesmannen i Sør-Trøndelag.

Fylkesmannen i Buskerud

Fylkesmannen i Buskerud mener de foreslåtte vilkårene i § 7 etter sin ordlyd vil gi en tilstrekkelig innsnevring av dispensasjonsadgangen. Det bør imidlertid gis utfyllende retningslinjer i ny veileder på dette punktet, da særlig sett hen til at vilkåret «særlige grunner» har blitt tolket vidt til nå. Dersom det ikke skal være dispensasjonsadgang for enkelte helsekrav, bør dette fremgå uttrykkelig av vedlegg 1 til forskriften.

Fylkesmannen i Buskerud uttrykker skepsis til hvordan man skal sikre mest mulig likebehandling på fylkesmannsnivå ved en sterkt begrenset dispensasjonsadgang.

Det reises spørsmål om Helsedirektoratet bør overta ordinær saksbehandling av dispensasjonssaker. Det er i dag vanskelig å få en ens praksis mellom embetene. Alternativet er at denne oppgaven for hele landet gis til ett embete eller at det etableres en egen enhet som er uavhengig av Helsedirektoratet

Fylkesmannen i Hedmark

Fylkesmannen i Hedmark tror ikke ordlyden i forslaget til § 7 er så annerledes enn dagens tekst at publikum umiddelbart oppfatter at dispensasjonsadgangen er begrenset.

Veilederen må være tydelig her og definere innholdet på en måte som kan brukes i Fylkesmannens vedtak. Dersom Fylkesmannen får like mange søknader som i dag, men må bruke mye tid på å formulere begrunnelser for avslag i alle sakene, kan det hende arbeidsmengden øker, mener Fylkesmannen i Hedmark.

Begrepene særlig tungtveiende grunner og åpenbart urimelig må gis et mer konkret innhold som f.eks. «fortsett erverv» i § 47, og det må sies hva som er forskjellen på særlig tungtveiende og tungtveiende grunner osv.

Fylkesmannen i Østfold

Fylkesmannen i Østfold mener vilkårene for å gi dispensasjon, «særlig tungtveiende grunner» og «åpenbart urimelig» gir tilstrekkelig innsnevring av dispensasjonsadgangen.

Det gis støtte til at behovsvurderingen fjernes.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Fylkesmannen i Oslo og Akershus mener omtalen av dispensasjonsadgang bør klargjøres. Det fremgår av forslaget til § 7 at fylkesmennene skal kunne dispensere fra bestemmelsene i kapittel 4 til 18 når det foreligger særlig tungtveiende grunner. Utfra ordlyden oppfatter en dette som en bestemmelse som gjelder alle enkeltkapitler om helse. Imidlertid framkommer det under omtalen av konsekvenser av regelendringen i enkelte av sykdomskapitlene at det ikke vil bli gitt dispensasjoner som tidligere.

Fylkesmannen finner betydelige likheter ved beskrivelsen av den nye regelen og den nåværende dispensasjonshjemmelen. Med et regelverk der det i mindre grad er rom for skjønn, kan det komme mange dispensasjonssøknader, i det en del avgjørelser etter regelverket nok vil kunne oppleves som vilkårlige og urimelige – både av søker og lege.

Det påpekes at der endringene fører til at noen grupper oppfyller helsekravene, vil antakelig nye grupper ønske å få vurdert om de kan gis dispensasjon.

Det fremgår av høringsnotatet at dispensasjon kan kun gis der det er åpenbart at førerkortsøkeren vil være tilstrekkelig trafikksikker. Fylkesmannen i Oslo og Akershus har erfart at denne vurderingen, som også gjøres etter gjeldende regelverk, ofte gir liten mening.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus er positiv til at «behov» bortfaller som del av vurderingen. Har man en lidelse som tilsier at helsekravene ikke er oppfylt, må dette avveies mot trafikksikkerheten og ikke etter et eventuelt behov. Den samme vurdering gjør seg gjeldende ved «særlig tungtveiende

grunner» og «åpenbart urimelig». Det skal alltid være den medisinske tilstand som skal være det avgjørende element i saken.

Fylkesmannen i Vestfold

Fylkesmannen i Vestfold er bekymret for at det er vanskelig å vurdere hva som er åpenbart urimelig eller tungtveiende i en trafiksikkerhetsmessig sammenheng og frykter at eventuelle dispensasjonssøknader vil bli både mer tidkrevende og vanskelig å behandle. Dette må eventuelt eksemplifiseres og fremgå i egen veileder.

Fylkesmannen i Telemark

Fylkesmannen i Telemark mener at vilkårene for å gi dispensasjon på bakgrunn av «særlig tungtveiende grunner» og «åpenbart urimelig» vil gi en tilstrekkelig innsnevring av dispensasjonsadgangen. Det er en forutsetning at det utarbeides retningslinjer som legger til rette for at fylkesmennes vurderinger blir noenlunde samordnet og at begrepene tolkes likt mellom embetene. Fylkesmannen oppfatter selve behovsbegrepet som dekket i «særlig tungtveiende grunner».

Fylkesmannen i Nordland

Fylkesmannen i Nordland mener dispensasjon bare bør gis «helt unntaksvis». Dette begrepet bør brukes i forskriftsteksten, ikke mer uklare, skjønnspregede begreper som «særlig tungtveiende grunner» og «åpenbart urimelig».

Fylkesmannen i Oppland

Fylkesmannen i Oppland mener dispensasjonsbestemmelsen i § 7, slik den er utformet, vil være en regel det kan bli svært vanskelig å håndheve. Hvem skal definere «åpenbart urimelig» og «tungtveiende grunner». Alle som søker vil selv mene de har tungtveiende grunner og at et avslag vil være åpenbart urimelig. Fylkesmannen i Oppland foreslår derfor at «åpenbart urimelig» og «tungtveiende grunner» tas ut av § 7.

Fylkesmannen i Troms

Fylkesmannen i Troms skriver at det er vanskelig å tenke seg hva som er «særlig tungtveiende grunner» når «behov» ikke skal være en del av vurderingen. Vilåret «åpenbart urimelig» kan det være lettere å tenke seg eksempler på ut fra Fylkesmannens kunnskap om noen av dem som i dag har dispensasjon

Fylkesmannen i Vest-Agder

Fylkesmannen i Vest-Agder mener at begrepet «behov» dekkes av begrepene «tungtveiende grunner» og «åpenbart urimelig». Behov bør ikke være et eget kriterium ved dispensasjon.

Advokatforeningen

Advokatforeningen synes forslaget til endringer i vedlegg 1 jevnt over fremstår som grundig og gjennomarbeidet både materielt og rettsteknisk, men mener teksten i § 7 første ledd er uklar og må endres.

Advokatforeningen skriver at for det første fremgår det ikke helt klart av ordlyden i § 7 (1) hvilke(t) vilkår som gjelder for å få dispensasjon. Slik bestemmelsen er utformet er «særlig tungtveiende grunner» et grunnvilkår for at Fylkesmannen «kan» gi dispensasjon fra helsekravene, jf. første punktum. Dersom «særlig tungtveiende grunner» foreligger, vil Fylkesmannen i utgangspunktet ha diskresjonær kompetanse til å gi eller ikke gi dispensasjon. Etter annet punktum innsnevres tilsynelatende denne kompetansen ved at det bestemmes at dispensasjon bare skal gis dersom avslag, etter en samlet vurdering vil være «åpenbart urimelig for søkeren».

Foreningen mener det er vanskelig å se at grunnvilkåret om «særlig tungtveiende grunner» har et selvstendig innhold ved siden av vilkåret «åpenbart urimelig». Vurderingstemaet under «særlig tungtveiende grunner» synes fullt ut å bli konsumert av urimelighetsvilkåret. Videre taler ordlyden «åpenbart urimelig» etter Advokatforeningens oppfatning for en høyere terskel enn «særlig tungtveiende grunner». Selv om ordlyden i forslagets § 7 (1) formelt sett har to kumulative vilkår, synes det nærliggende å anta at dispensasjonsvurderingen i realiteten bare vil bestå av ett vilkår: avslag på søknaden må ikke være «åpenbart urimelig». Motivene bak bestemmelsen i høringsnotatet støtter et slikt tolkningsresultat.

Videre fremgår det ikke entydig av ordlyden i § 7 (1) om Fylkesmannens kompetanse til å dispensere fra bestemmelsene i kapittel 4 til 18 er diskresjonær eller strengt lovbunden. Ordlyden «kan» i første punktum tilsier at dispensasjonskompetansen er lagt til Fylkesmannens frie skjønn – forutsatt at vilkårene for dispensasjon for øvrig er oppfylt. På den annen side sier annet punktum at dispensasjon «skal bare gis» dersom avslag vil være åpenbart urimelig. Ordlyden «skal (...) gis» kan umiddelbart tyde på det motsatte, at Fylkesmannens dispensasjonskompetanse er strengt lovbunden. Motivene til bestemmelsen i høringsnotatet er heller ikke helt klare på dette punktet.

På denne bakgrunn foreslår Advokatforeningen at ordlyden i forslagets § 7 endres slik at vurderingstema for dispensasjon klargjøres, både for søkeren og for Fylkesmannen.

Statens vegvesen, Region vest

Statens vegvesen, Region vest skriver at siden forskriften foreslås endret slik at mange av de som tidligere måtte søke dispensasjon nå fyller helsekravene, evt kan få en tidsbegrenset helseattest, tror de at de foreslåtte endringene er dekkende for de som evt fortsatt vil ha behov for å søke om dispensasjon. Det er viktig at Helsedirektoratets veileder for fylkesmennene beskriver behandlingen av dispensasjonssaker for å sikre en lik praktisering og forståelse av § 7 hos fylkesmennene. Det er spesielt viktig ved overgangsbestemmelser.

Statens vegvesen, Region nord

Statens vegvesen, Region nord støtter forslaget til innskjerping av dispensasjonsadgangen. De viser til at fylkesmennenes mulighet til å dispensere fra helsekravene, slik disse fremkommer i forslaget til vedlegg 1 til førerkortforskriften, vil bli sterkt begrenset, jf. forslaget om at dispensasjon bare skal gis når det foreligger «særlig tungtveiende grunner». Videre vises det til at det er hensynet til trafiksikkerheten som skal legges til grunn i vurderingen av om det kan gis dispensasjon eller ikke (uavhengig av søkers behov).

Statens vegvesen, Region øst

Statens vegvesen, Region Øst er bekymret for at trafikklærere og førerprøvesensorer som tidligere har hatt dispensasjon for førerkortgruppe 3, etter de nye bestemmelsene risikerer å få et yrkesforbud som ikke kan forsvares utfra hensyn til trafikksikkerheten. Dette er profesjonelle yrkesutøvere som i sitt daglige virke jobber med trafikksikkerhetsarbeid, og hvor mange av dem i årevis har fungert i yrket til tross for å ha hatt diabetes med behov for insulin. Det avgjørende blir derfor hva som ligger i «særlig tungtveiende grunner» og hva som anses for å være «åpenbart urimelig å avslå» etter § 7 i forslaget.

Statens vegvesen, Region øst stiller spørsmål ved om trafikklærere og førerprøvesensorer egentlig hører hjemme i førerkortgruppe 3 når det gjelder helsekrav.

Stavanger kommune

Stavanger kommune støtter at man ved dispensasjonssøknader kun legger helsemessig risiko til grunn, og ikke søkerens behov for førerkort.

Oslo kommune

Oslo kommune skriver at det vil være viktig å følge med på fremtidig dispensasjonspraksis for å sikre at den blir likest mulig forskjellig steder i landet.

Norsk Psykologforening

Norsk Psykologforening stiller spørsmål om «særlig tungtveiende grunner» og «åpenbart urimelig» som vilkår for å få dispensasjon, vil gi en tilstrekkelig innsnevring av dispensasjonsadgangen. Psykologforeningen anser at det kan være en fare for at en strekker dispensasjonsadgang for langt om det ikke utvikles gode kriterier for dette. Foreningen ser dette i sammenheng med behov for kompetanseheving og krav til transparens beslutningsgrunnlaget.

Psykologforeningen støtter at behov bortfaller som del i vurderingen.

Mental Helse

Mental Helse mener høringsutkastets forslag til endringer vedrørende muligheten til individuell dispensasjon, innebærer en mangel på likebehandling av psykisk syke. Mental Helse går sterkt inn for å opprettholde en individuell vurdering av kjøreevne for alle.

Foreningen finner det problematisk at forslaget i praksis innebærer en nulltoleranse ved bruk av B-preparater. Konsekvensen av en mangel på dispensasjonsadgang er en ytterligere diskriminering av mennesker med psykiske lidelser. At Fylkesmannens mulighet til å gi dispensasjon bortfaller, fremstår underlig og unødvendig.

Mental Helse Ungdom

Mental Helse Ungdom har i sitt hørings svar stilt seg bak hørings svaret fra Mental Helse.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) skriver at det er viktig å beholde en mulighet for dispensasjon, fordi det vil kunne være tilfeller der en førerkortsøker etter en samlet helsevurdering ikke fyller de diagnostiske helsekravene, men likevel kan få dispensasjon fordi førerkortsøkeren er tilstrekkelig trafiksikker. Det vil være individuelle forskjeller ved samme diagnose.

FFO mener innsnevringen i dispensasjonsadgangen ikke må utelukke muligheten for å få en individuell vurdering. Belastningen for forvaltningen bør ikke tillegges vekt ved vurdering av søknader om dispensasjon. Det vises også til at mange av dem som i dag er søkere, vil oppfylle helsekravene og dermed ikke lenger være en belastning for forvaltningen.

FFO er innforstått med at det må stilles strenge krav til yrkessjåfører fordi de tilbringer store deler av arbeidsdagen i trafikken, men betegner det som alvorlig at de som i dag fyller helsekravene, f.eks. diabetes type-1, og de med syn på ett øye, etter forslaget ikke får dispensasjon lenger og vil kunne miste sitt yrke.

Hieronimus

Informasjonssenteret Hieronimus mener det bør kunne søkes om dispensasjon for kjøring ved bruk av alle typer B-preparater, også klonazepam og diazepam. De som søker må få anledning til å la seg teste med kjørrelærer i trafikken mens de bruker disse medikamentene. Det vises til at mennesker reagerer svært ulikt på psykofarmaka, og at det er nødvendig med en individuell vurdering.

Søndre Buskerud politidistrikt

Politiet i Søndre Buskerud antar at «særlig tungtveiende grunner» og «åpenbart urimelig» vil gi en tilstrekkelig innsnevring av dispensasjonsadgangen. Terskelen for dispensasjonsadgang bør utdypes og presiseres ytterligere i retningslinjene. Det vises til at etter gjeldende § 6 kan dispensasjon kun gis i «særlige tilfeller», som etter en naturlig språklig forståelse angir en forholdsvis høy terskel for når det kan treffes vedtak om dispensasjon. Til tross for dette er det likevel blitt en omfattende dispensasjonspraksis.

Søndre Buskerud politidistrikt støtter forslaget om at det ikke skal være adgang til å legge vekt på individuelle behov.

Østfold politidistrikt

Østfold politidistrikt støtter forslaget om å opprettholde en begrenset adgang til dispensasjon hos Fylkesmannen. Vilåårene «særlig tungtveiende grunner» og «åpenbart urimelig» gir en tilstrekkelig innsnevring av dispensasjonsadgangen.

Agder politidistrikt

Agder politidistrikt er positive til at vurderingstemaet «behov» faller bort. Det avgjørende for om noen skal ha førerkort må være hensynet til trafiksikkerhet, ikke vedkommende sitt behov for førerkort.

Autoriserte trafikkskolers Landsforbund

Autoriserte trafikkskolers Landsforbund mener «særlig tungtveiende grunner» og «åpenbart urimelig» er en tilstrekkelig innsnevring av dispensasjonsadgangen, så lenge dispensasjonen gis etter en samlet vurdering av helsetilstand knyttet til trafikksikkerhet.

«Behov» som mulighet for å få innvilget dispensasjon bør ikke legges til grunn.

A1 Trafikkskole AS

A1 Trafikkskole AS er bekymret for at innstramningene for personer med diabetes og at kravet til særlige tungtveiende grunner for dispensasjon etter § 7, vil føre til at trafikklærere med diabetes mister muligheten til å utøve sitt yrke. Dette til tross for at det etter dagens regelverk har vært stor tradisjon for å gi trafikklærere med diabetes dispensasjon fra helsekravene.

A1 Trafikkskole anbefaler at det vurderes å endre helsekravene for trafikklærere tilsvarende det som gjelder førerkortgruppe 2. Dersom dette ikke gjøres, anbefaler trafikkskolen at de særegne forhold som gjelder trafikklærerne, tydeliggjøres i retningslinjene for dispensasjoner etter § 7, og da særlig med tanke på mulighetene for dispensasjon når søker har diabetes og tar insulin.

Norges Lastebileier-Forbund

Norges Lastebileier-Forbund (NLF) mener at sjåfører som allerede har førerett i klasse CE eller C, etter dispensasjon gitt i medhold av dagens regelverk, bør få beholde dispensasjonen så lenge han/hun ønsker, så sant helsetilstanden som ligger til grunn for innvilget dispensasjon ikke har forverret seg, eller andre helsemessige forhold ikke har overskredet grenser satt i vedlegg 1 for angjeldende helsetilstand. I slike tilfeller bør hensynet til den enkeltes yrkesutøvelse og inntektsgivende arbeid veie tyngre enn et ønske om en enklere administrasjon av dispensasjonsmulighetene. Dersom sjåføren fortsatt er like egnet til å ivareta trafikksikkerheten som da dispensasjonen forrige gang ble innvilget, finner NLF ingen grunn til at dispensasjon ikke skal innvilges videre.

Norges Lastebileier-Forbund foreslår at teksten i forslag til § 7 første ledd andre setning endres til *«Dispensasjon kan gis der det etter en samlet vurdering av helsetilstand og trafikksikkerhet vil være åpenbart urimelig å avslå en søknad om dispensasjon, og særlig dersom den helsemessige begrunnelsen for dispensasjon ikke har forverret seg»*.

Norges Automobil-Forbund

Norges Automobil-Forbund skriver at forslaget om en betydelig begrensning i adgangen til å gi dispensasjon, fremstår som naturlig og oppfyller definisjonen av begrepet dispensasjon, i motsetning til dagens praksis hvor dispensasjon nærmest er hovedregelen. At det vil lede til en restriktiv behandling av de «gjenstående» tilfellene, fremstår som naturlig og betryggende i forhold til trafikksikkerhetsarbeidet.

Personskadeforbundet

Personskadeforbundet mener «særlig tungtveiende grunner» og «åpenbart urimelig» som foreslått for § 7 vil gi tilstrekkelig innsnevring av dispensasjonsadgangen.

Personskadeforbundet LTN støtter at «behov» faller bort i dispensasjonsvurderingen.

Helsedirektoratets vurderinger

De nye helsekravene innebærer at de fleste som tidligere fikk dispensasjon fra helsekravene i førerkortforskriften vedlegg 1, nå vil kunne få førerrett etter helseattest fra legen. Helsedirektoratet har likevel funnet grunn til å videreføre en snever dispensasjonsadgang innenfor rammen av EU-direktivene minstekrav til helse, og med vektlegging av trafikk sikkerhet. Dette vil innebære at denne dispensasjonshjemmelen ikke skal kunne benyttes til å flytte faste grenser som er satt i forskriften og at dispensasjoner må holde seg innenfor de minimumskrav som er satt i EU-direktivene

Etter dagens forvaltningspraksis inngår søkers behov, særlig yrkesmessige behov, i vurderingen av om det skal gis dispensasjon. De fleste høringsuttalelsene støtter Helsedirektoratets forslag om at søkers behov ikke lenger skal være en del av vurderingsgrunnlaget ved søknad om dispensasjon fra helsekravene. Noen høringsinstanser har uttalt at det fortsatt må være mulig med en individuell vurdering av om en person kan kjøre trafikk sikkerhet selv om helsekravene ikke er oppfylt. Det er blant annet pekt på at forslaget til nye bestemmelser for helsekrav ved diabetes og ved bruk av enkelte legemidler, ville frata mange personer muligheten til å ha førerrett og også muligheten til fortsatt yrkesutøvelse.

Etter høringen er helsekravene blant annet for diabetes og enkelte legemidler endret, slik at mange som etter høringsforslaget ikke oppfylte helsekravene, vil kunne få helseattest. De hensyn som etter høringsinstansenes syn ville gjort det nødvendig å kunne søke dispensasjon, vil etter Helsedirektoratets vurdering i det vesentligste være ivaretatt gjennom de endringene som er gjort i helsekravbestemmelsene.

Helsedirektoratet har på grunnlag av høringsinnspillene kommet til at den enkeltes behov *ikke* skal være del av vurderingsgrunnlaget for om det kan gis førerrett. Siden dette utgjør en innskrenkning av dispensasjonsadgangen er vedlegg 1 § 7 endret slik at dette blir presisert i bestemmelsen. Hensikten er også å gi søker om førerrett større forutberegnelighet og sikre mer likebehandling.

Fylkesmannen i Buskerud har reist spørsmål om vurderingen av om det skal gis dispensasjon bør legges til Helsedirektoratet, eventuelt til ett fylkesmannsembete, for å sikre likebehandling. Organiseringen på førerkortfeltet vil bli gjennomgått i fase 2 av førerkortprosjektet.

Vilkår for dispensasjon

Muligheten for å få dispensasjon fra de nye helsekravene vil være sterkt innskrenket. I høringen ble det foreslått at Fylkesmannen på søkerens bosted «*kan dispensere*» fra helsekravene i kapittel 4 til 18» når det foreligger «særlig tungtveiende grunner». Samtidig sier bestemmelsen at «dispensasjon skal bare gis» der det etter en samlet vurdering av helsetilstand og trafikk sikkerhet er «åpenbart urimelig» å avslå søknaden.

Høringsinstansene har ulike vurderinger av om vilkårene vil gi en tilstrekkelig innsnevring av dispensasjonsadgangen. Mange støtter forslaget, men det understrekes samtidig at det er stort behov for utfyllende retningslinjer, blant annet for å sikre lik praktisering av regelverket.

Forslag fra Fylkesmannen i Nordland om å endre vilkåret slik at det fremgår at dispensasjon bare skal gis helt unntaksvis, bør etter Helsedirektoratets vurdering være del av veilederen til denne bestemmelsen.

Norges Lastebileier-Forbunds forslag om å ta inn i bestemmelsen et tillegg om at dispensasjon særlig kan vurderes «dersom den helsemessige begrunnelsen for dispensasjon ikke har forverret seg», er et kriterium som Helsedirektoratet også vil komme tilbake til i veilederen.

Forvaltningskjønn eller lovbundet skjønn

De foreslåtte vilkårene for å få dispensasjon «særlig tungtveiende grunner» og «åpenbart urimelig utfra en helhetsvurdering av helsetilstand og trafiksikkerhet» innebærer både enkeltvis og sammen en betydelig innsnevring av dispensasjonsadgangen fra dagens vilkår «særlige grunner».

Som påpekt av Advokatforeningen vil forslaget til § 7 annet punktum: «Dispensasjon skal bare gis dersom det er *åpenbart urimelig*.....» i juridisk sammenheng gi en høyere terskel for å få dispensasjon enn vilkåret «særlig tungtveiende grunner». Helsedirektoratet er derfor enig med Advokatforeningen i at «særlig tungtveiende grunner» kan sløyfes i bestemmelsen fordi det uansett må skje en prøving av om avslag på dispensasjonssøknaden er åpenbart urimelig etter kriteriene som angis.

Det har vært vurdert om «særlig tungtveiende grunner» burde beholdes som en del av vurderingsgrunnlaget i bestemmelsen, men dette vil i stedet bli omtalt i veilederen. Som det fremgår av teksten ovenfor, innebærer fjerning av vilkåret «særlig tungtveiende grunner» ikke noen lemping av kravet.

I Advokatforeningens uttalelse er det videre etterlyst en tydeliggjøring av om § 7 åpner for et forvaltningskjønn hos Fylkesmannen i vurderingen av en søknad om dispensasjon, eller om Fylkesmannens skjønnskompetanse etter § 7 er strengt lovbunden.

Helsedirektoratet ser at utformingen av bestemmelsen kan åpne for tvil om avgjørelser etter § 7 skal baseres på et forvaltningskjønn hos Fylkesmannen. Det har ikke vært ønskelig fra Helsedirektoratets side. Ved å innskrenke bestemmelsen til at dispensasjon bare skal gis der det er åpenbart urimelig å avslå søknaden vil det være klart at det dreier seg om et rettsanvendelsesskjønn, og ikke et forvaltningskjønn. Bestemmelsen er endret for å tydeliggjøre at skjønnet er lovbundet.

Klageinstans

I høringsforslaget § 7 er det fastsatt at Helsedirektoratet er klageinstans for fylkesmennenes vedtak om dispensasjon.

Etter at forslaget ble sendt på høring er det bestemt at klager på fylkesmennenes førerkortvedtak skal behandles av et nyopprettet klageorgan, HelseKlage, som er plassert i Bergen og som trådte i funksjon 1. januar 2016.

Klagebehandling vil følge forvaltningslovens bestemmelser som tidligere. Klageinstans vil fremgå av førerkortforskriften § 14-1 der henvisningen til tidligere vedlegg 1 § 6 må endres til § 7.

§ 8 – Utfyllende bestemmelser

Bakgrunn

Førerkortforskriften, vedlegg 1 § 6 sier i dag at 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.

Helsedirektoratets vurdering

Det er ønskelig å videreføre bestemmelsen i dagens vedlegg 1 § 6 om at Helsedirektoratet kan gi nærmere regler på dette området. Helsedirektoratets retningslinjer bør imidlertid også omfatte annet helsepersonell enn leger. Helsedirektoratet vil utarbeide veileder med anbefalinger til en rekke av bestemmelsene i nytt vedlegg 1.

Helsedirektoratets forslag

§ 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.

Høringsinstansene har ikke hatt innvendinger til forslaget. Forslaget opprettholdes etter høringen.

Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser

§ 4 Helseattest

Helseattest skal fremlegges

- a) *når politi, helsemyndighet eller vegmyndighet krever det for å kunne vurdere om søker om førerett eller innehaver av førerkort har en sykdom, bruker midler som gir svekket kjøreevne eller har annen helsevekkelse som medfører at helsekravene ikke er oppfylt*
- b) *ved første gangs søknad om eller fornyelse av førerkort gruppe 2 og gruppe 3*
- c) *ved utvidelse av førerkortet til tyngre førerkortgruppe*
- d) *ved fornyelse av førerkort med tidsbegrensning*
- e) *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 attest for synsfunksjonen og egenerklæring om helse, dersom fullstendig helseattest ikke kreves av andre grunner. Det samme gjelder ved nedsatt sidesyn, dobbeltsyn, nedsatt kontrastfølsomhet, nedsatt mørkesyn eller økt blendingsfølsomhet.

§ 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 førerlighet*
- 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.*

§ 6. Plikt til å gi informasjon

Søker om førerrett skal ved legeundersøkelsen legge fram akseptabel legitimasjon med navn, fødselsnummer (11 siffer), eller D-nummer for de som ikke har norsk fødselsnummer, og bilde, med mindre legen fra tidligere er godt kjent med pasienten. Der attest for synsfunksjon utfylles av optiker, gjelder tilsvarende legitimasjonsplikt overfor optiker.

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 nødvendige og relevante helseopplysninger fra spesialist og tidligere fastlege for å sikre en forsvarlig vurdering.

§ 7. Dispensasjon

Dispensasjon fra bestemmelsene i kapittel 4 til 18 skal bare gis der det etter en samlet vurdering av helsetilstand og trafiksikkerhet vil være åpenbart urimelig å avslå en søknad om dispensasjon. Søkers behov for førerrett skal ikke inngå i vurderingen. Søknad om dispensasjon avgjøres av Fylkesmannen på søkerens bosted. Klage på Fylkesmannens vedtak sendes Helseklage.

§ 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.

Kapittel 4 – Syn

Bakgrunn

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 enøydhet på grunn av manglende samsyn.*
- 2. Synsfeltet må være minst 120 grader vidt i horisontalplanet og minst 50 grader til hver side. I vertikalplanet skal synsfeltet være intakt minst 20 grader opp og ned. Det må ikke være sentrale synsfeltutfall innenfor en radius på 20 grader.»*

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.»*

EU-direktiv 2009/113/EF av 25. august 2009 vedlegg III, punkt 6 fastsetter krav til synsfunksjoner som ikke fremgår av gjeldende vedlegg 1. Direktivet stiller krav om at søkere om førerkort skal gjennomgå en undersøkelse for å sikre at vedkommendes synssans er tilstrekkelig god til at vedkommende kan kjøre. Dersom det er grunn til å tvile på om søkerens syn er tilstrekkelig godt, skal vedkommende undersøkes av kompetent medisinsk faglig myndighet. Ved undersøkelsen skal det legges særlig vekt på å undersøke synsstyrke, synsfelt, mørkeadaptasjon, blendingsfølsomhet, kontrastfølsomhet, dobbeltsyn og andre synsfunksjoner. Direktivet åpner for at det kan gis førerrett i helt spesielle tilfeller for førerkortgruppe 1, selv om førerkortsøker ikke fyller kravene til synsfelt eller synsstyrke. En kjørevurdering bør i så fall gjennomføres med et positivt resultat før førerrett innvilges. I tillegg er det krav om at andre synsfunksjoner, herunder blant annet evnen til mørkeadaptasjon, blendingsfølsomhet og kontrastfølsomhet, ikke er svekket. For førerkortgruppe 2 og 3 stiller EU-direktivet krav om at synsstyrken er minst 0,8 på det ene øyet, og 0,1 på det andre øyet. Det er ikke åpnet for unntak fra dette kravet i direktivet. Førerrett kan i henhold til EU-direktivet ikke gis for gruppe 2 og 3, dersom søkeren lider av dobbeltsyn eller nedsatt kontrastfølsomhet.

Helsedirektoratet foreslo i høringsnotatet å videreføre gjeldende bestemmelser om krav til synsstyrke og synsfelt. I tillegg ble det foreslått å ta inn krav til mørkeadaptasjon, blendingsfølsomhet og kontrastfølsomhet, samt egne krav ved plutselig betydelig reduksjon av syn på ett øye og tap av syn på ett øye, for å oppfylle kravene i EU-direktivet. Helsedirektoratet foreslo at ved plutselig tap av syn på ett øye ville søkere i gruppe 2 og 3 ikke fylle helsekravene.

Forslag sendt på høring

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

	A	B	C
		Fører kortgruppe 1	Fører kortgruppe 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 fører kortgruppe 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.

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Nordland bemerker at funksjonene mørkeadaptasjon, blendingsfølsomhet og kontrastfølsomhet er viktige, men det er lite kjent hvordan dette undersøkes. § 11 beskriver en form for dispensasjon. Begrepet betydelig reduksjon av synet på ett øye bør konkretiseres, iallfall i veileder.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus anser det vanskelig å vurdere synskrav i forhold til foreslått regelverk. I § 10 er "maksimal tillatt korreksjon for førerkortgruppe 2 og 3 pluss åtte dioptrier". Kravet gjelder bare for korreksjon ved bruk av briller.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag finner det uklart i hvilke tilfeller det kan gis førerrett for førerkortgruppe 1 ved ikke oppfylte synskrav, jf. § 11. Er det en dispensasjonssak for Fylkesmannen? Ved progressiv øyesykdom bør varighet av førerrett vurderes av øyelege.

Fylkesmannen i Hedmark bemerker at dioptrikravet bare skal gjelde briller. Dekkes ikke § 11 av § 7?

Fylkesmannen i Aust-Agder viser til at vurderinger/attester fra øyeleger er vanskelige å tolke fordi det brukes begreper og betegnelser som ikke går fram av forskrift. Hvordan skal mørkeadaptasjon (§9) måles? Teksten i § 11 må gjøres helt tydelig.

Fylkesmannen i Buskerud finner kravene i ny § 9 forståelige og anvendelige med unntak av mørkeadaptasjon, blendingsfølsomhet og kontrastfølsomhet. Differensierte krav må utgå da det ikke foreligger gode metoder for vurdering.

Fylkesmannen i Vestfold mener kravet til visus er objektivt og bør være absolutt da man har liten mulighet til å måle tilleggsproblematikk som kontrast- og blendingsproblemer og mørkeadaptasjonsevne. Godkjente metoder for perimetri må omtales spesielt i veileder.

Bjerkreim kommune ved kommunelegen krever at undersøkingsmetoder og kriterier for mørkeadaptasjon, blendings- og kontrastfølsomhet må være lett tilgjengelige dersom dette er forhold som skal vurderes.

Stavanger kommune ved helsesjefen viser til at krav til mørkeadaptasjon, blendings- og kontrastfølsomhet er så subjektive at kravet bør vurderes strøket inntil testmulighet foreligger.

Statens vegvesen, Region midt bemerker at førerkortgruppe 2 og 3 mister førerrett ved sterkt redusert eller manglete syn på ett øye. Deres oppfatning er at dette ikke er tuftet på kunnskap om at denne gruppen er mer ulykkesutsatt enn andre grupper. Gjennomførte kjøretester viser at de er meget flinke til å kompensere.

Den norske legeforening peker på at flere førere har til i dag fått dispensasjon fra kravene til synsstyrke eller synsfelt. Hva skjer for dem når kravene står uendret og muligheten for dispensasjon innskrenkes?

Ved *dobbeltsyn*, § 9 punkt 3, foreslår Legeforeningen at tekstene endres til: *"Helsekravet er ikke oppfylt de tre første måneder etter at dobbeltsyn oppsto. Helseattest kan deretter utstedes dersom øyelege attesterer for at pasienten har stabil diplopi ved blikk rett frem, og som lett kan korrigeres med prismebrille"*.

For *mørkeadaptasjon, blendings- og kontrastfølsomhet* bør spørsmålene flyttes til egenerklæringen. Det bør vurderes om kravene bør sløyfes inntil standardiserte målemetoder foreligger.

Ved betydelig reduksjon av syn på ett øye, § 9 punkt 7, foreslår Legeforeningen følgende tekst: *"Plutselig reduksjon på ett øye inntil fingertelling 3 meter. Helsekravet er oppfylt når øyelege attesterer for at synsstyrke og synsfelt på det gode øyet er i henhold til regelverk."* For førerkortgruppe 2 og 3 kan punktet sløyfes da minimum styrke på det dårligste øyet skal være 0,1.

Ved plutselig tap av syn på ett øye, § 9 punkt 8, foreslår Legeforeningen følgende tekst: *"Plutselig reduksjon av syn på ett øye til fingertelling mindre enn 3 meter og tap av syn på ett øye. Helsekravet er oppfylt etter seks måneder dersom øyelege attesterer for at synsstyrke og synsfelt på det gode øyet er i henhold til regelverket"*. Legeforeningen spør også om det er grunnlag for å kreve praktisk kjørevurdering ved slike tilfeller.

Norges Optikerforbund har i sitt omfattende notat tatt opp de ulike synskrav i detalj. Optikerforbundet etterlyser tiltak hos norske myndigheter som viser at synsfunksjonen følges opp etter EU sine intensjoner.

For undersøkelse av *synsfelt*, § 9 punkt 2, har Optikerforbundet ved flere anledninger påpekt at Donders metode er en grov metode for å angi ytterpunktene av synsfeltet. Metoden er ikke egnet til å påvise sentrale utfall i synsfeltet. Kravet til synsfelt er binokulært mens testingen i dag skjer monoulært. Dette bør drøftes i veilederen.

Ved *dobbeltsyn*, § 9 punkt 3, bør begrepet "noen måneder" byttes ut med mer konkret informasjon. Gjennomførte kompenserende tiltak bør vise til tiltak i forhold til å føre kjøretøy.

For *mørkeadaptasjon*, § 9 punkt 4, mener optikerforbundet høringen burde vurdert ulike metoder for å undersøke dette. De nevner ni ulike metoder der flere av metodene brukes i klinisk praksis i Norge. Innholdet i kravene "tilfredsstillende" for førerkortgruppe 1 og "god" for førerkortgruppe 2 og 3 er ikke nærmere definert.

Blendingsfølsomhet, § 9 punkt 5, har heller ingen gullstandard for måling. Optikerforbundet nevner flere målemetoder som på ulik vis kan si noe om pasienters blendingsfølsomhet. Det legges i høringen opp til en subjektiv vurdering fra pasientenes side. En mer konkret anbefaling etterlyses også på dette punktet.

Kontrastfølsomhet, § 9 punkt 6, er heller ikke definert nærmere der kravene er angitt som "god" for førerkortgruppe 1 og "ikke svekket" for førerkortgruppe 2 og 3. Optikerforbundet angir ni ulike målemetoder som bør kunne benyttes og etterlyser angivelse av hvilke av disse som skal/bør benyttes.

Plutselig betydelig reduksjon av syn på ett øye, § 9 punkt 7, er vagt definert mht. innhold og krav til karenstid.

Plutselig tap av syn på ett øye, § 9 punkt 8, er også vagt definert mht. Hva begrepet plutselig innebærer. Utelukking av førerkortgruppe 2 og 3 ved syn på ett øye fordrer fornuftige overgangsordninger.

Krav til optisk korreksjon i § 10 er angitt med krav om maksimalt pluss åtte dioptrier uten nærmere angivelse av middel for korrigerings.

Vurdering av ikke oppfylte synskrav i § 11 fordrer klar presisering i veileder.

Vurdering ved progressiv øyesykdom i § 12 bør kunne gjøres av både leger, optikere og øyeleger.

Vurdering av brytningsfeil, § 13. Norges Optikerforbund summerer her opp sine synspunkter på at høringen synes å legge opp til et større ansvar for øyelegene mens optikere kun skal gjøre vurderinger relatert til brytningsfeil. Man viser spesielt til den sterkt økende gruppen søkere om førerrett over 75 år som vil ha behov for helseattest inkludert undersøkelse av syn.

Norges Optikerforbund uttaler at optikerne har kompetanse til å vurdere flertallet av søkere som trenger nærmere vurdering av sin synsfunksjon. Optikerne bør gis et større ansvar enn i dag og dermed avlaste øyelegene. Dagens skjema bør endre navn fra "optikerattest" til "øye helseattest" med definisjon av hvilke helsepersonellgrupper som kan bruke dette skjemaet.

Oslo universitetssykehus viser til tidligere korrespondanse om synskrav der man har vist til de tre relevante dokumentene: Directive 2009/112/EC og 2009/113/EC og rapporten "New standards for the visual functions of drivers" som er skrevet av The Eyesight Working Group. Ved tvil om synskrav er oppfylt, skal søker om førerrett undersøkes på "*Visual acuity, field of vision, twilight vision, glare and contrast sensitivity, diplopia and other visual functions that can compromise safe driving*". Direktivene og New standards for the visual functions of drivers konkluderer dels ulikt.

Mørkeadaptasjon kan måles i et adaptometer. Eyesight Working Group har ikke omtalt testing av dette.

Blending (glare) er omtalt av Eyesight Working Group som en mulig viktig parameter uten standardiserte målinger.

Kontrastsensitivitet kan måles på ulike måter der Pelli-Robson-tavlene er mest brukte metode. Også denne funksjonen er omtalt som en trafiksikkerhetsmessig viktig parameter av Eyesight Working Group. Standardiserte metoder, normative data og "cut-off" mangler.

EUs synskrav er fortsatt gjenstand for diskusjon. Hva skal alltid måles? Hva skal kun måles ved søknader om dispensasjon? Hvilke målemetoder skal legges til grunn? Hvordan skal "cut-off" defineres? Helsedirektoratet anbefales å samarbeide med Øyelegeforeningen om å avklare dette.

Statens vegvesen, Region vest viser til at forslaget til helsekrav krever andre vurderinger av synsfunksjonen enn dagens regler. Det bør presiseres om helseattest NA-0202 alltid skal benyttes eller om andre former for spesialisterklæringer kan benyttes.

Helsedirektoratets vurderinger

Synsattest og spesialistkompetanse

Statens vegvesen region vest har i sitt høringssvar stilt spørsmål ved om spesialisterklæringer kan tre i stedet for ordinær helseattest. Dette er ikke tilfelle. Ny helseattest vil inneholde vurderinger av synsfunksjoner på egen side (synsattest), og denne fylles normalt ut av søkers fastlege som en del av helseundersøkelsen, jf. § 5. Eventuelle relevante spesialisterklæringer som omhandler synsfunksjonen, omtales i eget punkt om tilleggsopplysninger i ny helseattest.

Der søker har hatt dobbeltsyn, eller betydelig reduksjon/tap av syn på ett øye, skal det gjennomføres en utvidet vurdering av synsfunksjoner, jf. § 9. Norges Optikerforbund har påpekt at optikere har kompetanse til å vurdere flertallet av disse søkerne. Helsedirektoratet har tatt optikerforbundets merknader på dette punktet til etterretning. For å utnytte kompetansen og kapasiteten hos optikerne, antar Helsedirektoratet at det vil være heldig at også optikere kan attestere ved utvidet vurdering av synsfunksjoner. § 9 er endret i tråd med dette, og opprinnelig forslags § 13 tas ut.

Helsedirektoratet vurderer likevel at første gangs vurdering av progressiv øyesykdom samt planlegging av behandlingsforløp basert på antatt progresjon skal foretas av øyelege, dersom det er øyesykdom av betydning for kjøreevnen. § 12 er presisert slik at dette fremgår. Funn i øyet kan ha sammenheng med annen helsesvekkelse, og vurdering av sykdomsprognose og forslag til oppfølging derfor skal gjøres av øyelege i disse tilfellene. Oppfølgende kontroller for vurdering av helsekrav kan skje hos optiker eller egen lege etter øyelegens føringer.

Krav til andre synsfunksjoner - mørkeadaptasjon, blendingsfølsomhet og kontrastfølsomhet

Flere høringsinstanser påpeker mangel på entydige og gode målemetoder for funksjonene kontrastfølsomhet, mørkesyn og blendingsfølsomhet. Norges Optikerforbund og Oslo Universitetssykehus har vist til at det foreligger flere testmetoder som kan måle disse funksjonene. Disse metodene synes imidlertid lite kjent, og legeföreningen har foreslått at kravene flyttes til egenerklæringen inntil standardiserte målemetoder foreligger.

Etter EU-direktiv 2009/113/EF skal vurdering av kontrastfølsomhet, mørkesyn og blendingsfølsomhet inngå i synsvurderingen, dersom det er grunn til å tvile på at søkers syn er adekvat. EU-direktivet har ikke angitt standardiserte målinger av disse funksjonene, men det fremgår av direktivet at førerrett ikke kan gis for gruppe 2 dersom føreren har nedsatt kontrastfølsomhet. Kravene bygger på rapporten «New standards for the visual functions of drivers, utarbeidet av Eyesight Working Group.

I rapporten blir det spesielt fremhevet at kontrastfølsomhet ikke bør være svekket for førerkortgruppe 2, og at godt mørkesyn og høy blendingsfølsomhet er viktige funksjoner for trafiksikker kjøring. EU-direktivene førerkortgruppe 2 omfatter norsk førerkortgruppe 2 og 3.

Helsedirektoratet vurderer at det er uhensiktsmessig å innføre klare krav til kontrastfølsomhet, mørkesyn og blendingsfølsomhet før det foreligger standardiserte målemetoder som fastlegene har tilgang til. Kravene til mørkeadaptasjon (mørkesyn), blendingsfølsomhet og kontrastfølsomhet er derfor fjernet fra tabellen.

Vurdering av kontrastfølsomhet, mørkesyn og blendingsfølsomhet skal likevel gjøres der svekket synsstyrke eller synsfelt under normen gjør slik vurdering relevant, eller der søker selv angir problemer med disse funksjonene. Det innføres et generelt krav til disse funksjonene i ny § 13, som angir at helsekravene ikke er oppfylt dersom nedsatt kontrastfølsomhet, nedsatt mørkesyn eller økt blendingsfølsomhet medfører trafiksikkerhetsrisiko. Vurderingen skal gjøres av øyelege eller optiker, og undersøkelsen bør inneholde en særskilt vurdering av hver funksjon.

Som for øvrige helsekrav skal det stilles strengere krav til synsfunksjonene for førerkortgruppe 2 og 3. For at norske regler skal være i tråd med EU-direktivet, vil det etter ny § 13 kreves at kontrastfølsomheten ikke er nedsatt for førerkortgruppe 2 og 3.

Veileder

Norges Optikerforbund har bemerket at Donders metode er en grov metode for å angi ytterpunktene i synsfeltet. Helsedirektoratet anser at hos en ellers øyefrisk person vil Donders metode være tilstrekkelig. Denne metoden brukes også i de land vi sammenligner oss med. Ved innskrenkinger i synsfeltet både perifert og sentralt, vil godkjente metoder for perimetri etter fortrinnsvis Estermann-programmet være nødvendig for en mer eksakt kartlegging av eventuelt synsfeltutfall.

Utforming av bestemmelsene

Etter innspill fra flere høringsinstanser har Helsedirektoratet valgt å konkretisere observasjonstiden i bestemmelsen om dobbeltsyn i § 9 nummer 3 til tre måneder for gruppe 1. Det er en forutsetning for å få førerett i førerkortgruppe 1 at søker gjennomfører en kjørevurdering som anbefaler førerett. Ved dobbeltsyn vil helsekravene ikke være oppfylt for førerkortgruppe 2 og 3. Helsedirektoratet har videre etter innspill tatt bort begrepet «plutselig» i § 9 nr. 4 og 5, og erstattet «plutselig» med «nylig konstatert» i § 9 nr. 4 om «betydelig reduksjon av syn på ett øye. Der synsstyrken av ulike årsaker blir redusert på ett øye, kan dette utvikles både tidlig og sent i livet. Det kan skje både plutselig og gradvis. De fleste vil kompensere for slikt synstap uten at kjøreevnen blir svekket i en grad som har betydning for førerett i førerkortgruppe 1. Det sentrale er at slike synstap blir konstatert og vurdert med tanke på kjøreevne. Helsedirektoratet vil omtale innholdet i helsekravene nærmere i veileder. Kjørevurdering er i disse tilfellene et tilleggskrav for å få førerett og gjennomføres ved henvendelse direkte til trafikkstasjon etter at legen har gitt helseattest hvor det fremgår at søker omfattes av de aktuelle bestemmelsene i § 9 nr. 3, 4 eller 5.

Krav til optisk korreksjon for førerkortgruppe 2 og 3 er i EU-direktivet satt til maksimalt pluss åtte dioptrier ved bruk av briller, som påpekt i innspill fra enkelte høringsinstanser. Det er ikke tilsvarende grense for minus-glass ved bruk av briller eller når synskravet oppfylles ved andre tiltak. I høringsnotatet var ikke øvre grense for pluss-korreksjonen definert til bruk av briller. § 10 er endret i overensstemmelse med innspill fra høringsinstansene.

§ 11 gir hjemmel til å gi førerrett i helt spesielle tilfeller, selv om kravene til synsstyrke eller synsfelt ikke er oppfylt. Helsemyndighetene har valgt å presisere bestemmelsen i tråd med den engelske versjonen av EU-direktivet. Førerrett kan etter det gis i helt spesielle tilfeller, selv om kravene til synsstyrke *eller* synsfelt ikke er oppfylt.

Enkelte høringsinstanser har påpekt at § 11 er utformet slik at det ligner en dispensasjonsbestemmelse. Helsemyndighetene vil påpeke at § 11 ikke er en bestemmelse om dispensasjon, men et unntak fra det generelle krav til synsstyrke og synsfelt for førerkortgruppe 1. Terskelen for å få helseattest etter § 11 er høy, da det må foreligge et helt spesielt tilfelle. Det er videre et vilkår at det foreligger en uttalelse fra øyelege, og synsfunksjonen, herunder mørkesyn, blendingsfølsomhet eller kontrastfølsomhet må ikke være ytterligere svekket. Helseattest kan bare gis dersom disse vilkår er oppfylt, og kjørevurdering er gjennomført med resultat som anbefaler førerrett. Kjørevurdering innhentes ved henvendelse fra Fylkesmannen til regionvegkontoret. Resultatet oversendes legen og inngår i legens vurdering av om dette er helt spesielt tilfelle der det kan gis helseattest.

Helsemyndighetenes forslag til nye bestemmelser

§ 9. Helsekrav til synsfunksjon

Helsekravene til syn er oppfylt når søker om førerrett 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 oppfylt etter tre måneder dersom optiker eller øyelege attesterer at det er gjennomført tilfredsstillende kompensierende tiltak og det deretter er gjennomført kjørevurdering med bestått resultat.	Helsekrav ikke oppfylt.
4.	Nylig konstatert betydelig reduksjon av syn på ett øye	Helsekravet er oppfylt når optiker eller øyelege attesterer for	Helsekravet er oppfylt etter seks måneder dersom øyelege attesterer for tilfredsstillende

		<i>tilfredsstillende generell synsfunksjon.</i>	<i>generell synsfunksjon og det deretter er gjennomført kjørevurdering med bestått resultat.</i>
5.	<i>Tap av syn på ett øye</i>	<i>Helsekravet er oppfylt etter seks måneder dersom optiker eller øyelege attesterer for tilfredsstillende generell synsfunksjon og det deretter er gjennomført kjørevurdering med bestått resultat.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>

§ 10. Krav til optisk korreksjon

Maksimal tillatt korreksjon for førerkortgruppe 2 og 3 ved bruk av briller er pluss åtte dioptrier. Dersom optisk korreksjon (ved bruk av briller, kontaktlinser 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 krav til synsstyrke eller synsfelt

I helt spesielle tilfeller, og etter uttalelse fra øyelege, kan det gis førerrett i førerkortgruppe 1 selv om kravene til synsstyrke eller synsfelt ikke er oppfylt. Synsfunksjonen må ikke være ytterligere svekket på grunn av andre forhold. Kjørevurdering må være gjennomført etter anmodning fra Fylkesmannen, og førerrett må være anbefalt av regionvegkontoret.

§ 12. Vurdering ved progressiv øyesykdom

Progressiv øyesykdom av betydning for kjøreevne skal første gang vurderes av øyelege. Nødvendig oppfølging fastsettes av øyelege ut fra antatt progresjon av tilstanden.

§ 13. Annen vurdering av synsfunksjoner

Helsekravet er ikke oppfylt for førerkortgruppe 2 og 3 dersom kontrastfølsomheten er nedsatt.

Helsekravet er ikke oppfylt for noen klasse dersom nedsatt kontrastfølsomhet, nedsatt mørkesyn eller økt blendingsfølsomhet medfører trafikkikkerhetsrisiko.

Kapittel 5 – Hørsel

Bakgrunn

Dagens helsekrav til hørselsfunksjon fremgår av vedlegg 1 § 4 nr. 2:

«Talestemme må oppfattes på 4 meters avstand.»

Kravet gjelder for førerkortgruppe 3. Det fremgår av EU-direktiv 2006/126/EF, vedlegg III punkt 7, at førerkort kan utstedes eller fornyes til søkere i gruppe 2, etter uttalelse fra kompetent medisinsk personell. Ved undersøkelse av søkeren skal det tas hensyn til kompensasjonsmulighetene.

I Norge må alle søkere om førerkort i gruppe 2 og 3 fremlegge helseattest. Dette gjelder både ved første gangs utstedelse, og senere ved fornyelse av føreretten hvert femte år.

Svekket hørsel har liten sammenheng med økt risiko ved føring av motorvogn. Dagens kjøretøy har i økende grad sikkerhetsutstyr som gir visuelle signaler eller varsler på annen måte, og som setter krav til god førerlighet (f.eks. vibrasjonssans). Helsedirektoratet foreslo på denne bakgrunn å beholde dagens bestemmelse, med et tillegg om at det der det er nødvendig, kan brukes hørselshjelp.

Forslag til vedlegg 1 kapittel 5 – Hørsel

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

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag bemerker at kravene er uklare i forhold til kjørelærere og utrykning.

Fylkesmannen i Vestfold bemerker at dispensasjonsmuligheter ikke er omtalt.

Helsedirektoratets vurderinger

To høringsinstanser har påpekt at høringsnotatet ikke omtaler dispensasjonsmuligheter fra helsekrav til hørsel. Både trafikklærere og førere av utrykningskjøretøy må oppfylle helsekravene for førerkortgruppe 3. Helsedirektoratet vurderer at det er viktig å stille krav til hørsel i begge profesjonene for trafiksikker yrkesutøvelse.

Helsedirektoratet opprettholder § 14 som foreslått.

Helsedirektoratets forslag til ny bestemmelse

§ 14 Helsekrav til hørsel

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

Kapittel 6 – Kognitiv svikt

Bakgrunn

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.»

EU har i direktiv 2006/126/EF 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, enten sykdommen er medfødt eller ervervet ved sykdom, traume 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. Førerrett kan likevel gis, dersom søknaden støttes av en legeerklæring, og dersom det gjennomføres regelmessige legekontroller ved behov.

I høringsnotatet foreslo Helsedirektoratet å regulere helsekrav ved kognitiv svikt i egen generell bestemmelse i § 15. Helsedirektoratet vurderte at sykdomskategorien ikke egnet seg for regulering i tabell, fordi kognitiv svikt som regel er sammensatt med varierende svikt i ulike kognitive delfunksjoner.

Forslag sendt på høring

§ 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.

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Nordland skriver at kognitive funksjoner må inngå i alle legeundersøkelser. Over f.eks. 75 år bør det gjøres MMS og klokke test. Klinisk skjønn på om tester skal gjennomføres svikter ofte.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus. Her må det utarbeides en grundig veileder.

Fylkesmannen i Troms kommenterer at veileder må gi klare føringer for hvilke tester som skal gjøres og hvordan de skal brukes.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har registrert at Statens Vegvesen og politiet i mange saker med påfallende kjøreatferd har avdekket førere med kognitiv svikt og generell nedsatt allmenntilstand. Fylkesmannen spør om det kan være for lenge å utstede helseattest i ett år. Det er viktig at fastlegene får samtykke til å innhente komparentopplysninger i slike saker. Det er grunn til å anta at

det her er store mørketall av ikke avdekket helsesvikt. Det bør derfor stilles minstekrav til fastlegenes undersøkelse i disse sakene, regulert i forskrift.

Fylkesmannen i Hedmark finner at paragrafen har en rund formulering i forhold til andre. Dette forutsetter en oversiktlig og lett tilgjengelig veileder.

Fylkesmannen i Buskerud har sett at enkelte allmennleger har vansker med å vurdere om en gitt tilstand «*kan føre til økt trafikksikkerhetsrisiko*». Dette gir behov for betydelig veiledningsarbeid og utarbeidelse av eksakte bedømmelseskriterier.

Fylkesmannen i Vestfold finner det positivt at dette omhandles spesielt i forskriften. Veileder må ytterligere konkretisere hvilke tester som skal gjennomføres og bruk av praktisk kjøreprøve.

Stavanger kommune ser ikke sammenheng mellom § 15 og § 17 nr. 9 om demens. § 15 har her en langt bedre løsning.

Pensjonistforbundet er opptatt av hvordan legene vurderer egnethet. Her bør det være like regler. Frustrerte medlemmer rapporterer forteller f.eks. om testing der 7-gangen skal gjengis baklengs.

Jeanice Bull-Hansen, Fredrikstad kommune viser til at i våre naboland gjør ergoterapeutene kjørekortvurderinger rundt kognisjon og kjøreatferd. Ergoterapeutene har spesiell kompetanse på kognitive utredninger og aktivitetsanalyse. P-drive er et arbeidsverktøy som analyserer den faktiske atferd bak rattet. Synsing og påvirkning av tidligere relasjoner til pasienten er fraværende. Det vises til søkere om førerrett som har tatt utallige kjøretimer mens en ergoterapeut ville ha frarådet treningen p.g.a. omfanget av redusert kognisjon som gjør innlæring av bedre kjøreferdigheter umulig. En ergoterapeut vil også kunne gi oppfølging om det er grunnlag for å beholde et førerkort.

Den norske legeforening mener at man i stedet for å gi en liste over symptomer burde bruke en generell formulering om at helsekrav ikke er oppfylt når den kognitive svikten er så uttalt at den kan føre til økt risiko i trafikken. Kognitiv svikt med nedsatt evne til å forstå eller handle i ulike trafikkmønstre er vanskelig å vurdere ved samtale og undersøkelse på et legekontor. Der fastlegen er i tvil om førerkortsøkers kognitive funksjon, er det mer formålstjenlig å henvise til praktisk kjøreprøve. Tilgang på nevropsykologiske tjenester er svært begrenset.

Nevroforum, UNN-Harstad sykehus framhever at for kapittel 6 - kognitiv svikt og kapittel 7 – nevrologiske sykdommer er det mange spesialiteter som har et godt faglig fundament for vurdering av ulike tilstander. De ber derfor om at begrepet «relevant spesialist» også blir brukt i disse kapitlene.

Norsk Ergoterapeutforbund viser til at de fleste undersøkelser og tester ved vurdering om helsekrav er innfridd, blir gjennomført ved skrivebordet eller «off-road». I mange andre land har ergoterapeuter en sentral rolle i førerkortvurderinger spesielt med tanke på praktisk kjørevurdering. I de svenske forskriftene er ergoterapeut likestilt med nevropsykolog som støtte til legens endelige bedømming. P-Drive (Performance analysis of driving ability) er en praktisk kjørevurdering der 27 kjørehandlinger blir vurdert i bil med dobbelt pedalsett. Ergoterapeuten sitter da bak og gjør sine observasjoner. Testen er spesielt egnet for de med dårlige og middels prestasjoner. Ergoterapeuter og trafikklærere har i dette en komplementerende kompetanse. Norsk Ergoterapeutforbund utarbeidet i 2014: «Ergoterapeuter og førerkortvurdering» som presentasjon av innholdet i P-Drive.

Oslo Universitetssykehus, Geriatrisk avdeling vurderer at helsekravene i § 15 er for spesifikke. Viktige forhold som rom-retningssans og visuokonstruktive symptomer mangler i oppregningen. Det foreslås at helsekravene ikke skal være oppfylt når den kognitive svikten er så uttalt at den kan føre til en trafiksikkerhetsrisiko. *Avdeling psykisk helsevern* viser til at det vil være svært nyttig at ny veileder inneholder klare føringer for anbefalte undersøkelser og vurderinger ved ulike sykdomstilstander med kognitiv svikt. Praktisk kjørevurdering vil ofte være avklarende. *Seksjon for ergoterapi* viser til den kunnskapsbaserte «*Ergoterapeuter og førerkortvurdering*» som også tar for seg oppfølging over tid av denne pasientgruppen.

Norsk psykologforening finner at forslaget til nytt helsekrav bør inkludere evnen til å kontrollere impulser. I starten av kapitlet om kognitiv svikt bør det inkluderes et punkt om sykdomsinnsikt. Sykdomsinnsikt er sentralt for at pasienten kan ta i bruk kompensierende strategier under bilkjøring. Det anbefales å bruke betegnelsen psykolog for bistand til vurdering av helsekrav og ikke snevre det inn til gruppen nevropsykologer.

Helsedirektoratets vurderinger

Helsekrav ved kognitiv svikt

Flere høringsinstanser har gitt uttrykk for at helsekravene slik de ble foreslått, er for spesifikke. Det opprinnelige forslaget inneholdt en oppregning av de mest hyppige former for funksjonssvikt ved kognitiv svikt. Etter en gjennomgang av høringssvarene ser Helsedirektoratet at det vil være hensiktsmessig å gi bestemmelsen om helsekrav ved kognitiv svikt en generell utforming uten slik oppregning. Bestemmelsen vil tilsvare de generelle og innledende bestemmelser i andre kapitler.

Helsedirektoratet vurderer at en oppregning av ulike former for funksjonssvikt kan medføre at bestemmelsen ikke omfatter all tenkelig funksjonssvikt ved kognitiv svikt, og at utforming av en generell bestemmelse vil forhindre dette. En generell utforming av bestemmelsen om kognitiv svikt vil dekke de krav som fremgår av EU-direktivet.

Norsk psykologforening har foreslått at helsekravet bør omfatte sykdomsinnsikt, samt inkludere evnen til å kontrollere impulser. Helsedirektoratet deler psykologforeningens vurdering av at sykdomsinnsikt og impuls kontroll er viktige forutsetninger for trafiksikker kjøring ved begynnende kognitiv svikt, og vil omtale dette i veileder.

I høringsrunden er det påpekt at det kan være vanskelig for legen å vurdere om en gitt tilstand kan føre til økt trafiksikkerhetsrisiko. Helsedirektoratet ser dette, og vurderer at ordlyden «kan føre til» innebærer at mange førere som ikke nødvendigvis har en trafikkfarlig kognitiv svikt omfattes av bestemmelsen. Helsedirektoratet har av den grunn tatt ut orden «kan», og med dette presisert at vurderingstema etter § 15 er hvorvidt personen har en svekkelse av kognitiv funksjon som *medfører* trafiksikkerhetsrisiko. Helsedirektoratet har ikke ment å oppstille et krav til kvalifisering av trafiksikkerhetsrisikoen ved kognitiv svikt. Helsedirektoratet har valgt å presisere bestemmelsen for å fremheve denne betydningen av kravet, ved å ta ut ordet «økt».

Det er påpekt at demens synes å være regulert både av § 15 og § 17 nr. 9. Helsedirektoratet ser dette, og har valgt å fjerne demens fra tabellen i § 17. Vurdering av om helsekravet er oppfylt ved demenssykdom skal derfor skje etter § 15.

Kjørevurdering

Legeforeningen har påpekt at det vil være formålstjenlig med en kjørevurdering ved trafikkstasjonen der legen er i tvil om pasientens kognitive funksjon. Helsedirektoratet deler denne oppfatningen. Kjørevurdering kan være et godt virkemiddel i kartlegging av funksjon vurdert opp mot trafiksikkerhetsrisiko, der det etter medisinsk utredning stadig er tvil om helsekrav for førerrett er oppfylt. Det er i dag Fylkesmannen som kan be om at kjørevurdering bør gjøres. Denne ordningen videreføres med unntak av kjørevurdering etter § 9 nr. 3, 4 og 5 (synstabellen) og der regionvegkontoret ser behov for en kjørevurdering når søker om førerrett har en stabil førlighetssvekkelse. Veileder vil si mer om rekvirering og bruk av kjørevurdering ved trafikkstasjonen.

Bruk av ergoterapeut

Norsk Ergoterapeutforbund, Oslo Universitetssykehus og Fredrikstad kommune har vist til Norsk Ergoterapeutforbunds veileder *Ergoterapeuter og førerkortvurdering* basert på kunnskapsbaserte retningslinjer for vurdering av egnethet for bilkjøring. Bruk av ergoterapeut kan være en del av den medisinske utredningen av pasienten. Programmet er i hovedsak basert på *P-drive (Performance Analysis of Driving Ability)*. Disse retningslinjene innebærer et standardisert program for vurdering av egnethet både før og under praktisk kjøring. Helsedirektoratet vurderer at ergoterapeuter med kompetanse i P-drive har gode forutsetninger for å vurdere om en førerkortsøker har god nok motorisk, sansemotorisk og kognitiv funksjon til å kjøre trafiksikkert. Ergoterapeutenes vurdering kan gi viktige bidrag til attestutstedende leges konklusjon om helsekrav er oppfylt. Veileder vil si noe mer om dette alternativet. Bruk av ergoterapeut for å vurdere kjøreevne kan ikke erstatte kjørevurdering med spesielt utdannet sensor ved trafikkstasjonen, men er for å gi den som skal utstede helseattesten nødvendige faktaopplysninger til vurderingen attestutsteder skal gjøre.

Veileder til kapittel 6 – kognitiv svikt

Flere høringsinstanser har påpekt at det er viktig at det utarbeides en grundig veileder for dette kapittelet. Helsedirektoratet er enig i det. Ny veileder vil gi en beskrivelse av ulike symptomer på og former for kognitiv svikt, samt gi anbefalinger om undersøkelse, vurdering og oppfølging av tilstanden, herunder innhenting av komparentopplysninger.

Annen sykdom forekommer hyppig hos pasienter med kognitiv svikt. Ved annen sykdom må legen gjøre en totalvurdering av om helsekrav til førerrett er oppfylt, i tråd med bestemmelsene i kapittel 18. Veileder vil omtale dette.

Enkelte høringsinstanser har påpekt at det er flere spesialiteter som har forutsetninger for å vurdere om det foreligger kognitiv svikt. Spesialistvurdering er ofte løsningen når fastlegen er i tvil. Veileder vil omtale hvilke spesialiteter som er å anse som relevante der det er behov for ytterligere utredning.

Helsedirektoratets forslag til ny bestemmelse

§ 15. Helsekrav ved kognitiv svikt

Helsekrav er ikke oppfylt når svekkelse av kognitiv funksjon medfører trafiksikkerhetsrisiko.

Kapittel 7 – Nevrologiske sykdommer

Bakgrunn

Dagens krav til helse og førerlighet er regulert for førerkortgruppe 1 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:

«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 ekstrautstyr på kjøretøyet.»*

For gruppe 2 og 3 gjelder i tillegg § 3 nr. 7 i Vedlegg 1:

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

EU-direktiv 2014/85/EU av 1. juli 2014 er et endringsdirektiv til tredje førerkortdirektiv. Direktivet viderefører tidligere bestemmelse om helsekrav ved nevrologisk sykdom, og innebærer at søkere som lider av en alvorlig nevrologisk sykdom ikke kan få utstedt eller fornyet førerrett, med mindre søknaden understøttes av en legeerklæring. Nevrologiske forstyrrelser som skyldes sykdom eller operative inngrep, og som påvirker det sentrale eller perifere nervesystem, og som fører til sensorisk eller motorisk svikt og påvirker balanse og koordinasjon, skal vurderes ut fra sin funksjonelle betydning og risiko for progresjon. Ved risiko for progresjon kan det likevel gis førerrett, forutsatt at det foretas en jevnlig vurdering av tilstanden.

Helsedirektoratet har valgt å regulere nevrologiske sykdommer i eget kapittel, hvor forskriften inndeles etter organspesifikke tilstander og diagnoser. På samme måte som tidligere inndeling i veileder IS -2070 vil hjerneslag fortsatt bli regulert i kapitlet om nevrologiske sykdommer. Vi er da på linje med måten inndelingen er gjort i Danmark og Storbritannia.

I høringsnotatet er det foreslått en innledende generell bestemmelse, samt spesielle bestemmelser i tabell ved noen nevrologiske sykdommer. Helsekravene er utformet på bakgrunn av de føringer som EU-direktivet legger for denne sykdomskategorien.

Forslag sendt på høring

§ 16. Helsekrav ved nevrologiske sykdommer

Helsekrav er ikke oppfylt når nevrologisk 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 trafikk sikkerhetsrisiko.

§ 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
	Neurologisk sykdom	Fører kortgruppe 1	Fører kortgruppe 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	Helsekrav oppfylt etter 6 måneder. Helseattest kan deretter gis for inntil to år av gangen i fire	Helsekrav oppfylt etter to år etter vurdering av relevant spesialist. Helseattest kan deretter gis for inntil et år av gangen i fire

	<i>c) risikofaktorer kartlagt og tilfredsstillende behandlet</i>	<i>år, før den kan gis med vanlig varighet.</i>	<i>år før den kan gis med vanlig varighet.</i>
7.	<i>Multipel sklerose</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom det etter medisinsk vurdering er tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne. Helseattest kan gis for ett år av gangen eller lenger, dersom nevrolog anbefaler det.</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom det etter medisinsk vurdering er tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne. Helseattest kan gis for inntil ett år. Krav om årlig vurdering av nevrolog.</i>
8.	<i>Motornevronsykdom/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</i>	<i>Helsekrav oppfylt tidligst etter ett år med</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre år med tilfredsstillende syn,</i>

	<i>hematom, skade av dura eller kontusjon av hjernevev</i>	<i>tilfredsstillende syn, førlighet og kognitiv funksjon vurdert av relevant spesialist. Ved kramper gjelder helsekrav som ved epilepsi.</i>	<i>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 – tilfeldig påvist</i>	<i>Helsekrav oppfylt</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</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>

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Nordland ønsker at det i tabellen tas inn et eget punkt om *Myastenia gravis*. Det bør legges mer vekt på risiko for nye hendelser enn det går fram av teksten. Det kan også være aktuelt å

stille krav om sekundærforebyggende behandling. Ved alle svulst-sykdommer vil det ofte være risiko for residiv. Det bør da settes tidsbegrenset førerrett. Ved flere av tilstandene er det flere relevante spesialister enn nevrologer.

Fylkesmannen i Rogaland bemerker at demens kan vurderes av flere «relevante spesialister». Kompetente fastleger sammen med en kjørevurdering bør kunne avklare om pasienten kan kjøre eller ikke. «Demens med tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne» er ingen god formulering.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus anbefaler å slå sammen bestemmelsene i nummer 1, 2 og 5 i tabellen for § 17. Det er gjentakelsesrisikoen vurdert av nevrolog som er avgjørende for om helsekrav er oppfylt. Også etter enkeltstående TIA er det gjentakelsesrisiko som gjør at hele gruppen bør ha 3 måneder observasjonstid.

Bestemmelsen i nummer 8, motornevronsykdom, er en heterogen gruppe med store individuelle variasjoner innen hver diagnose. Parkinsonisme er vanskelig å skille fra Parkinsons sykdom. Det anbefales derfor å samle dette i nummer 8. For nummer 8 må det foreligge erklæring fra nevrolog. For hele gruppen foreslås «*Helseattest kan gis for ett år eller lenger dersom nevrolog anbefaler det*», identisk med vilkårene for multippel sklerose i nummer 7.

Bestemmelsen i nummer 12, transitorisk global amnesi (TGA), må avklares mot epileptiske anfall. TGA innebærer gjentakelsesfare og risiko for andre vaskulære hendelser. Fylkesmannen anbefaler «*Helsekrav oppfylt etter tre måneder etter utredning og vurdering av nevrolog*».

Fylkesmannen i Troms kommenterer:

Nummer 4: Skal ikke dette gjelde hjerneslag med remisjon innen 1 uke som i 1,3 og 5?

Nummer 7: Det må gå klart fram at det er nevrolog som skal gjøre den medisinske vurderingen.

Nummer 8: Det må presiseres at medisinsk vurdering og evt. anbefaling skal gis av nevrolog.

Nummer 9: Andre relevante spesialister i geriatri og alderspsykiatri må tas med.

Nummer 10: Traumatisk hjerneskade. Er det gjort vurdering av at kramper helt i akutfasen skal vurderes på samme måte som senere i forløpet?

Fylkesmannen i Aust-Agder spør om forslaget til nye helsekrav i nummer 1 - 6 i tabellen betyr at alle med TIA og hjerneslag skal meldes Fylkesmannen.

Mange personer med MS (punkt 7) fyller helsekravene og har førerkort med vanlig varighet. Den dagen deres tilstand tilsier at de ikke bør kjøre bil lenger, meldes dette fra om til Fylkesmannen.

Fylkesmannen i Buskerud finner § 17 i hovedsak god. Helsekrav for høyere klasser ved demens er ikke angitt. Der ser en det ikke hensiktsmessig å skille parkinsonisme og Parkinsons sykdom.

Fylkesmannen i Vestfold anfører at ved TGA bør det gis midlertidig kjøreforbud.

Lenvik kommune v/ ass. Kommuneoverlege foreslår at ved demens, nummer 9, bør teksten endres fra nevrolog til relevant spesialist.

Pensjonistforbundet skriver at også alderspsykiatere og geriater må kunne vurdere kjøreevne ved demens.

Legeforeningen forutsetter at helseattesten utformes på en slik måte at man har beslutningsstøtte underveis i utformingen, jfr. de detaljerte bestemmelsene for kjørekarens og varighet av helseattest ved ulike nevrologiske sykdommene.

Legeforeningen mener det ikke er hensiktsmessig å sende alle personer med lett grad av demens til nevrolog med spesialkompetanse. Det er flere spesialiteter som kan vurdere om helsekrav er oppfylt eller ikke. Demens kan også vurderes fjernet ettersom det er dekket i § 15.

Nevroforum, UNN-Harstad kommenterer at det for nevrologiske sykdommer er en stor gruppe sykdommer og symptomområder som blant annet faller inn under fagområdene geriatri, indremedisin, nevrologi og nevropsykologi. Formuleringen «*relevant spesialist*» er et godt og dekkende uttrykk som også er riktig å bruke i §§ 15-17.

Oslo Universitetssykehus finner tabellen i § 17 oversiktlig, men med noen uklarheter. Ved demens bør foruten nevrologer med spesiell kompetanse, både allmennleger, geriater og alderspsykiatere kunne foreta denne vurderingen. Uttrykket «*relevant spesialist*» i § 17 nummer 17, 18, 19 og 20 bør presiseres nærmere i ny veileder.

Personskadeforbundet LTN noterer seg at traumatisk hjerneskade med intrakranielt hematoma er nevnt mens f.eks. anoksisk hjerneskade ikke er nevnt. Denne type skader diagnostiseres i mange tilfeller flere år etter utløsende skadehendelse. I perioden fra skade til tidspunkt for diagnostisering har mange med denne type skader vist at de er sikre førere i trafikken.

Norsk psykologforening foreslår at betegnelsen «apopleksi» tas ut, bruk kun «hjerneslag».

Det anbefales et eget punkt om *sykdomsinnsikt* som bør være til stede for at helsekrav er oppfylt ved alle nevrologiske tilstander

Når det gjelder kognitiv egnethet for bilkjøring ved demens, anser Psykologforeningen at psykolog og spesialist i klinisk nevropsykologi er en like naturlig gruppe som nevrologer for vurdering av sykdomsinnsikt og mulig trafikkarfarlig kognitiv funksjon. Psykologforeningen viser også til føringer fra Helsedirektoratet at «ukompliserte demenstilstander» utredes i kommunehelsetjenesten.

Etter traumatisk hjerneskade, nummer 13, er det svært strengt at helsekrav er først oppfylt etter ett år. Samme grense som etter hjerneslag anbefales under forutsetning av at helsekrav ellers er oppfylt.

Hva er en «*tverrfaglig spesialistvurdering*» ved cerebral parese, nummer 22? Hvorfor med tidsbegrensning når hjerneslag etter hvert gis helseattest med vanlig varighet?

Norges Parkinsonforbund gir innledningsvis en generell oversikt over parkinsonisme, parkinson pluss og Parkinsons sykdom. *Parkinsonforbundet foreslår at man finner en måte å samle reglene rundt Parkinsons sykdom og parkinson pluss i ett felles punkt.*

Parkinsonforbundet mener varighet på to år på helseattesten er for kort tid ved nydiagnostisert Parkinsons sykdom. Ved parkinson pluss kan utviklingen gå noe raskere. Det er viktig å være

oppmerksom på kognitiv svikt tidligere. Norges parkinsonforbund foreslår at helseattest for førerkortgruppe 1 kan gis for to år av gangen eller lenger dersom nevrologen anbefaler det. Videre:

Norges parkinsonforbund foreslår at helseattest for førerkortgruppe 2 kan gis for et år av gangen dersom det etter medisinsk vurdering er funnet tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne.

Vestoppland politidistrikt anbefaler at det i rubrikk C for § 17 punkt 9 skrives «Helsekrav ikke oppfylt» i stedet for tom rubrikk.

Statens vegvesen, Region vest viser til at praktisk kjørevurdering kan være avgjørende for noen av førerkortgruppene for enkelte sykdommer. Dette kommer noe uklart fram i forskriften. Det bør derfor være en henvising til kapittel 16, § 40 om dette i veilederen til legene.

Nasjonal kompetansetjeneste for vestibulære sykdommer har på Helsedirektoratets anmodning vurdert helsekrav der svekkelser av likevekstsansens har betydning for kjøreevnen. De har gjort en gjennomgang av trafiksikkerhetsrisiko ved svimmelhet generelt og for de vestibulære sykdommer spesielt. Det er ingen internasjonal standard for vurdering av trafiksikkerhetsrisiko ved svimmelhet. Det er ikke påvist en generelt forhøyet trafiksikkerhetsrisiko for pasienter med vestibulære sykdommer. Reglene for syv land er gjennomgått og kommentert. EU har ingen direktiver for disse sykdommene.

De foreslår at kapittel 5 endres til *Hørsel og likevektssans* med undertitlene *Benign paroksysmal posisjonsvertigo, Vestibularisnevritt og Menières sykdom*.

Helsedirektoratets vurderinger

Generelt

Nevrologisk sykdom er en mangeartet sykdomskategori, der de individuelle forløp kan være ganske forskjellige. Regulering av helsekravene i tabellform er utfordrende, særlig med tanke på å gi bestemmelsene en entydig utforming. Svært mange av tilstandene skal ikke meldes Fylkesmannen fordi tilstanden har forventet kortere innvirkning på kjøreevne enn seks måneder. Dette gjelder blant annet ved de fleste tilfeller av TIA og hjerneslag.

Ved nevrologisk sykdom kan pasienten ha svekket eller manglende innsikt i sykdommens innvirkning på kjøreevnen. Det er viktig at temaet tas opp i dialog mellom lege og pasient, og veileder vil omtale vurdering av sykdomsinnsikt og betydning for kjøreevnen.

Helsedirektoratet ser for øvrig at høringsinstansene har flere innspill til tema som skal omtales i veileder.

Krav til spesialistvurdering

Flere høringsinstanser har påpekt at enkelte av tilstandene som er regulert i § 17, kan vurderes av andre spesialister enn nevrologer. Helsedirektoratet er enig i dette, og har valgt å endre tabellen i § 17. I noen bestemmelser der det tidligere var krav om vurdering av nevrolog, stilles det nå krav om vurdering fra relevant spesialist. Etter innspill har Helsedirektoratet valgt å presisere bestemmelsen om multippel sklerose, slik at det klart fremgår at det stilles krav om spesialistvurdering fra nevrolog. Helsedirektoratet har også valgt å presisere at det kreves vurdering av nevrolog ved degenerative nevrologiske sykdommer og nevrologiske sykdommer.

Sykdommer i likevektsapparatet (vestibulære sykdommer), er regulert i § 17 nr. 18 og 19 i kapittel 7 om neurologiske sykdommer. Helsedirektoratet har mottatt innspill om at Morbus Menière følges opp av spesialister i øre-nese-halssykdommer. Helsedirektoratet har derfor endret krav til spesialistvurdering for gruppe 2 og 3 fra «relevant spesialist» til spesialist i øre-nese-halssykdommer.

Krav til observasjonstid

Helsedirektoratet har sett at kravet til observasjonstid for førerkortgruppe 2 og 3 i høringsforslaget kan være for strengt ved enkelte former for neurologiske sykdommer. Helsedirektoratet har sammenlignet vårt forslag til nye observasjonstider med retningslinjer gitt i andre land, og kommet til at kravet til minimum observasjonstid foreslått i det opprinnelige forslaget bør justeres for noen sykdomsformer. Ved enkeltstående TIA med remisjon innen 24 timer eller hjerneslag med remisjon innen en uke, ny § 17 nr. 1 kolonne C, er kravet til observasjonstid redusert fra seks til tre måneder for gruppe 2 og 3.

Helsedirektoratet har videre senket kravet til observasjonstid ved førerrett til gruppe 2 og 3 fra tolv til seks måneder for TIA eller hjerneslag med remisjon innen en uke og atrieflimmer uten synkoper, ny § 17 nr. 2 kolonne C, og tilsvarende ved flere TIA eller ett tilfelle av hjerneslag med remisjon innen en uke og god rehabilitering, ny § 17 nr. 4 kolonne C. Helsedirektoratet har også senket observasjonstiden fra to år til ett år for hjerneslag med remisjonstid lengre enn en uke, der det er tilfredsstillende syn, førlighet og kognitiv funksjon, og der risikofaktorer er kartlagt og tilfredsstillende behandlet, ny § 17 nr. 5 kolonne C.

Utforming og endring av bestemmelsene i kapittel 7

Helsedirektoratet har valgt å fjerne uttrykket «for eksempel» fra § 16, da oppregningen av funksjoner kan anses som fullstendig.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus har foreslått å slå sammen punktene i nr. 1, 2 og 5 i § 17 til en bestemmelse. Helsedirektoratet har tatt innspillet delvis til følge, ved å fjerne forslaget nr. 5 om hjerneslag med remisjon innen en uke med tilleggsvilkår, fra tabellen. Helsedirektoratet vurderer at helsekravet dekkes av teksten i ny § 17 nr. 4, dersom beskrivelsen endres fra «flere TIA og hjerneslag med remisjonstid innen en uke» til «flere TIA *eller* et hjerneslag med remisjonstid innen en uke». Helsedirektoratet har videre presisert de øvrige bestemmelser som både omhandler TIA og hjerneslag ved å erstatte «og» med «*eller*», slik at det fremgår at bestemmelsen gjelder begge tilstander, uavhengig av hvilken tilstand som foreligger.

Enkelte høringsinstanser har påpekt at det kan være vanskelig å vurdere helsekravet, når tilstanden skal vurderes opp mot en prosentvis angivelse av risiko. Dette er et nytt begrep ved vurdering av om helsekrav er oppfylt, og Helsedirektoratet hadde i høringsnotatet foreslått slik formulering av helsekravet i § 17 nr. 4. Etter ny vurdering har Helsedirektoratet valgt å omskrive den prosentvise angivelsen av risiko. Helsedirektoratet har også presisert at det ikke er risikoen for nye anfall som skal vurderes, men risikoen for nytt anfall. Det har ikke vært intendert at det skal gjøres en vurdering av risikoen for flere nye anfall. Ordlyden endres derfor til nytt anfall, i likhet med tilsvarende bestemmelse i kapittel 8 og 9. Passusen «*mindre enn 20 % årlig risiko for nye anfall*» endres til «*lav årlig risiko for nytt anfall*», og «*mindre enn 2 % årlig risiko for nye anfall*» omskrives til «*svært lav årlig risiko for nytt anfall*». Det er imidlertid ikke ment å gi noen materiell endring av helsekravet angitt i høringsforslaget. Innholdet i helsekravet vil bli nærmere omtalt i veileder.

Sykdomsutvikling ved multipel sklerose, degenerative neurologiske sykdommer og andre nevrologiske sykdommer varierer fra individ til individ. Helsekrav for sykdommer med sannsynlig sen progresjon omfatter blant annet ulike former for parkinsonisme, Parkinsons sykdom og Parkinson pluss, Myasthenia gravis og en rekke degenerative sykdommer med varierende og dels langvarig forløp. Nye behandlingsformer gjør at pasientene har mildere og mer langtrukne forløp. Spesielle behandlingstiltak kan gjøre at pasienten for en kortere eller lengre periode har tilnærmet normalisert funksjon. Episoder med forverring av helsevekkelsene kan i større grad møtes med spesifikke tiltak. Helsedirektoratet har på denne bakgrunn senket kravet til hyppigheten av spesialistvurdering ved vurdering av helsekrav for gruppe 2 og 3 der det foreligger multipel sklerose, fra årlig til hvert femte år. Løpende oppfølging av pasienten, med årlig vurdering av om helsekravene er oppfylt, gjøres av fastlegen.

Flere høringsinstanser har påpekt at det er hensiktsmessig å samle Parkinsons sykdom, Parkinson pluss og parkinsonisme. Helsedirektoratet har på denne bakgrunn valgt å omarbeide § 17 nr. 8 og 10. Det gis separate bestemmelser for sykdom med sannsynlig sen progresjon i ny § 17 nr. 7, og sykdom med mulig rask progresjon i ny § 17 nr. 8. I de fleste tilfeller vil de første vurderinger når sykdommen bryter ut, skje hos nevrolog, og det er krav om at det foreligger vurdering av nevrolog før helseattest kan gis. Helsedirektoratet ser at helsekravet kan være oppfylt også for gruppe 2 og 3 for sykdommer med sannsynlig sen progresjon med det bedrede behandlingstilbudet som nå foreligger. Dette fordrer imidlertid at det gjøres årlige vurderinger av om helsekravet er oppfylt. Ved sykdom med rask progresjon, med amyotrofisk lateralsklerose som den vanligste, vil oppfølgingen fra nevrolog være lettere. Helsedirektoratet har valgt å presisere at det må foreligge spesialistvurdering fra nevrolog før helseattest kan gis. Helsekravene vil kun være oppfylt for gruppe 1 ved disse sykdommene, og helseattest kan gis med anbefaling av førerrett for inntil ett års varighet.

§ 17 nr. 9 om demens er tatt ut av tabellen. Vurdering av helsekrav ved demens skal skje etter bestemmelsen i kapittel 6 om kognitiv svikt. Denne endringen er i tråd med Legeforeningens uttalelse.

Transitorisk global amnesi, regulert i ny § 17 nr. 10, har ingen affeksjon av psykomotoriske ferdigheter. Der diagnosen bekreftes, er helsekrav oppfylt uten krav til observasjonstid for førerkortgruppe 1. For førerkortgruppe 2 og 3 er helsekravene oppfylt etter tre måneder uten nye episoder. Veileder vil si noe om spesialistvurdering i disse sakene.

§ 17 nr. 11 om traumatisk hjerneskade dekker et relativt vidt spekter av mulige svekkelser av neurologiske funksjoner alt etter hvilke deler av sentralnervesystemet som er skadet. Personskadeforbundet LTN savner anoksisk hjerneskade i denne gruppen. Helsedirektoratet vil komme tilbake til dette i veileder.

Norsk psykologforening finner det svært strengt at helsekravet etter § 17 nr. 11 først er oppfylt ett år etter skaden. Helsedirektoratet har vurdert vår bestemmelse opp mot tilsvarende bestemmelser i andre land. Veiledning til vurdering av helsekrav ved slike skader er bare funnet i den engelske veilederen, der det kreves 6- 12 måneder observasjonstid etter slik skade før førerrett kan gis for gruppe 1. På bakgrunn av dette anser Helsedirektoratet det riktig å redusere observasjonstiden til seks måneder for førerkortgruppe 1, da under forutsetning av at førerrett uansett ikke kan gis før relevant spesialist har vurdert at det er tilfredsstillende syn, førlighet og kognitiv funksjon. Da krampeanfallet kan forekomme etter slike skader, må det kreves lengre observasjonstid for

fører kortgruppe 2 og 3. Helsedirektoratet anser det likevel forsvarlig å lempe på observasjonstiden fra forslaget som ble sendt på høring, mot at det stilles krav om at relevant spesialist vurderer at det er svært lav risiko for krampeanfall. Nytt krav til observasjonstid settes til ett år.

Helsedirektoratet har vurdert om regulering av Menières sykdom og vestibularisnevritt skal reguleres i kapittel 5, som foreslått av nasjonal kompetansetjeneste for vestibulære sykdommer.

Helsedirektoratet ser at sykdommer med balanseforstyrrelse som dominerende symptom har nær sammenheng med sykdomskategorien nevrologiske sykdommer, og har valgt å beholde bestemmelsene i kapittel 7. Dette er i tråd med den inndelingen som er gjort i Danmark.

Krav til anfallsfri periode for gruppe 2 og 3 ved Menières er etter innspill fra kompetansetjenesten senket fra tre til to år. Tumarkin-anfall som kommer uanmeldt, er uforenlig med kjøring. Veileder vil si mer om Morbus Menière med Tumarkin-anfall.

Personer som har vestibularisnevritt, fyller helsekravene når tilstanden vurderes som stabil og kompensert. Helsedirektoratet har valgt å omformulere helsekravet i nytt forslags § 17 nr. 19 for å gjøre innholdet lettere tilgjengelig.

Helsedirektoratet har fått innspill fra psykologforeningen, som ikke finner det logisk at helseattesten ved cerebral parese skal gis begrenset varighet, når helseattest etter hjerneslag etter hvert gis med vanlig varighet. Helsedirektoratet deler dette synspunktet. Funksjonssvikten som sykdommen medfører, endres ikke med tiden. Helsedirektoratet vurderer derfor at det er riktig at bestemmelsen om cerebral parese utformes slik at helseattest kan gis med vanlig varighet, når helsekravet er oppfylt.

Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser

§ 16 Helsekrav ved nevrologiske sykdommer

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

§ 17. Spesielle bestemmelser ved noen nevrologiske sykdommer

For nevrologisk 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 nevrologisk sykdom.

	A	B	C
	Nevrologisk sykdom	Fører kortgruppe 1	Fører kortgruppe 2 og 3
1.	<i>Enkeltstående TIA (transitorisk iskemisk attack) med remisjon innen 24 timer eller hjerneslag med remisjon innen en uke</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter en måned dersom det ikke er synsfeltutfall, kognitiv svikt, pareser eller følgetilstander som påvirker kjøreevnen.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre måneder dersom det ikke er synsfeltutfall, kognitiv svikt, pareser eller følgetilstander som påvirker kjøreevnen.</i>

		<i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil to år av gangen i fire år, før førerett kan gis med vanlig varighet.</i>	<i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil ett år av gangen i fire år, før førerett kan gis med vanlig varighet.</i>
2.	<i>TIA eller hjerneslag med a) remisjon innen en uke og b) atrieflimmer uten synkoper</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre måneder med stabil antikoagulasjon. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil to år av gangen i fire år, før førerett kan gis med vanlig varighet.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter seks måneder med stabil antikoagulasjon og etter vurdering av relevant spesialist. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil ett år av gangen i fire år, før førerett kan gis med vanlig varighet.</i>
3.	<i>TIA eller hjerneslag i sammenheng med carotisstenose over 70 % som ikke behandles</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter seks måneder der relevant spesialist vurderer lav årlig risiko for nytt anfall. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil ett år av gangen i fire år før førerett kan gis med vanlig varighet.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ett år der relevant spesialist vurderer svært lav årlig risiko for nytt anfall. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil ett år av gangen i fire år, før førerett kan gis med vanlig varighet.</i>
4.	<i>Flere TIA eller et hjerneslag med a) remisjon innen en uke og b) god rehabilitering</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre måneder. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil to år av gangen i fire år, før førerett kan gis med vanlig varighet.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter seks måneder etter vurdering av relevant spesialist. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil ett år av gangen i fire år, før førerett kan gis med vanlig varighet.</i>
5.	<i>Hjerneslag med a) remisjonstid lengre enn en uke b) tilfredsstillende syn, førlighet og kognitiv funksjon og c) risikofaktorer kartlagt og tilfredsstillende behandlet</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter seks måneder. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil to år av gangen i fire år, før førerett kan gis med vanlig varighet.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ett år etter vurdering av relevant spesialist. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil ett år av gangen i to år før førerett kan gis med vanlig varighet.</i>
6.	<i>Multipel sklerose</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom nevrolog vurderer at det er</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom nevrolog vurderer at det er</i>

		<p><i>tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne.</i></p> <p><i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen, eller lenger dersom nevrolog anbefaler det.</i></p>	<p><i>tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne.</i></p> <p><i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen i fem år.</i></p> <p><i>Krav om vurdering av nevrolog hvert femte år.</i></p>
7.	<i>Degenerative nevrologiske sykdommer med sannsynlig sen progresjon</i>	<p><i>Helsekrav oppfylt dersom nevrolog vurderer at det er tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne.</i></p> <p><i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil to år, før førerrett kan gis med inntil fem års varighet av gangen.</i></p>	<p><i>Helsekrav oppfylt dersom nevrolog vurderer at det er tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne.</i></p> <p><i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen.</i></p>
8.	<i>Degenerative nevrologiske sykdommer med mulig rask progresjon</i>	<p><i>Helsekrav oppfylt dersom nevrolog vurderer at det er tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne.</i></p> <p><i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen.</i></p>	<p><i>Helsekrav ikke oppfylt.</i></p>
9.	<i>Akutt meningitt og encefalitt</i>	<p><i>Helsekrav oppfylt ved full restitusjon inkludert kognitive funksjoner og dersom pasienten ikke har hatt kramper.</i></p> <p><i>Ved kramper i akutfase er helsekrav oppfylt etter seks måneder.</i></p> <p><i>Ved kramper etter akutfase gjelder helsekrav som ved epilepsi, jf. kapittel 8.</i></p>	<p><i>Helsekrav oppfylt ved full restitusjon inkludert kognitive funksjoner og dersom pasienten ikke har hatt kramper.</i></p> <p><i>Ved meningitt med kramper i akutfase er helsekrav oppfylt etter fem år uten antikonvulsiva.</i></p> <p><i>Ved encefalitt med kramper i akutfase er helsekrav oppfylt etter ti år uten antikonvulsiva.</i></p> <p><i>Ved kramper etter akutfase gjelder helsekrav som ved epilepsi, jf. kapittel 8.</i></p>

10.	<i>Transitorisk global amnesi (TGA)</i>	<i>Helsekrav oppfylt.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre måneders observasjonstid uten nye episoder.</i>
11.	<i>Traumatisk hjerneskade med intrakranielt hematom, skade av dura eller kontusjon av hjernevev</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter seks måneder dersom relevant spesialist vurderer at det er tilfredsstillende syn, førlighet og kognitiv funksjon.</i> <i>Ved kramper gjelder helsekrav som ved epilepsi.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ett år dersom relevant spesialist vurderer at det er tilfredsstillende syn, førlighet og kognitiv funksjon, og at det er svært lav risiko for krampeanfoll.</i> <i>Ved kramper gjelder helsekrav som ved epilepsi.</i>
12.	<i>Subduralt hematom</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved full restitusjon inkludert kognitive funksjoner.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ett år ved full restitusjon inkludert kognitive funksjoner.</i>
13.	<i>Intrakranielle aneurismer – tilfeldig påvist</i>	<i>Helsekrav oppfylt.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>
14.	<i>Intrakranielle aneurismer - opererte</i>	<i>Helsekrav oppfylt ved full restitusjon.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ett år etter vurdering av relevant spesialist.</i> <i>Førerrett kan deretter gis for inntil to år, før førerrett kan gis med vanlig varighet.</i>
15.	<i>Neoplasmer</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist.</i>
16.	<i>Intracerebral abscess, subduralt empyem</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter to år etter vurdering av relevant spesialist.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen i fem år, før førerrett kan gis med vanlig varighet.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ti år etter vurdering av relevant spesialist.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen i fem år, før førerrett kan gis med vanlig varighet.</i>
17.	<i>Ryggmargsbrokk</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tilrettelegging og vurdering ved relevant spesialist.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tilrettelegging og vurdering ved relevant spesialist.</i>

18.	Morbus Menière	Helsekrav oppfylt der anfallene kommer varslet. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil to år, før førerrett kan gis med vanlig varighet.	Helsekrav oppfylt etter vurdering av spesialist i øre-nese-halssykdommer etter to år uten anfall. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil to år før førerrett kan gis med vanlig varighet.
19.	Vestibularisnevritt	Helsekrav oppfylt når tilstanden er stabil og kompensert.	Helsekrav oppfylt når tilstanden er stabil og kompensert.
20.	Cerebral parese	Helsekrav oppfylt dersom en tverrfaglig spesialistvurdering finner tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne.	Helsekrav oppfylt ved svært lette former dersom en tverrfaglig spesialistvurdering finner tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne.

Kapittel 8 – Epilepsi og epilepsilignende anfall

Bakgrunn

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.

Epilepsi er en egen sykdom som skal vurderes ut fra gitte kriterier for hvilket epileptisk syndrom det er tale om. En forskrift som skal gi klarere bestemmelser om helsekrav til førerrett, må derfor skille epilepsi fra andre tilstander som kan gi bevissthetsforstyrrelser.

Epilepsi defineres i direktiv 2009/113/EF punkt 12 som to eller flere epileptiske anfall innenfor en femårsperiode. En person som har hatt et anfall eller et bevissthetstap skal bli rådet til ikke å kjøre. Ved epilepsi skal det kartlegges hvilket syndrom som foreligger og foretas en evaluering av trafiksikkerhet og risikoen for nye anfall. For førerkortgruppe 1 skal føreretten følges opp inntil vedkommende har hatt fem anfallsfrie år.

Ved epilepsi er det krav til 10 års anfallsfrihet uten bruk av anti-epileptika før det kan gis førerrett i førerkortgruppe 2 og 3. Direktivet krever at det skal være gjennomført en «omfattende nevrologisk undersøkelse», og at det ikke er avdekket noen cerebral patologi. I tillegg må elektroencefalografi (EEG) vise at det ikke er noen epileptiform aktivitet. Nasjonale myndigheter kan la sjåførere i førerkortgruppe 2 og 3 med god prognose få førerrett tidligere, men årlig anfallsrisiko må ikke være over 2 %.

Gjeldende forskrift skiller ikke mellom ulike epilepsiformer. Dagens veileder er avklarende for vurderingen av helsekravene i ulike tilfelle, men regelverket er vanskelig å orientere seg i for de som ikke forvalter det daglig.

I høringsnotatet er det foreslått egne regler for helsekrav ved epilepsi og epilepsilignende anfall i kapittel 8. Kapitlet inneholder generelle helsekrav ved epilepsi og epilepsilignende anfall, samt spesielle krav ved noen former for epilepsi og epilepsilignende anfall. Bestemmelsene er utformet slik at de er i overenstemmelse med kravene i EU-direktivet og gjeldende praksis.

Bevissthetstap (synkope) og bevissthetsforstyrrelser av annen årsak enn epilepsi, hjerte- /karsykdom eller diabetes er tatt inn som eget kapittel 9 i nytt Vedlegg 1.

Forslag sendt på høring

§ 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
		Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 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 % årligrisiko 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 % årligrisiko 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

			<i>normalisering av 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>

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Nordland bemerker at det kan virke forvirrende med manglende samsvar mellom § 18 og mange bestemmelser i § 20. Etter § 18 kreves fem anfallsfrie år i førerkortgruppe 1 mens etter § 20 nummer 1 kan helseattest gis likevel etter ett år uten anfall på nærmere vilkår. Dersom tidsbegrensningen på 10 år gjelder for førerkortgruppe 2 og 3 i § 20 nummer 5 til 8, bør dette skrives eksplisitt.

Fylkesmannen i Oppland mener «årlig risiko for anfall» er et dårlig begrep. Det vil bli svært vanskelig å vurdere den enkeltes risiko for nye anfall. Inndeling i anfallstyper er lett forståelig.

Fylkesmannen i Rogaland skriver at vi ved anfall ved rus bør stille krav om oppfølging med prøvetaking for å dokumentere rusfrihet etter at helsekrav er oppfylt.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus oppfatter endringene i § 18 som hensiktsmessige. Det er nødvendig med presisering i § 20 nummer 6C og 7C.

Fylkesmannen i Troms kommenterer at det er viktig at nevrologene opplever inndelingen i anfallstyper som hensiktsmessig. Det er avgjørende at nevrologer oppfatter begrepet «strukturelle

endringer i hjernen» entydig. På samme måte må begrepet «årlig risiko for anfall» være meningsfullt for nevrologene.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag mener det gir god oversikt å regulere epilepsi i eget kapittel. Det er hensiktsmessig å ta ut 18-årsregelen for høyere klasser. Årlig helseattest fram til fører har hatt fem anfallsfrie år sikrer oppfølging.

I § 20 nummer 4, rusutløste anfall, bør det vurderes om reglene i kapittel 14 for oppfølging og rustesting skal anvendes.

Begrepene «strukturelle endringer» og «årlig risiko for anfall» kan være vanskelig å forstå, særlig for personer uten fagkunnskap. Veilederen bør utdype disse punktene. Risikoprosent på 2 og 20 bør forsøkes standardisert.

Fylkesmannen i Aust-Agder finner inndelingen av anfallstyper grei. Begrepet «strukturelle endringer i hjernen» bør spesifiseres. Begrepet «årlig risiko for anfall» er ikke et godt begrep i vurderingene. Vi stiller oss spørrende til begrepet fordi det er lite kjent og brukt.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag oppfatter tabellen som oversiktlig og praktisk nyttig. «Strukturelle endringer i hjerne» er tilstrekkelig entydig. Mange behandlere vil ikke kunne eller være villig til å bruke prosentangivelse av risiko for årlige anfall.

Fylkesmannen i Buskerud finner tabellen i § 20 kompleks, men i hovedsak anvendelig. Det vil gi bedre flyt om nummer 1 flyttes til før nummer 5.

Det stilles spørsmål om vurdering av risiko for anfall i prosent er hensiktsmessig. Dersom dette er nødvendig av hensyn til EU-direktiv bør vurderingen operasjonaliseres i veileder. Akseptert årlig risiko for anfall bare under søvn kan gjøres klarere. Dersom forskriften her endres til fra «under kjøring» til «i våken tilstand» blir det bedre samsvar med resten av forskriften.

Psykogene anfall hører heller inn under § 22 da § 20 kun omtaler nevrologiske tilstander. Trolig vil attest fra psykolog/psykiater være vel så relevant når det gjelder risikoen for nye anfall, jf. *C Lund et al, Psykogene ikke-epileptiske anfall, Tidsskrift Nor Legeforen 2009;129;2348-51.*

Fylkesmannen i Vestfold mener at funksjonelle anfall er mer relevant å vurdere av psykolog eller psykiater.

Fylkesmannen i Østfold finner inndelingen i ulike anfallstyper hensiktsmessig og godt beskrevet. «Strukturelle endringer i hjernen» er et entydig og hensiktsmessig begrep. Med bakgrunn i høringsnotatets presentasjon av kunnskapsgrunnlaget for trafikksikkerhetsvurdering er «årlig risiko for anfall» et godt begrep i vurderingene.

Bjerkreim kommune, kommunelegen finner at inndeling av anfallstyper ved epilepsi er lett å forstå. Begrepene «strukturelle endringer i hjerne» er entydig og «årlig risiko for anfall» det samme når det er vurdert av spesialist.

Legeforeningen mener det er unødvendig at ny helseattest utstedes årlig av nevrolog i fem år, jf. § 20 nummer 1.

Norsk epilepsiforbund er positive til at forskriften blir mer tydelig på når helsekrav er oppfylt. Epilepsiforbundet er imidlertid svært kritiske til § 18 der helsekrav ikke er oppfylt for førerkortgruppe 1 ved diagnostisert epilepsi innenfor de siste fem år. I § 20 punkt 1 heter det at «helseattest kan likevel gis etter ett år uten anfall dersom nevrolog anbefaler det». Man frykter forskjellsbehandling for pasienter som søker nevrolog som sjeldnere ser epilepsipasienter. Epilepsiforbundet viser til at politiet ofte krever at det søkes dispensasjon fram til kravet om fem anfallsfrie år er oppfylt.

Det er naturlig at første helseattest ved epilepsi kommer fra nevrolog. Det må være tilstrekkelig at oppfølgende fornyelser attesteres av fastlegen.

Epilepsiforbundet er kjent med at mange nevrologer opplever vurdering av årlig anfallsrisiko på 2 % eller 20 % som vanskelig. Vurderingen er i stor grad avhengig av den enkelte nevrologs erfaring med epilepsi.

For mange i førerkortklasse C har krav om fornyelse hvert 5. år ført til at de nå ikke fyller helsekravene og dermed ikke kan utøve sin jobb lenger. De har gjerne tatt sine anfallsforebyggende medikamenter som en «føre var». Etter EU-direktivet må de nå vente 10 år før de har sin gamle førerrett. Dispensasjon bør kunne gis til dem som hadde førerkort da nytt regelverk ble innført.

Epilepsiforbundet uttrykker tilfredshet med at 18-årsgrensen for førerkortklasse D er fjernet, men etterlyser tydeligere rutiner for tilbakelevering av førerkort når helsekrav igjen er oppfylt.

Norsk Transportarbeiderforbund finner det riktig at helsekravene for førere av lastebil/buss må være strengere enn for personbil. Man viser her til § 20 nummer 1, 2 og 5, der personbil kan gis førerrett etter ett år, mens lastebil/buss må vente fem (eller ti) år.

Oslo Universitetssykehus skriver at begrepet «strukturelle endringer i hjernen» ikke oppfattes entydig. Dette må vurderes opp mot effekten av anti-epileptisk medikasjon eller nevrokirurgiske inngrep.

Kravet til dokumentert rusfrihet må henvises til kapittel 14 – bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen.

Norsk psykologforening finner ikke at begrepet «strukturelle endringer» er entydig. For eksempel kan pasienter med traumatiske hjernesker eller hjerneslag ha enkeltepisoder med epilepsi subakutt uten forhøyet risiko for epilepsi senere i forløpet.

For «funksjonelle anfall» foreslår man spesialistuttalelse med eventuell risikovurdering innhentet fra psykolog eller psykiater.

Autoriserte trafikkskolers Landsforbund støtter inndelingen av anfallstyper som hensiktsmessig. De har tillit til at legene er kjent med begrepet «strukturelle endringer i hjernen» og bruker det riktig i denne sammenheng. Forslaget om begrepet «årlig risiko» støttes.

Helsedirektoratets vurderinger

Presisering av krav til observasjonstid

Helsedirektoratet har valgt å presisere bestemmelsene ved angivelse av observasjonstid, ved å ta inn «uten anfall» ved angivelse av observasjonstiden. Denne forståelsen var tidligere forutsatt, men Helsedirektoratet ser viktigheten av at dette sentrale vilkåret fremgår tydelig av ordlyden.

Forholdet mellom § 18 nr. 1 og § 20

Fra enkelte høringsinstanser er det påpekt at det fremstår som om det er manglende samsvar mellom forslaget § 18 nr. 1 og § 20 nr. 1.

EU-direktiv 2009/113/EF gir i punkt 12.1 en bestemmelse om at førere av kjøretøy i gruppe 1, som har epilepsi, bør være gjenstand for løpende førerkortvurdering frem til de har vært anfallsfrie i fem år. Epilepsi er i EU-direktivet definert som to eller flere epileptiske anfall med mindre enn fem års mellomrom, mens International League Against Epilepsy (ILAE) har følgende kliniske definisjon av epilepsi:

1. *Minst to uprovoserte eller reflektoriske anfall som opptre minst 24 timer fra hverandre i tid.*
2. *Ett uprovosert eller reflektorisk anfall med sannsynlighet for ytterligere anfall i løpet av de neste 10 år tilsvarende den generelle risiko (minst 60 %) som etter to uprovoserte anfall.*
3. *Diagnostisert epileptisk syndrom.*

Helsedirektoratets forslag til bestemmelser er utformet slik at de skal dekke begge definisjonene.

Helsedirektoratet har foreslått regelen i § 18 nr. 1, som sier at helsekravet ikke er oppfylt for førerkortgruppe 1 ved diagnostisert epilepsi med anfall innenfor de siste fem år. For førerkortgruppe 2 fremgår regelen av § 18, nr. 2. Personer med diagnostisert epilepsi, som har hatt anfall i løpet av de siste ti år, eller brukt legemidler mot epilepsi i samme periode, fyller ikke helsekravet. EU-direktivet åpner imidlertid for at personer som har vært anfallsfrie i ett år kan få førerrett til gruppe 1. Tilsvarende lemping av kravet er ikke gitt for gruppe 2 og 3. Helsedirektoratet har fulgt opp bestemmelsene i EU-direktivet via forslaget til nye bestemmelser i § 18 nr. 1 og § 20 nr. 1. Etter innspill fra Fylkesmannen i Buskerud har Helsedirektoratet valgt å flytte høringsforslagets § 20 nr. 1 til ny nr. 4.

Bruk av begrepene «årlig risiko for nytt anfall» og «strukturelle endringer i hjernen»

I høringsnotatet ble høringsinstansene bedt om å uttale seg om de fant begrepet «årlig risiko for anfall» godt nok, og begrepet «strukturelle endringer i hjernen» entydig nok ved vurdering av helsekravet. Årlig risiko for anfall er et begrep som ble brukt i flere bestemmelser i høringsnotatets forslag til nye bestemmelser, på bakgrunn av at EU-direktivet i enkelte bestemmelser oppstiller krav til vurdering av årlig risiko for anfall. Kvantifisering av antatt risiko i prosent er lite anvendt i praktisk medisin. Helsedirektoratet legger likevel til grunn at leger er vant til å gjøre vurderinger av risiko og sannsynlighet i sin daglige virksomhet.

Høringsinstansene har gitt til dels motstridende tilbakemeldinger på hvorvidt «årlig risiko for anfall» er et godt begrep. Helsedirektoratet har valgt å beholde begrepet, men foreta en omskriving av den prosentvise angivelsen av risiko. I dialog med nevrologmiljøet som særlig arbeider med epilepsi, har Helsedirektoratet kommet frem til at en klinisk vurdering av lav årlig risiko for nytt anfall tilsvarer forslaget bestemmelse om at det skal være mindre enn 20 % årlig risiko for nytt anfall. Tilsvarende

vil en klinisk vurdering av svært lav årlig risiko for nytt anfall tilsvare forslagetets bestemmelser om at det skal være mindre enn 2 % årlig risiko for nytt anfall. Bestemmelsene er endret i tråd med dette. Helsedirektoratet har videre fjernet tidligere vilkår om at det ikke skulle være epileptiform aktivitet påvist ved EEG og ingen påviste strukturelle endringer i hjernen i § 20 nr. 1 til 3, og i stedet tatt disse inn som veiledende momenter som det skal legges vekt på ved vurdering av årlig anfallsrisiko.

Noen høringsinstanser har påpekt at begrepet «ingen strukturelle endringer i hjernen» er noe uklart. Helsedirektoratet har av den grunn valgt å presisere bestemmelsene slik at ordlyden er «ingen strukturelle endringer i hjernen som kan være årsak til anfallet» erstatter tidligere formulering. Både ved EEG og CT/MR kan det finnes strukturelle endringer som ikke settes i forbindelse med mulig epileptisk aktivitet.

Helseattest og krav om spesialistvurdering

Det er påpekt i noen høringsssvar at det ikke vil være nødvendig med spesialistvurdering av nevrolog hvert år i fem år ved fornyet vurdering etter ny § 20 nr. 4. En slik tolkning av bestemmelsen har ikke vært intendert fra Helsedirektoratet. Av § 19 fremgår det at det kreves uttalelse fra spesialist i nevrologi etter første gangs anfall, og ved tilbakelevering av inndratt førerkort. Videre kreves det anbefaling fra nevrolog i henhold til de enkelte bestemmelser i § 20. Kravet til spesialistvurdering gjelder først og fremst i forbindelse med at helseattest skal skrives ut etter første anfall. Det kan også være aktuelt med spesialistvurdering ved større endringer av forløp, prognose eller funksjonsevne hos fører.

Helsedirektoratet gjør oppmerksom på at førerkortet, i henhold til førerkortforskriften § 4-1, maksimalt kan ha en varighet på fem år dersom innehaveren har hatt anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelse (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) innenfor de siste fem årene før førerkortutstedelsen.

Enkeltstående epilepsilignende anfall på grunn av rus

I enkelte høringsuttalelser er det påpekt at det bør stilles krav til oppfølging og dokumentasjon for rusfrihet ved anfall som skyldes rus. Oslo Universitetssykehus har vist til at bestemmelsen bør henvise til kapittel 14.

Ved epileptiske anfall som utløses ved rus, stilles det krav til dokumentert rusfrihet.

Helsedirektoratet hadde i det opprinnelige forslaget utformet bestemmelsen slik at helsekravet var oppfylt seks måneder etter anfallet for gruppe 1, og etter tre år for gruppe 2 og 3, forutsatt blant annet at månedlig oppfølging viste avholdenhet og normalisering av blodparametere. For å få klart frem at det kreves rusfrihet gjennom hele perioden, har Helsedirektoratet valgt å presisere bestemmelsen, slik at dette fremgår tydelig.

Praktisk oppfølging av rusfrihet etter denne bestemmelsen vil følge de samme retningslinjer som for oppfølging av rusfrihet etter kapittel 14.

Epilepsianfall bare under søvn

Fylkesmannen i Buskerud har bemerket at en presisering av tema for nevrologens risikovurdering i § 20 nr. 5, om epilepsianfall bare under søvn, vil gjøre bestemmelsen mer i samsvar med resten av forskriften. Helsedirektoratet ser at dette er et godt innspill, og formuleringen er bedre i overensstemmelse med EU-direktivet. Helsedirektoratet har på denne bakgrunn endret

bestemmelsen i overensstemmelse med innspillet, fra «anfall under føring av motorvogn» til «anfall i våken tilstand».

Ved ny gjennomgang av bestemmelsene ser Helsedirektoratet at høringsforslagets bestemmelse om at helsekrav ikke er oppfylt for gruppe 2 og 3 ved epilepsianfall bare under søvn er urimelig strengt. Helsedirektoratet foreslår derfor at helsekravet vil være oppfylt for førerkortgruppe 2 og 3 etter ti år uten anfall.

Legestyrte nedtrapping eller egenseponering

Helsedirektoratet har valgt å presisere bestemmelsene i § 20 nr. 6 og 7, ved å ta inn «egen» foran «seponering». Helsedirektoratet har videre valgt å utforme bestemmelsen i § 20 nr. 7 slik at det innledende defineres når helsekravet er oppfylt. Dette for å gi bestemmelsen en utforming som tilsvarer de øvrige bestemmelsene i kapittel 8. Ved ny gjennomgang av bestemmelsene ser Helsedirektoratet at det ikke er rimelig å innføre en bestemmelse om at helsekravet ikke er oppfylt for gruppe 2 og 3 ved legestyrte nedtrapping eller egenseponering uten anfall. For at bestemmelsen i § 20 nr. 7 skal stå i samsvar med forslaget § 20 nr. 4, foreslår Helsedirektoratet at helsekravet er oppfylt etter ti år uten anfall etter avsluttet behandling, og etter vurdering av nevrolog.

Fokale anfall

Helsedirektoratet har endret betegnelsen i § 20 nr. 8 fra «*Partielle eller fokale anfall uten påvirkning av bevisstheten*», til «*Fokale anfall uten påvirkning av bevisstheten*». Dette etter dialog med fagmiljøet, og på bakgrunn av at «partielle anfall» er et utgående begrep.

Psykogene eller funksjonelle anfall (PNES)

Det er foreslått å flytte bestemmelsen i § 20 nr. 9, om psykogene/funksjonelle anfall, til kapittel 9 om bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelser av annen årsak enn epilepsi, hjerte-/karsykdom og diabetes. Helsedirektoratet har vurdert om det skal gjøres slik endring som foreslått. Helsedirektoratet har imidlertid valgt å opprettholde foreslått inndeling, fordi utredning av PNES som regel begynner hos nevrologer. Helsedirektoratet ser imidlertid at nødvendig avklaring og oppfølging av tilstanden ofte skjer hos psykologer eller psykiatere. Helsedirektoratet har derfor valgt å endre kravet til spesialistvurdering fra nevrolog til relevant spesialist i bestemmelsen om gruppe 1. For gruppe 2 og 3 er det ikke oppstilt spesifikt krav om spesialistvurdering, men veileder vil si noe om spesialistvurdering i disse sakene. De danske retningslinjene for helsekrav er for øvrig i tråd med den løsning som fremgår av nytt vedlegg 1, der helsekrav ved epilepsi og andre bevissthetsforstyrrelser behandles i egne kapitler. Også i Danmark har man funnet det mest tjenlig å føre opp PNES under kapittelet for epilepsi.

Helseattestens anbefaling av varighet på førerrett

Det fremgår av førerkortforskriften § 4-1 første ledd at førerkortet for førerkortgruppe 1 skal ha maksimal varighet på fem år dersom innehaveren har hatt anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelse (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) innenfor de siste fem årene før førerkortutstedelsen. Helsedirektoratet vil legge fram forslag til endring av bestemmelsen slik at det i en del tilfelle av hjernefunksjonsforstyrrelse vil være mulig å få helseattest med anbefaling om at føreretten ikke gis vanlig varighet før det har gått fem år.

Forslag til § 20 inneholder, med et par unntak, ikke angivelse av maksimaltid for førerrettens varighet. Maksimal varighetstid må imidlertid ligge innenfor gjeldende tidsbegrensning i førerkortforskriften § 4-1. Der høringsforslaget § 20 har angitt førerrettens varighet er bestemmelsen endret for å klargjøre

at maksimal varighet må være i samsvar med § 4-1. Det fremgår ellers av førerkortforskriften § 4-3 første ledd at føreretten etter legens vurdering kan tidsbegrenses for personer som oppfyller helsekravene på attesttidspunktet, for å sikre forsvarlig medisinsk oppfølging. Legen må ved utstedelse av helseattesten gjøre en individuell vurdering av om føreretten skal gis begrenset varighet.

Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser

§ 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
		Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	Enkeltstående uprovosert anfall	Helsekrav oppfylt etter ett år uten anfall dersom nevrolog vurderer lav årlig risiko for nytt anfall. Ved vurdering av anfallsrisiko skal det legges vekt på om det er påvist epileptiform aktivitet ved EEG og om det er påviste strukturelle endringer i hjernen som kan være årsak til anfallet.	Helsekrav oppfylt etter fem år uten anfall dersom nevrolog vurderer svært lav årlig risiko for nytt anfall. Ved vurdering av anfallsrisiko skal det legges vekt på om det er påvist epileptiform aktivitet ved EEG og om det er påviste strukturelle endringer i hjernen som kan være årsak til anfallet.
2.	Enkeltstående anfall med kjent årsak som er behandlet, herunder epilepsilignende anfall etter mangel på søvn,	Helsekrav oppfylt etter seks måneder uten anfall dersom nevrolog vurderer lav årlig risiko for nytt anfall.	Helsekrav oppfylt etter tre år uten anfall dersom nevrolog vurderer svært lav årlig risiko for nytt anfall.

	<i>feber, psykisk og fysisk belastning, dehydrering og legemiddelbivirkning</i>	<i>Ved vurdering av anfallsrisiko skal det legges vekt på om det er påvist epileptiform aktivitet ved EEG og om det er påviste strukturelle endringer i hjernen som kan være årsak til anfallet.</i>	<i>Ved vurdering av anfallsrisiko skal det legges vekt på om det er påvist epileptiform aktivitet ved EEG og om det er påviste strukturelle endringer i hjernen som kan være årsak til anfallet.</i>
3.	<i>Enkeltstående, epilepsilignende anfall på grunn av rus</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter seks måneder uten anfall og seks måneders rusfrihet dokumentert ved egnede prøver, dersom nevrolog vurderer lav årlig risiko for nytt anfall.</i> <i>Ved vurdering av anfallsrisiko skal det legges vekt på om det er påvist epileptiform aktivitet ved EEG og om det er påviste strukturelle endringer i hjernen som kan være årsak til anfallet.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre år uten anfall og tre års rusfrihet dokumentert ved egnede prøver, dersom nevrolog vurderer svært lav årlig risiko for nytt anfall.</i> <i>Ved vurdering av anfallsrisiko skal det legges vekt på om det er påvist epileptiform aktivitet ved EEG og om det er påviste strukturelle endringer i hjernen som kan være årsak til anfallet.</i>
4.	<i>To eller flere epileptiske og epilepsilignende anfall</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter fem år uten anfall.</i> <i>Helseattest kan likevel gis med anbefaling om førerett for ett år uten anfall dersom nevrolog vurderer lav årlig risiko for nytt anfall.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil ett års varighet frem til fører har vært anfallsfri i fem år.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ti år uten anfall og uten anti-epileptisk behandling.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil ett år i to år, før førerett kan gis med vanlig varighet.</i>
5.	<i>Epilepsianfall bare under søvn</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ett år uten anfall dersom nevrolog vurderer lav årlig risiko for nytt anfall i våken tilstand.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ti år uten anfall og uten anti-epileptisk behandling.</i>
6.	<i>Anfall under legestyrte nedtrapping eller egenseponering der behandling gjenopptas</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre måneder uten anfall dersom</i> a) <i>medikamentell beskyttelse er gjenopptatt og</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>

		<i>b) nevrolog vurderer lav årlig risiko for nytt anfall</i>	
<i>7.</i>	<i>Legestyrte nedtrapping eller egenseponering uten anfall</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre måneder uten anfall etter avsluttet behandling.</i> <i>Helsekrav ikke oppfylt under nedtrapping.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ti år uten anfall etter avsluttet behandling og etter vurdering av nevrolog.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil ett år i to år, før førerett kan gis med vanlig varighet.</i>
<i>8.</i>	<i>Fokale anfall uten påvirkning av bevisstheten</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom anfallsmønsteret har vært uforandret i minst ett år og nevrolog kan bekrefte at kjøreevnen ikke er påvirket.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>
<i>9.</i>	<i>Psykogene eller funksjonelle anfall/PNES</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre måneder uten anfall dersom relevant spesialist vurderer lav årlig risiko for nytt anfall.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter fem år uten anfall.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil ett år av gangen i fem år, før førerett kan gis med vanlig varighet.</i>

Kapittel 9 – Bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelser av annen årsak enn epilepsi, hjerte-/ karsykdom og diabetes

Bakgrunn

Helsekrav ved bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelser av annen årsak enn epilepsi, hjerte-/karsykdom og diabetes er i dagens vedlegg 1 identiske 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.

I tillegg setter førerkortforskriften § 4-1 første ledd krav om maksimalt fem års varighet på førerkort dersom innehaveren har hatt anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser innenfor de siste fem årene før førerkortutstedelsen.

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

I høringsnotatet er det foreslått å ta inn bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelser av annen årsak enn epilepsi, hjertesykdom og diabetes i et eget kapittel. Bevissthetsforstyrrelser ved epilepsi, hjertesykdom og diabetes er karakteristiske for hver av disse sykdommene. Bevissthetstap eller bevissthetsforstyrrelser som ikke opptrer i sammenheng med de tre nevnte sykdommene, har andre karakteristika som har betydning for vurderingen av om helsekrav er oppfylt. Det er derfor naturlig og gir bedre oversikt å skille ut slike bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelser i eget kapittel.

I følge EU-direktiv 2009/113/EF skal tap av bevissthet i andre tilfeller enn ved epilepsi for førerkortgruppe 1 vurderes ut fra risiko for gjentagelse under kjøring. For førerkortgruppe 2 og 3 bør årlig risiko for gjentagelse være 2 % eller mindre.

Forslag sendt på høring

§ 21. Generelle helsekrav ved bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelse

Helsekrav er ikke oppfylt der bevissthetsforstyrrelse kan medføre en trafikksikkerhetsrisiko. 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.	Bevissthetsforstyrrelser ved epilepsi, hjertesykdom og diabetes	Helsekrav i henhold til kapittel 8, 11 og 12	Helsekrav i henhold til kapittel 8,11 og 12
2.	Enkeltstående bevissthetforstyrrelse/ synkope uten avklart årsak.	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	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
3.	Gjentatte bevissthetsforstyrrelser/synkope uten avklart årsak Ingen epileptiform aktivitet	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	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
4.	Synkope under alvorlig sykdom eller skade med blodtap eller sterk vagusaktivitet.	Helsekrav oppfylt	Helsekrav oppfylt
5.	Reflekssynkope under medisinske prosedyrer, etter vasovagal stimulering eller stimulering av carotissinus, dersom anfallet var en enkeltepisode uten sammenheng med høyrisikoaktivitet.	Helsekrav oppfylt	Helsekrav oppfylt dersom relevant spesialist vurderer mindre enn 2 % årlig risiko for ny synkope
6.	Situasjonsbetinget synkope som kun har opptrådt ved vannlating eller defekasjon	Helsekrav oppfylt	Helsekrav oppfylt
7.	Flere anfall med synkope under hoste eller svelging	Helsekrav oppfylt etter seks måneder dersom relevant spesialist vurderer at det er mindre enn 20 % årlig risiko for ny synkope	Helsekrav ikke oppfylt
8.	Bevissthetsforstyrrelse/synkope under migrene	Helsekrav oppfylt	Helsekrav oppfylt etter seks måneder dersom relevant

			<i>spesialist vurderer stabilt anfallsmønster med forvarsel. Helseattest med vanlig varighet.</i>
--	--	--	---

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Nordland finner det vanskelig å beregne risiko når årsak ikke er kjent. Vil helsekravene være oppfylt for gruppe 2 og 3 for synkope under hoste eller svelging etter 10 år uten synkope?

Fylkesmannen i Oslo og Akershus peker på at bevissthetsforstyrrelse under migrene ikke er lett å skille fra tilsvarende hendelse uten migrene. Vurdering av slike anfall må gjøres av nevrolog som tar standpunkt til førers mulighet til å stanse kjøringen, og om dette er tilstrekkelig til at helsekravene er oppfylt.

Fylkesmannen i Troms finner at separate bestemmelser for denne typen bevissthetsforstyrrelser er hensiktsmessig.

Ved synkope uten avklart årsak kan det være vanskelig å vurdere prosentvis risiko for gjentakelse. De anfallstypene som hører inn under kapittel 9 bør vurderes av relevant spesialist også for førerkortgruppe 1 der det kreves risikovurdering.

Fylkesmannen i Aust-Agder mener synkope under bilkjøring eller annen høyrisikoaktivitet bør inn i tabellen.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag finner tabellen oversiktlig og nyttig. Prosentangivelser her vil heller gjøre vurderingene vanskeligere og ikke være nyttige. **Fylkesmennene i Nordland og Aust-Agder og Oslo Universitetssykehus** er av samme syn.

Fylkesmannen i Østfold ser der det som en god løsning å skille ut disse bevissthetsforstyrrelsene i eget kapittel. Også risikovurderinger med prosentvise grenser stiller han seg positivt til. **Stavanger kommune v/ helsesjefen** slutter seg til dette.

Bjerkreim kommune, kommunelegen skriver at medvitstap pga. fysisk utmatting i samband med sport og/eller diet bør tas med i regelverket.

Legeforeningen stiller spørsmålsteget ved inndelingen av synkoper som oppfyller eller ikke oppfyller helsekravene for de ulike førerkortgrupper. Legeforeningen foreslår at teksten endres slik at helsekrav er oppfylt ved engangs-synkope som av fastlegen vurderes som vasovagal med kjent ufarlig medisinsk utløsende årsak som kan unngås ved bilkjøring.

Norsk transportarbeiderforbund peker på at tidsperspektivet før helsekrav er oppfylt er uforholdsmessig stort mellom førerkort for personbil og lastebil/buss.

Autoriserte Trafikkskolers Landsforbund viser til at helsekrav er oppfylt etter § 21 der bevissthetsforstyrrelser ikke medfører trafikksikkerhetsrisiko. ATL ser det ikke nødvendig med separate bestemmelser for bevissthetsforstyrrelser av andre årsaker. Bestemmelsene om risikovurdering og angitt varighet for oppfylte helsekrav ut fra dette finner de forsvarlig.

Statens vegvesen, region vest mener det er bra med skille mellom epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av andre årsaker da dette gir søkere mer detaljert informasjon om reglene på området.

Helsedirektoratets vurderinger

Synkope er definert som et forbigående, selvbegrensende og kortvarig avbrudd i bevissthet og muskeltonus på grunn av global sirkulasjonssvikt til hjernen. Også andre land regulerer bevissthetsforstyrrelser eller bevissthetstap av andre årsaker enn epilepsi, hjerte- /karsykdom og diabetes i egne kapitler. Et klart flertall av høringsuttalelsene mener at dette er hensiktsmessig.

Risikovurdering – angivelse i prosent?

I høringsnotatet stilte Helsedirektoratet spørsmål ved hvordan høringsinstansene stilte seg til bestemmelser om risikovurdering på 2 % og 20 %. Tilbakemeldingene fra høringsinstansene er ikke entydige, og flere har stilt seg kritiske til prosentvis angivelse av risiko. Som omtalt i oppsummeringsnotatet under kapittel 8, har Helsedirektoratet valgt å foreta en omskriving av bestemmelsene, slik at tidligere prosentvis angivelsen av risiko angis med tekst. Helsedirektoratet har kommet frem til at forslagets bestemmelser om mindre enn 20 % årlig risiko for nytt anfall, tilsvarer en klinisk vurdering av lav årlig risiko for nytt anfall. Tilsvarende vil forslagets bestemmelser om mindre enn 2 % årlig risiko for nytt anfall tilsvare en klinisk vurdering av svært lav årlig risiko for nytt anfall. Bestemmelsene er endret i tråd med dette. Vurdering av årlig risiko for nytt anfall vil bli nærmere drøftet i veileder.

Krav til spesialistvurdering

Fylkesmannen i Troms har påpekt at risikovurdering etter kapittel 9 bør gjøres av relevant spesialist også for gruppe 1. Helsedirektoratet er enig i at det i mange tilfeller vil være påkrevet med spesialistvurdering ved bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelser som regulert i kapittel 9. Helsedirektoratet har likevel valgt ikke å ta inn et spesifikt krav til spesialistvurdering i bestemmelsene for gruppe 1. Ved migrene vil det ofte være avgjørende at relevant spesialist kan bekrefte at anfallsmønsteret er stabilt, og at anfallene kommer med forvarsel, før helseattest gis. Veileder vil si noe om henvisning til spesialistvurdering i disse tilfellene.

Bevissthetsforstyrrelser som har oppstått under bilkjøring eller under utførelsen av annen høyrisikoaktivitet, ofte uten forvarsel, innebærer en trafiksikkerhetsrisiko som krever vurdering av relevant spesialist, spesielt nevrolog og kardiolog. Dersom bevissthetsforstyrrelsen har skjedd flere ganger, betinger dette en ytterligere skjerpet vurdering av om helsekrav er oppfylt. Veileder vil gå mer i dybden av disse tilfellene.

Krav til observasjonstid

Ved ny gjennomgang av reglene har Helsedirektoratet sett at kravet til observasjonstid er satt svært strengt for bevissthetsforstyrrelser uten avklart årsak for gruppe 2 og 3. Dette blant annet på bakgrunn av en gjennomgang av nye krav som gjelder i Storbritannia. Helsedirektoratet har valgt å senke kravet til observasjonstid for disse tilfellene, til to år ved enkeltstående bevissthetsforstyrrelse uten avklart årsak, og fem år for gjentatte bevissthetsforstyrrelser uten avklart årsak.

Helsedirektoratet har videre valgt å angi krav til observasjonstid for gruppe 2 og 3 ved gjentatte anfall med synkoper under hoste eller svelging, slik at helsekravet er oppfylt etter fem år uten anfall, dersom relevant spesialist vurderer at årlig risiko for nytt anfall er svært lav.

Forenkling av tabellen ved bevissthetsforstyrrelser

Flere høringsuttalelser gir uttrykk for at reglene om bevissthetsforstyrrelser kan forenkles. Helsedirektoratet ser at dette er et poeng for reflekssynkoper, vasovagale synkoper, carotid sinus-synkope og ortostatisme, og har valgt å regulere disse tilfellene i ny § 22 nr. 3. Generelt er langt de fleste synkoper vasovagale eller reflektoriske uten konsekvens for trafikksikkerheten, og helsekravet er oppfylt der årsaken til bevissthetsforstyrrelsen er av slik art.

Bjerkreim kommune ved kommunelegen har uttalt at bevissthetstap som følge av sport og/eller diett bør tas med i regelverket. Helsedirektoratet ser at disse bevissthetsforstyrrelsene kan oppfattes som en egen kategori. Dette er anfall som oppstår hos ellers friske individer på grunn av ulike vasoregulerende mekanismer. Helsedirektoratet finner at de faller inn i kategorien vasovagale synkoper som omfattes av § 22 nr. 3.

Der bevissthetsforstyrrelser opptrer i forbindelse med epilepsi, hjerte-/karsykdom eller diabetes, vurderes helsekravet i henhold til det aktuelle sykdomskapittel. Helsedirektoratet har valgt å fjerne tidligere § 22 nr. 1, da denne bestemmelsen er overflødig.

Førerrettens varighet

Etter førerkortforskriften § 4-1 første ledd skal førerkortet for førerkortgruppe 1 ha maksimal varighet på fem år dersom innehaveren har hatt anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelse (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) innenfor de siste fem årene før førerkortutstedelsen. Helsedirektoratet vil legge fram forslag til endring av bestemmelsen slik at det i en del tilfelle av hjernefunksjonsforstyrrelse vil være mulig å få helseattest med anbefaling om førerrett med vanlig varighet før det har gått fem år. Høringsforslaget § 22 nr. 2 og 3 og nr. 8 kolonne C har bestemmelser om førerrettens varighet, mens det ellers i kapittel 9 ikke er angitt varighet av førerrett. Maksimal varighetstid må ligge innenfor gjeldende tidsbegrensning i førerkortforskriften § 4-1. Bestemmelsene i § 22 er endret etter høringen for å klargjøre at maksimal varighet må være i samsvar med § 4-1. Det fremgår ellers av førerkortforskriften § 4-3 første ledd at førerretten etter legens vurdering kan tidsbegrenses for personer som oppfyller helsekravene på attesttidspunktet, for å sikre forsvarlig medisinsk oppfølging. Legen må ved utstedelse av helseattesten gjøre en individuell vurdering av om førerretten skal gis begrenset varighet. Veileder vil si mer om disse bestemmelsene.

Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser

§ 21. Generelle helsekrav ved bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelse

Helsekrav er ikke oppfylt der bevissthetsforstyrrelse kan medføre en trafikksikkerhetsrisiko. 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.	Enkeltstående bevissthetforstyrrelse/synkope uten avklart årsak.	Helsekrav oppfylt etter seks måneder uten anfall dersom det er lav årlig risiko for nytt anfall. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil to år av gangen, før førerrett kan gis med vanlig varighet fem år etter siste anfall.	Helsekrav oppfylt etter to år uten anfall dersom relevant spesialist vurderer svært lav årlig risiko for nytt anfall. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen, før førerrett kan gis med vanlig varighet fem år etter siste anfall.
2.	Gjentatte bevissthetsforstyrrelser/synkope uten avklart årsak	Helsekrav oppfylt etter ett år uten anfall dersom det er lav årlig risiko for nytt anfall. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil to år av gangen, før førerrett kan gis med vanlig varighet fem år etter siste anfall.	Helsekrav oppfylt etter fem år uten anfall dersom relevant spesialist vurderer svært lav årlig risiko for nytt anfall. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen, før førerrett kan gis med vanlig varighet fem år etter siste anfall.
3.	Reflekssynkope, vasovagal synkope, situasjonssynkope, carotid sinus-synkope og ortostatisme.	Helsekrav oppfylt.	Helsekrav oppfylt dersom relevant spesialist vurderer svært lav årlig risiko for ny synkope.
4.	Flere anfall med synkope under hoste eller svelging	Helsekrav oppfylt etter seks måneder uten anfall dersom relevant spesialist vurderer lav årlig risiko for ny synkope.	Helsekrav oppfylt etter fem år uten anfall dersom relevant spesialist vurderer svært lav årlig risiko for nytt anfall.
5.	Bevissthetsforstyrrelse/synkope under migrene	Helsekrav oppfylt.	Helsekrav oppfylt etter seks måneder dersom relevant spesialist vurderer at det er

			<i>stabil anfallsmønster med forvarsel.</i>
--	--	--	---

Kapittel 10 – Søvn sykdommer

Bakgrunn

Vedlegg 1 inneholder i dag ingen helsekrav for søvn sykdommer.

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

I høringsnotatet ble det foreslått å ta inn ett nytt kapittel om helsekrav ved søvn sykdommer i §§ 23 – 25.

Forslag sendt på høring

Kapittel 10 - Søvn sykdommer

§ 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	Helsekrav oppfylt dersom	Helsekrav ikke oppfylt

	b)ESS over 15	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	
3.	Alvorlig OSAS a)AHI over 30 og b)ESS over 15	Helsekrav ikke oppfylt	Helsekrav ikke oppfylt
4.	Narkolepsi/katapleksi	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	Helsekrav ikke oppfylt

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

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Oslo og Akershus peker på at EU-direktivet omhandler alvorlig og moderat obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS). I forslaget til nytt regelverk er også mild OSAS tatt inn. Dersom personer med mild OSAS skulle fanges opp, ville omfattende screening være nødvendig. Til slik screening mangler vi treffsikre metoder. Antall henvisninger til spesialistutredning ville overstige kapasiteten. Fylkesmannen i Oslo og Akershus foreslår derfor at det i denne omgang ikke lages spesielle regler for gruppen mild OSAS. Regelverket bør begrenses til forhold som direkte influerer på evnen til sikker kjøring.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har erfaring for at søvnsykdommer har vært et oversett problem. Det er derfor positivt at en spesialist skal vurdere pasienten før førerkort kan utstedes.

Fylkesmannen i Aust-Agder spør hva som ligger bak den generelle påstanden om at «risikoen for trafikkulykker er større ved søvnsykdommer enn der påvirkning av legemidler eller alkohol er årsaksfaktor.» Da flere yrkessjåfører får diagnosen søvnsykdom, er det viktig at bestemmelsene her er grundig fundert slik at ikke alt for mange mister førerkortet og dermed jobben sin.

Fylkesmannen i Vestfold mener at effekt av iverksatt behandling ved narkolepsi bør omtales.

Bjerkreim kommune, kommunelegen skriver at det er viktig med enkle kriterier for vurdering av pasienter med mulig søvnapne. Det vil være spesialistene som gjør den praktiske vurdering av disse

pasientene både med diagnostisering og behandling. Hvordan skal allmennlegen vurdere helsekravene i påvente av diagnostisering og behandling hos spesialist?

Stavanger kommune, helsesjefen peker på at helsekravene ved søvnsykdommer er svært objektive. Som ved hjerte- karsykdommer er det ofte ikke tatt standpunkt til førerkortspørsmål ved kontroller hos spesialisten. Pasienten må ofte til ny kontroll for å få avklart om pasienten kan ha førerett. Det bør holde at undersøkelsene er faktisk gjennomført og framkommer i epikrise til fastlegen.

Motorførernes Avholdsforbund vil særlig støtte at søvnsykdommer hentes tydeligere fram. Mange førere overser søvn som et trafikksikkerhetsproblem, og at de eventuelt har en søvnsykdom.

Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer er enig i at obstruktiv søvnapne og hypersomnier tas inn som eget tema med spesifikke helsekrav. Epworth søvnighetsskala (ESS) korrelerer noe med grad av OSAS, men skår på de 8 spørsmålene noteres av pasienten selv. Korrelasjon til alvorlighetsgrad blir enda mindre der spørsmålene i dette skjemaet skal være avgjørende for å innfri helsekrav. Generelt kategoriseres OSAS ut fra antall pustestopp summert opp til en apné-hypopné-indeks (AHI) målt ved nattlig søvnregistrering. ESS øker med alvorlighetsgraden av OSAS bedømt ved AHI, men korrelasjonen er ikke veldig høy. Det er problematisk å benytte alvorlighetsgraden av OSAS alene som kriterium for vurdering av skikketheten til føring av kjøretøy. Den beste prediktor for framtidig trafikkulykke er om en person har en historie som høyrisikofører, definert som moderat til alvorlig søvnighet på dagtid og tidligere uintendert kjøretøykollisjon eller «near-miss».

Vi står tilbake med at de tilgjengelige diagnostiske metoder for individuell prediksjon av ulykkesrisiko ved OSAS er nokså upresise.

Kompetansesenteret er enig i formuleringen i § 23.

Tabellen i § 24 er problematisk fordi pasienter med mild OSAS og ESS <15 neppe representerer noen stor risiko i trafikken. Pasienter med mild OSAS og beskjeden symptombyrde utgjør anslagsvis 200 000 bilførere i Norge. Her er vektkontroll og leieendring under søvn sentrale komponenter. Ved økende grad av OSAS vil ofte søvnapnéskinner tilpasset av trent tannlege eller CPAP være effektiv behandling.

Basert på overstående argumentasjon foreslår Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer en forenklet modell for helsekrav ved OSAS.

Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer finner det ikke relevant at KMI og blodtrykksevaluering skal inngå i reglene for helsekrav ved OSAS.

I Norge utredes og behandles pasienter med OSAS hovedsakelig av spesialister i lungesykdommer eller øre-nese-halssykdommer og i noen grad nevrologer. Vi har ingen egen spesialitet i søvnmedisin. Førerkortforskriften bør derfor utformes tilsvarende.

Lovisenberg Diakonale Sykehus, søvnseksjonen ser behovet for klarere regelverk i forhold til kjørerett hos pasienter med økt dagtretthet/ søvnighet sekundært til spesifikke søvnsykdommer. Pasienter med søvnapne eller andre typer søvnsykdommer kan representere en økt trafikkfare. Forskning viser at det er ingen signifikant forskjell mellom graden av søvnighet og graden av AHI (apne-hypopne indeks) eller graden av overvekt/fedme.

Pasienter med høy AHI har ikke nødvendigvis økt søvnighet på dagtid eller motsatt at pasienter med lav AHI kan være påfallende dagtrette. Det finnes ingen gode objektive metoder for måling av søvnighet.

Epworth Sleepiness Scale (ESS) har store svakheter som objektiv målemetode for søvnighet og brukes for å beskrive symptomer ved narkolepsi.

Lovisenberg uttaler videre at det er ingen sikre metoder til påvisning av tretthet/søvnighet ved OSAS. Det finnes ingen sikker sammenheng mellom graden av OSAS og tretthet/søvnighet (på dagtid). Lovisenberg Diakonale Sykehus mener at det ved bruk av ikke validerte og ukorrekte metoder for tretthet/søvnighet, er en fare for å ekskludere et stort antall pasienter for førerrett på svakt/ukorrekt grunnlag. Lovisenberg Diakonale Sykehus frykter dessuten at et stort antall pasienter i frykt for å miste kjørekortet, vil avholde seg fra diagnostikk og behandling av potensiell søvnsykdom.

Lovisenberg Diakonale Sykehus anbefaler at det benyttes klinisk vurdering av utredende og behandlende lege med søvnmedisinsk kompetanse. Denne instansen må vurdere begrensning eller inndragning av førerretten. Det er viktig å tilføye at det påhviler alle sjåførere et eget ansvar til aldri å kjøre i en tilstand med økt risiko for søvnighet.

I Sverige, EU generelt og USA følger man ovenstående anbefalinger med «*New Standards and Guidelines for Drivers with Sleep Apnoea syndrome, page 20-21*» som grunnlag.

Legeforeningen finner det rimelig at økt trafikkrisiko for denne pasientgruppen gjør nye bestemmelser nødvendig. Det bør presiseres at sykelig forøket tretthet og søvnepisoder på dagtid er den risiko som skal vurderes og ikke snorking som isolert fenomen.

Forskriften er detaljert på dette området. Legeforeningen er usikker på om epikrise fra spesialisthelsetjeneste vil ha nok opplysninger til å vurdere om helsekrav er oppfylt.

Legeforeningen stiller også spørsmål om helsekravene er for strenge. Kravene vil sette store krav til utreder og behandlingstilbudene. Dersom halvparten av de med mild OSAS har førerkort og 16 % har apnehypoindeks (AHI) > 5, gir det en gruppe på 200 000 bilførere som skal ha særskilt vurdering.

Effekt av behandling kan måles ved søvnregistrering ved simultan CPAP-behandling eller annen relevant behandling for vurdering av førerrett eller ikke. Pasienter med f.eks. Epworth Sleepiness Scale (ESS) > 15 burde om mulig testes objektivt, f.eks. ved Multiple Sleep Latency test (MSLT) for å få godkjenning.

Legeforeningen tviler på at det er hensiktsmessig å sette fedme og dårlig regulert hypertensjon som risikofaktor for å sovne ved rattet. Legeforeningen mener at formålet må være at føreren ikke er trett, søvngig eller har svekket kognisjon. Om det kan dokumenteres at pasienten får riktig behandling, må dette være tilstrekkelig for å innfri helsekravene til førerrett.

Kravet om bruk av CPAP minst 4 timer daglig 70 % av dagene (nettene) er problematisk både i forhold til monitorering/overvåking og kollisjonen mellom det å være behandler og å fungere som overvåkingsorgan.

Konklusjoner i rapporten «New Standards and Guidelines for Drivers with Obstructive Sleep Apnoea syndrome» er nyansert i en rapport fra American Thoracic Society. Det er mangelfull evidens for restriksjoner med unntak for førere i høyrisikogruppen (tidligere ulykke eller nesten-ulykke). Den europeiske rapporten problematiserer ikke innvirkning av forskjellige typer av hypopné. Begrepene mild, moderat og alvorlig OSAS synes derfor meningsløse uten nærmere beskrivelse av hvilken definisjon av hypopné som ligger til grunn. Den europeiske rapporten synes heller ikke å ha tatt hensyn til problemer med å bruke spørreskjema i en generell befolkning i prevalensestimaterne for OSAS.

Mange pasienter klarer ikke å bruke CPAP. Det synes derfor uhensiktsmessig spesifikt å forfatte kriterier på ett tiltak når det er flere tilgjengelige behandlingsvalg.

Kommentarene til tabellen i § 24 går på AHI og ESS som for lite valide kriterier alene. Inkludering av mild OSAS vil gi et kapasitetsproblem i utredning. Det kan ikke være riktig å gi for snevre kriterier for behandling som skal gi førerrett. KMI og hypertensjon er ikke relevante som helsekrav.

Legeforeningen gjør oppmerksom på at obstruktiv søvnapné syndrom i Norge hovedsakelig behandles av øre-nese-hals-leger. Søvnspesialist er en uklar betegnelse i norsk sammenheng. Listen over spesialister som kan vurdere egnethet for bilkjøring ved OSAS bør derfor minst ha med spesialister i lungesykdommer og øre-nese-hals-sykdommer.

Norsk Forening for Søvnforskning og Søvnmedisin viser til at søvnighet på dagtid kan være forårsaket av søvnprivasjon, dårlig søvnhygiene, irregulær arbeidstid eller bruk av søvndyssende midler. Det kan også være et resultat av søvnforstyrrelser inkludert søvnapné, periodiske beinbevegelser under søvn, døgnrytmeforstyrrelser, noen typer insomni og narkolepsi.

Det virker urimelig å bruke natt-testing, spørreskjema, høy BMI og høyt blodtrykk som variabler for å begrense førerretten. Det er dagtids-/våkenhetsfunksjonen som må tillegges mest vekt i forhold til kjøreevne og trafiksikkerhet.

Å sette opp ulike apne-hypopnegrenser uten nærmere spesifisering åpner for store tilfeldige forskjeller. Det er mange måter å komme fram til en apne-hypopne-indeks (AHI) på. Epworth Sleepiness Scale (ESS) er en symptomskår basert på egenrapport og gir ikke objektive mål på dagtidsfunksjon/våkenhet. Maintenance of Wakefulness test (MWT) og Multiple Sleep Latency Test (MSLT) er tester som er omdiskuterte som grunnlag for restriksjoner. De gjør oppmerksom på den ferske publikasjonen fra American Thoracic Society av 2013 som viser til tidligere trafikkulykke eller nesten-ulykke som eneste relevante tilleggskriterium for personer som ikke er yrkessjåfører.

Norsk Transportarbeiderforbund anfører at helsekrav for personbil kan være oppfylt etter at det er oppnådd «stabil fase» for pasienten, mens man med lastebil/buss overhodet ikke vil få tilbake førerretten. De peker på at generelt virker tidsperspektivet i reglene mellom personbil og lastebil/buss-førerkort uforholdsmessig stort.

Oslo Universitetssykehus mener det er på tide å inkludere helsekrav når det gjelder søvnapne i vedlegg 1 til førerkortforskriften. Dette gjelder ikke enhver pasient med søvnapne. Angitte grenser i tabellen i § 24 er ikke optimalt definerte i forhold til klinisk praksis. Man må være klar over at det ikke er noe godt samsvar mellom ESS og AHI. En høy skår på AHI gir ikke automatisk høy skår på ESS.

Personer med ESS på 15 poeng eller mer bør gis umiddelbart kjøreforbud. En vellykket behandling vil som regel medføre en vesentlig reduksjon av symptomer/søvnighet. Det er gode grunner til å anta at behandling med CPAP reduserer risiko for ulykker. Kravet om bruk av CPAP er imidlertid for strengt da helsekrav kan oppfylles uten bruk av dette.

Definisjonen av Mild obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS) er unøyaktig og ikke praktisk anvendelig med tillatt ESS opp til 15. Helsekravene er også for strenge og unyanserte ved mild grad av OSAS. Pasienter med mild grad av OSAS kan ha bra effekt av enkle tiltak som apnéskinne eller pingpong-/tennisball innsydd i pyjamasen. BMI og hypertensjon er ikke gode kriterier ved vurdering av føreretten hos OSAS-pasientene.

Dersom AHI brukes som mål på oppnådd behandlingseffekt, må det presiseres på hvilken måte AHI er målt.

Oslo Universitetssykehus foreslår en alternativ tabell for ulike grader av OSAS med kriterier definert ved AHI og ESS som i høringsutkastet for mild, moderat og alvorlig OSAS. I tillegg er lagt inn kriterier som unormal tretthet eller slitenhet/fatigue og konsentrasjonsvansker. Tidligere trafikkulykke relatert til søvnighet er et gjennomgående kriterium. Alle pasienter skal vurderes av spesialist.

Spesialist i allmenntidrett og anestesilogi, Robert Magnusson spør hvordan § 25 skal forstås idet det ikke finnes noen spesialitet i søvnsykdommer i Norge.

Granheim lungesykehus skriver at forslaget til endring ved søvnsykdommer er helt urealistisk å få gjennomført. Personer med OSAS er en svært stor pasientgruppe. Vi har ikke nok spesialister til vurdering av disse. For mild søvnapne er det helt urealistiske krav, og bittskinne er ikke nevnt. Behandling av alle med AHI og ESS < 15 blir behandling kun for førerkort og ikke på medisinsk indikasjon. Dersom pasientene blir friske på behandlingen, må det være bestemmende for egnethet til bilkjøring uavhengig av grad av OSAS på forhånd.

Helsedirektoratets vurderinger

Helsedirektoratet ser at flere høringsinstanser stiller seg positive til å innføre helsekrav ved søvnsykdommer. Innspillene går på hvordan de ulike grader av OSAS skal reguleres, kravene til vurderingskriterier, behandling og oppfølging av behandlingseffekter. Innspillene har også kommentarer til validiteten av ulike tester. Det generelle helsekravet ved søvnsykdommer og helsekrav ved narkolepsi/katapleksi er ikke kommentert fra høringsinstansene.

Mild grad av obstruktivt søvnapnesyndrom

Flere høringsinstanser har gitt uttrykk for at høringsforslagets utkast til helsekrav er for strengt for førere med mild grad av obstruktivt søvnapnesyndrom.

Helsedirektoratet ser at helsekravet, slik det opprinnelig ble utformet, vil omfatte svært mange førere, uten at det er dokumentert at disse utgjør en spesiell trafiksikkerhetsrisiko. Som påpekt av flere høringsinstanser vil pasienter i denne gruppen kunne ha nytte av enkle tiltak for å bedre søvnkvaliteten.

Obstructive Sleep Apnoea Working Group, som er en arbeidsgruppe nedsatt av EU-kommisjonen, la i 2013 frem rapporten *New Standards and Guidelines for Drivers with Obstructive Sleep Apnoea syndrome*. Gruppens tilrådinger dannet grunnlag for EU-direktiv 2014/85/EU. Direktivet stiller ikke spesielle krav til helse ved *mild* grad av OSAS. Norge kan likevel innføre strengere regler enn EU-direktivet. På bakgrunn av innspill fra høringsinstansene ser Helsedirektoratet imidlertid at det ikke vil være riktig å innføre særkrav for gruppen med mild grad av OSAS. Mild grad av OSAS blir derfor tatt ut av tabellen i § 24.

Definisjon av obstruktivt søvnapnesyndrom

Helsedirektoratet ser at enkelte høringsinstanser påpeker at AHI og Epworth Sleepiness Scale (ESS) har svakheter som kriterium for måling av søvnighet.

EU-direktivet angir i punkt 11.2 en definisjon av det som i EU-direktivets forstand er å anse som moderat og alvorlig OSAS. Moderat OSAS defineres som apne-hypopne-indeks (AHI), som er antall pustestopp eller korte innpust pr time, mellom 15 og 29, og alvorlig OSAS som apne-hypopne-indeks (AHI) på 30 eller mer. Direktivet må implementeres i norsk rett. Helsedirektoratet har derfor beholdt apne-hypopne-indeks som kriterium for OSAS ved utforming av helsekravet i § 24.

Skår ved Epworth Sleepiness Scale (ESS) inngår ikke i definisjonen av OSAS i EU-direktivet. ESS er en målemetode for selvopplevd søvnighet. Etter innspill fra enkelte høringsinstanser finner Helsedirektoratet det riktig at skår ved ESS ikke inngår i forskriften. Bruk av ESS som verktøy for vurdering av effekt av behandlingen vil likevel omtales i veileder.

Vilkår for at helsekravet er oppfylt

Fra flere av høringsinstansene pekes det på at behandling av OSAS må individualiseres, og at flere pasienter oppnår god symptomkontroll ved andre behandlingsformer. EU-direktivet stiller ikke krav til hvilken behandlingsform søkeren eller føreren benytter seg av. Helsedirektoratet vurderer på denne bakgrunn at det ikke er riktig å sette bruk av CPAP som vilkår for at helsekravet er oppfylt. Krav om bruk av CPAP er derfor tatt ut.

Kroppsmasseindeks (KMI) mindre enn 35 og godt kontrollert hypertensjon er nevnt av EU-gruppen som kriterier for å oppnå god kontroll av OSAS. Verken Legeforeningen eller Norsk Forening for Søvnforskning og Søvnmedisin kan se at dette er gode variabler for å vurdere helsekrav til førerrett. Helsedirektoratet har på denne bakgrunn valgt å fjerne vilkåret om at KMI er under 35 og vilkåret om at vedkommende har godt kontrollert hypertensjon for at helsekravet er oppfylt ved OSAS. Helsedirektoratet vil komme tilbake til indikatorer for og behandling av OSAS i veileder, der det tas hensyn til innspill fra høringsinstansene.

Krav til spesialistvurdering

Flere av høringsinstansene har pekt på at Norge ikke har spesialister i søvnsykdommer, og at det er andre spesialister som vil kunne vurdere om helsekravene etter kapittel 10 er oppfylt. Helsedirektoratet er enig i innspillene, og har revidert reglene slik at det nå kreves attest fra «relevant spesialist». Veilederen vil si noe om hvilke spesialister som er relevante i denne sammenheng. Helsedirektoratet har valgt å ta bort bestemmelsen i det opprinnelige forslaget § 25, og innta krav om attest fra spesialist i § 24, fordi dette er en lovteknisk bedre løsning.

Utforming av bestemmelsene

I det høringsinnspillene har medført til dels store endringer i § 24, har Helsedirektoratet valgt å omarbeide bestemmelsen og gi den ny utforming. Moderat og alvorlig OSAS reguleres i samme nummer i tabellen i § 24 nr. 1. Både EU-direktivet og de danske helsekravene er gitt slik felles utforming, og Helsedirektoratet ser at dette er hensiktsmessig også for norsk implementering av direktivet. Helsekravene ved alvorlig grad av OSAS kan med dette være oppfylt for alle grupper, dersom relevant spesialist attesterer at tilfredsstillende symptomkontroll er oppnådd, og føreren følger legens råd og anbefalinger. Det er en forutsetning at førerens eventuelle trøtthet forbedres før helseattest gis. Veileder vil omtale oppfølging og effekt av behandling for den enkelte pasient. Bestemmelsen vil med dette være i tråd med EU-direktivet. At helseattest kan gis anbefaling om inntil tre års varighet for gruppe 1, og med inntil ett års varighet for gruppe 2 og 3, er i tråd med EU-direktivets krav til jevnlig oppfølging.

Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser

§ 23. Generelle helsekrav ved søvnsykdommer

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

§ 24. Helsekrav ved spesifikke søvnsykdommer

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

	A	B	C
	Sykdom	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	<i>Moderat og alvorlig obstruktivt søvnapne syndrom (OSAS) når apne-hypopneindeks er over 15</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom relevant spesialist attesterer at tilfredsstillende symptomkontroll er oppnådd og føreren følger legens råd og anbefalinger. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil tre år av gangen.</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom relevant spesialist attesterer at tilfredsstillende symptomkontroll er oppnådd og føreren følger legens råd og anbefalinger. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen.</i>
2.	<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 med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>

Kapittel 11 – Hjerte- og karsykdommer

Bakgrunn

Det foreligger i dag ingen spesifikke helsekrav ved hjerte-/karsykdommer for førerkortgruppe 1, og vurdering av disse sakene gjøres etter 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.»

For førerkortgruppe 1 kan koronarsykdom innebære en særlig trafikksikkerhetsrisiko som gjør føreren uskikket til å føre motorvogn, slik at helsekravet etter gjeldende vedlegg 1 § 2 nr. 6 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. Hjerte- og karsykdommer representerer i dag ikke samme risiko for plutselige eller mer varige tilstander med nedsatt kjøreevne som da gjeldende vedlegg 1 trådte i kraft.

EU-direktiv 2006/126/EF vedlegg III punkt 9, 9.1, 9.2, 9.3 og 9.4 gir regler for hjerte- og karsykdommer. EU-rapporten «New Standards for Driving and Cardiovascular Diseases» ble lagt fram som Report of the Expert Group i oktober 2013. Gruppen hadde bred internasjonal sammensetning av høyt kompetente hjertespesialister med ulike grenspesialiteter. Denne rapporten har detaljerte og konkretiserte helsekrav ved ulike hjerte- og karsykdommer, og er lagt til grunn for Helsedirektoratets forslag til regelverk for helsekrav ved hjerte- og karsykdommer. Når nytt direktiv er klart, vil Helsedirektoratet vurdere om det må gjøres endringer i helsekravene ved hjerte- og karsykdommer i vedlegg 1.

I 2013 var det i alt 3 547 søknader om dispensasjon i gruppen *hjerte- og karsykdommer*. Av disse fikk 3 362 (95 %) hel eller delvis dispensasjon. De fleste søknader (2 796) gjaldt søkere med iskemisk hjertesykdom, der 95 % fikk dispensasjon.

Forslag sendt på høring

§ 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	Fører kortgruppe 1	Fører kortgruppe 2 og 3
1.	<i>Stabil angina pectoris eller asymptomatisk iskemisk hjertesykdom</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom</i> <ul style="list-style-type: none">a) <i>ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i>b) <i>ingen malign arytmi og</i>c) <i>ingen alvorlig hjertesvikt, NYHA IV</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom</i> <ul style="list-style-type: none">a) <i>ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i>b) <i>ingen malign arytmi</i>c) <i>normalt arbeids-EKG ved 75 % belastning</i>d) <i>ejeksjonsfraksjon over 35 % og</i>e) <i>funksjonsklasse NYHA I eller II</i> <i>Det kreves bruk av medikamentell behandling som reduserer risiko for videreutvikling av sykdommen</i>
2.	<i>Ustabil angina (UAP), gjennomgått hjerteinfarkt med ST-heving (STEMI) og uten ST-heving (NSTEMI)</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter fire uker dersom</i> <ul style="list-style-type: none">a) <i>ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i>b) <i>ingen malign arytmi og</i>c) <i>ingen alvorlig hjertesvikt, NYHA IV</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter seks uker dersom</i> <ul style="list-style-type: none">a) <i>ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i>b) <i>ingen malign arytmi</i>c) <i>normalt arbeids-EKG ved 75 % belastning</i>d) <i>ejeksjonsfraksjon over 35 % og</i>e) <i>funksjonsklasse NYHA I eller II</i> <i>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.</i>
3.	<i>Perkutan koronar intervensjon (PCI)</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter fire uker dersom</i> <ul style="list-style-type: none">a) <i>ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i>b) <i>ingen malign arytmi og</i>c) <i>ingen alvorlig hjertesvikt, NYHA IV</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter seks uker dersom</i> <ul style="list-style-type: none">a) <i>ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i>b) <i>ingen malign arytmi</i>c) <i>normalt arbeids-EKG ved 75 % belastning</i>d) <i>ejeksjonsfraksjon over 35 % og</i>e) <i>funksjonsklasse NYHA I eller II</i>

			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.
4.	Etter koronar by-pass (CABG)	Helsekrav oppfylt ved tilfredsstillende tilheling dersom a) ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning b) ingen malign arytmi og c) ingen alvorlig hjertesvikt, NYHA IV	Helsekrav oppfylt etter tilfredsstillende tilheling dersom a) ingen angina i hvile eller ved emosjonell belastning b) ingen malign arytmi c) normalt arbeids-EKG ved 75 % belastning d) ejeksjonsfraksjon over 35 % og e) funksjonsklasse NYHA I eller II 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.

§ 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 bevissthetspåvirkning	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 bevissthetspåvirkning

§ 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 arytmisituasjonen 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 arytmisituasjonen er akseptabel.	Helsekrav ikke oppfylt

		<i>Helseattest kan deretter gis for inntil ett år første gang og deretter for fem år om gangen.</i>	
4.	<i>Etter uberettiget støt fra ICD</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt før ICD-senter har avklart og rettet feilen</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
5.	<i>Etter skifte av ICD</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter en uke med smertefrihet</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
6.	<i>Etter replassering eller skifte av elektrode</i>	<i>Som ved primær profylaktisk implantasjon</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
7.	<i>ICD indisert til sekundær profylakse, men pasienten ønsker ikke dette</i>	<i>Jf. § 28, helsekrav ved ventrikkelarytmi og § 30, helsekrav ved hjertesvikt</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>

§ 30. Helsekrav ved hjertesvikt, klaffesykdommer og kardiomyopater

Ved hjertesvikt, klaffesykdommer og kardiomyopater 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.	<i>Hjertesvikt, NYHA I - II</i>	<i>Helsekrav oppfylt</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom a) ejeksjonsfraksjon over 35 % og b) normalt EKG ved 75 % belastning Helseattest kan gis for inntil ett år.</i>
2.	<i>Hjertesvikt, NYHA III</i>	<i>Helsekrav oppfylt</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
3.	<i>Hjertesvikt, NYHA IV</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
4.	<i>Kunstig hjerte - «ventricular assist device»</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre måneder etter vurdering av behandlende spesialist. Helseattest kan deretter gis for inntil ett år av gangen.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>
5.	<i>Hjertettransplanterte</i>	<i>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 %</i>	<i>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</i>

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.	Klaffeopererte	Helsekrav oppfylt etter tilstrekkelig sårtilheling forutsatt a) ingen alvorlige arytmier og b) ingen symptomer i funksjonsklasse IV. Antikoagulasjonsbehandling der dette er indisert etter medisinske retningslinjer. Helseattest kan gis for ett år første gang og deretter fem år av gangen.	Helsekrav oppfylt etter tilstrekkelig sårtilheling forutsatt a) ingen alvorlige arytmier b) ingen symptomer i funksjonsklasse III eller IV og c) ejeksjonsfraksjon over 35 % Antikoagulasjonsbehandling gitt etter medisinske retningslinjer. Helseattest kan gis for ett år av gangen
11.	Aortaaneurysme	Helsekrav oppfylt ved symptomfrihet	Helsekrav oppfylt ved a) symptomfrihet og b) diameter mindre enn 5,5 cm Helseattest kan gis for ett år av gangen.
12.	Aortadisleksjon	Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist ved a) symptomfrihet over fire uker og b) velkontrollert blodtrykk	Helsekrav ikke oppfylt

13.	<i>Hypertensjon</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom det etter medisinsk vurdering ikke foreligger økt trafikkikkerhetsrisiko</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom a) gjentatte målinger viser SBT under 180 mmHg og DBT under 110 mmHg og b) 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. 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: a) veggtykkelse mer enn 30 mm b) ikke-vedvarende VT (NVST) c) plutselig død hos førstegradsslektning d) manglende blodtryksrespons ved arbeidsbelastning</i>
15.	<i>Brugada syndrom</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt dersom det har vært hjertestans. 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 a) sannsynlig LQT-relatert synkope b) ventrikelarytmi av typen Torsade eller c) QTc mer enn 500 ms Helsekrav oppfylt dersom spesialist vurderer mindre enn 20 % årlig risiko for arytmi med bevissthetspåvirkning ved a) iverksatt behandling eller b) velfungerende ICD Helseattest kan gis for ett år av gangen</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt dersom det har vært a) sannsynlig LQT-relatert synkope b) ventrikelarytmi av typen Torsade eller c) QTc mer enn 500 ms</i>
17.	<i>Andre kardiomyopati (ARVD etc.)</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom relevant spesialist vurderer mindre enn 20 % årlig risiko for arytmi med bevissthetspåvirkning ved a) iverksatt behandling eller b) velfungerende ICD Helseattest kan gis for ett år av gangen</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt</i>

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Nordland har ingen vesentlige innvendinger til et omfattende tabellverk. Det bør stå at det er nødvendig med spesialisterklæring av ny dato og litt om hvilke undersøkelser som må være gjort.

Det stilles spørsmål om § 27, punkt 1-4 for gruppe 1, bør omformuleres til *ingen alvorlig hjertesvikt med symptomer i funksjonsklasse NYHA IV*, og om det er forsvarlig å anse helsekravene her oppfylt for fem år.

Til §§ 27 – 30 bør det presiseres at det må foreligge resultat av Holtermonitorering/24t-EKG for å utelukke malign arytmi.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus synes forslaget er godt gjennomtenkt og formulert.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag registrerer at det ikke er angitt hvor ofte hjerteundersøkelser hos spesialist skal gjennomføres. Der har man erfart både ny hjertesykdom og forverring av den aktuelle er blitt oppdaget når Fylkesmannen har etterspurt ny spesialistvurdering.

Fylkesmannen i Buskerud skriver det bør vurderes å ta med medfødte og ervervede hjertelidelser som gir kronisk hypoksi og økt risiko for embolisering.

Fylkesmannen i Vestfold mener *Ingen malign arytmi* bør suppleres med «bedømt med 24-timers EKG». Tabellene gir svært mange ulike tidsbegrensninger som legene kanskje ikke greier å være klar på. At det må settes riktig lengde på gyldighet av førerkort, må sikres ved elektronisk utfylling av skjemaet.

Oslo Universitetssykehus er positive til at «ventricle assist devices», LVAD, er tatt med som eget punkt. De anbefaler at behandlende spesialist skal vurdere pasientens tilstand 3 måneder etter uønsket hendelse med LVAD og ICD.

Helsedirektoratets vurderinger

Kapitlet om hjerte- og karsykdommer gjelder et stort antall ulike tilstander der helsekravene har tilsvarende variasjon. Innspillene fra høringsinstansene viser allmenn tilslutning til det regelverket som er foreslått med behov for enkelte presiseringer. Forskriftens krav om at en helseattest ikke skal være eldre enn 3 måneder ved fremleggelse bør sikre at helsekrav er oppfylt når føreretten gis fra trafikkstasjonens side.

Hjerte- og karsykdommer gir ofte endringer i funksjonsnivå, og dette må vurderes opp mot helsekravene. Der det oppstår ny hjertesykdom eller forverring av den eksisterende, skal det foretas en ny vurdering av om helsekrav er oppfylt. Veileder vil si noe om legens samlede vurdering, angivelse av helseattestens anbefaling av førerettens varighet samt behovet for spesialistuttalelser.

I høringsnotatet fra Fylkesmannen i Buskerud er det bemerket at medfødte og ervervede hjertelidelser som gir kronisk hypoksi og økt risiko for embolisering bør vurderes tatt med i tabellen. Medfødt hjertesykdom kan ha ulike funksjonssvikter. EU sin ekspertgruppe har funnet at de øvrige bestemmelsene for hjerte- og karsykdommer også omfatter tilstander som er medfødt. Det er derfor

ikke utarbeidet egne helsekrav for førerrett for denne gruppen. Dette er heller ikke gjort i Norge. Medfødt hjertesykdom skal vurderes etter helsekravene som fremgår av kapittel 11.

24 timer-EKG

Det er påpekt i høringssvar at det bør presiseres at det må foreligge resultat av 24 timer EKG i §§ 27 til 30 for å utelukke malign arytmie. Ved arytmie av klinisk betydning vil mange pasienter i dag bli undersøkt med 24 timer-EKG. Dette gjelder likevel ikke alle pasienter, og Helsedirektoratet har derfor valgt ikke å presisere 24 timer-EKG som et vilkår.

NYHA-klassifisering

Ved hjertesvikt har NYHA-klassifisering vært standard i en årrekke. Denne klassifiseringen skal være allment kjent blant leger som fyller ut helseattester til førerrett. Helsedirektoratet har ved ny gjennomgang av forskriften sett at denne ikke er konsistent utformet med tanke på angivelse av «NYHA» foran «funksjonsklasse». Helsedirektoratet har etter dialog med fagmiljø valgt å ta ut «NYHA».

Andre endringer i nytt forslag

Bestemmelsene i kapittel 11 følgende har fått nye paragrafnumre som følge av at høringsforslagets § 25 i kapittel 10 er fjernet.

EUs ekspertgruppe, som i oktober 2013 ga ut rapporten «New Standards for Driving and Cardiovascular Diseases», anbefalte at helsekrav anses oppfylt for førerkortgruppe 1 ved utskrivelse etter vellykket utført perkutan koronar intervensjon (PCI). For førerkortgruppe 2 og 3 er helsekravene tilsvarende oppfylt etter fire uker. I høringsnotatet var forslaget at helsekravet er oppfylt etter fire uker for førerkortgruppe 1 og seks uker for førerkortgruppe 2 og 3. De norske helsekravene fastsettes i overensstemmelse med rapporten. Helsekravene ved denne tilstanden hører inn under § 26, nr. 3 som endres i overensstemmelse med dette.

Ved ventrikkeltakykardi, § 27 nr. 8, er ordlyden endret når det gjelder vurdering av risiko for nye anfall, i tråd med endringer som er gjort i vedlegg 1 for øvrig. Helsedirektoratet har også omformulert ordlyden i § 29, nr. 14, 16 og 17. Helsedirektoratet har kommet frem til at en klinisk vurdering av at lav årlig risiko for nytt anfall med bevisstetspåvirkning tilsvare forslagetets bestemmelser om at det skal være mindre enn 20 % årlig risiko for nytt anfall med bevisstetspåvirkning. Tilsvarende vil en klinisk vurdering av svært lav årlig risiko for nytt anfall med bevisstetspåvirkning tilsvare forslagetets bestemmelser om at det skal være mindre enn 2 % årlig risiko for nytt anfall med bevisstetspåvirkning.

Helsedirektoratet har valgt å presisere henvisningen til øvrige helsekrav der ICD er indisert til sekundær profylakse, men pasienten ikke ønsker det i § 28 nr. 7. Helsedirektoratet ser at det ikke er nødvendig å henvise til helsekravene i § 29, og har presisert at helsekrav tidligst kan vurderes etter seks måneder der det har vært ventrikulære arytmier.

Krav til ejsjonsfraksjon etter gjennomført hjertetransplantasjon i § 29 nr. 5 senkes fra 55 % til 40 % for førerkortgruppe 2 og 3.

Veileder

Bestemmelse om helsekrav ved Brugada syndrom er angitt i § 29 nr. 15. Ved Brugada syndrom er helsekrav ikke oppfylt dersom det har vært hjertestans. Helsekrav kan være oppfylt etter

spesialistvurdering ved velfungerende ICD. Brugada syndrom kan også medføre synkope. Rapporten fra EUs ekspertgruppe anbefaler at det gis restriksjon i førerrett ved Brugada syndrom der det har vært synkope inntil ICD er implantert. Høringsforslaget inneholdt ingen regel om helsekrav ved Brugada syndrom etter synkope. Helsedirektoratet vil imidlertid understreke at helsekrav ikke vil være oppfylt i henhold til den generelle bestemmelsen i § 25 ved tilstander som kan føre til plutselig innsettende bevissthetspåvirkning. Veileder vil omtale vurdering av helsekrav ved Brugada syndrom etter synkope.

Oslo Universitetssykehus har påpekt at de mener at behandlende spesialist skal vurdere pasientens tilstand 3 måneder etter uønsket hendelse med LVAD og ICD. Veileder vil si noe om dette.

Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser

§ 25. Generelle helsekrav ved hjerte- og karsykdommer

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

§ 26. 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 § 25.

	A	B	C
	Koronarsykdom	Fører kortgruppe 1	Fører kortgruppe 2 og 3
1.	<i>Stabil angina pectoris eller asymptomatisk iskemisk hjertesykdom</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom</i> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>det ikke er angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i> b) <i>det ikke er malign arytmi og</i> c) <i>det ikke er hjertesvikt i funksjonsklasse IV</i> 	<i>Helsekrav oppfylt dersom</i> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>det ikke er angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i> b) <i>det ikke er malign arytmi</i> c) <i>arbeids-EKG er normalt ved 75 % belastning</i> d) <i>ejeksjonsfraksjon er over 35 % og</i> e) <i>funksjonsklasse er I eller II</i> <p><i>Det kreves bruk av medikamentell behandling som reduserer risiko for videreutvikling av sykdommen.</i></p>
2.	<i>Ustabil angina (UAP), gjennomgått hjerteinfarkt med ST-heving (STEMI) og uten ST-heving (NSTEMI)</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter fire uker dersom</i> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>det ikke er angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i> b) <i>det ikke er malign arytmi og</i> c) <i>det ikke er hjertesvikt i funksjonsklasse IV</i> 	<i>Helsekrav oppfylt etter seks uker dersom</i> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>det ikke er angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i> b) <i>det ikke er malign arytmi</i> c) <i>arbeids-EKG er normalt ved 75 % belastning</i> d) <i>ejeksjonsfraksjon er over 35 % og</i> e) <i>funksjonsklasse er I eller II</i>

			<p><i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år, før førerrett kan gis med vanlig varighet.</i></p> <p><i>Det kreves bruk av medikamentell behandling som reduserer risiko for videreutvikling av sykdommen.</i></p>
3.	Etter utført Perkutan koronar intervensjon (PCI)	<p>Helsekrav oppfylt ved utskrivelse dersom</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>det ikke er angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i> b) <i>det ikke er malign arytmi og</i> c) <i>det ikke er hjertesvikt i funksjonsklasse IV</i> 	<p>Helsekrav oppfylt etter fire uker dersom</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>det ikke er angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i> b) <i>det ikke er malign arytmi</i> c) <i>arbeids-EKG er normalt ved 75 % belastning</i> d) <i>ejeksjonsfraksjon er over 35 % og</i> e) <i>funksjonsklasse er I eller II</i> <p><i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år, før førerrett kan gis med vanlig varighet.</i></p> <p><i>Det kreves bruk av medikamentell behandling som reduserer risiko for videreutvikling av sykdommen.</i></p>
4.	Etter koronar by-pass (CABG)	<p>Helsekrav oppfylt ved tilfredsstillende tilheling dersom</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>det ikke er angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i> b) <i>det ikke er malign arytmi og</i> c) <i>det ikke er hjertesvikt i funksjonsklasse IV</i> 	<p>Helsekrav oppfylt etter tilfredsstillende tilheling dersom</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>det ikke er angina i hvile eller ved emosjonell belastning</i> b) <i>det ikke er malign arytmi</i> c) <i>arbeids-EKG er normalt ved 75 % belastning</i> d) <i>ejeksjonsfraksjon er over 35 % og</i> e) <i>funksjonsklasse er I eller II</i> <p><i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år, før førerrett kan gis med vanlig varighet.</i></p> <p><i>Det kreves bruk av medikamentell behandling som reduserer risiko for videreutvikling av sykdommen.</i></p>

--	--	--	--

§ 27. 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 § 25.

	A	B	C
	Arytmitype	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	Atrieflimmer og flutter uten synkope	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 etter anbefaling fra relevant spesialist.	Helsekrav oppfylt tre måneder etter vellykket behandling og etter anbefaling fra relevant spesialist.
4.	Wolf-Parkinson-White (WPW), AV-knute re-entry takykardi (AVNRT) 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 etter anbefaling fra relevant spesialist.
5.	WPW, AVNRT og AVRT med synkope	Helsekrav oppfylt en uke etter vellykket behandling og etter anbefaling fra relevant spesialist.	Helsekrav oppfylt tre måneder etter vellykket behandling og etter anbefaling fra relevant spesialist.
6.	Bradykardi uten synkope med	Helsekrav oppfylt en uke etter vellykket implantasjon av pacemaker, dersom	Helsekrav oppfylt en uke etter vellykket implantasjon av

	<i>indikasjon for pacemaker</i>	<i>tilstanden følges opp av relevant spesialist.</i>	<i>pacemaker, dersom tilstanden følges opp av relevant spesialist.</i>
7.	<i>Bradykardi med synkope med indikasjon for pacemaker</i>	<i>Helsekrav oppfylt en uke etter vellykket implantasjon av pacemaker, dersom tilstanden følges opp av relevant spesialist.</i>	<i>Helsekrav oppfylt fire uker etter vellykket implantasjon av pacemaker, dersom tilstanden følges opp av relevant spesialist.</i>
8.	<i>Ventrikkeltakykardi (VT)</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter behandling og oppfølging hos relevant spesialist dersom denne vurderer lav årlig risiko for anfall med bevissthetspåvirkning.</i> <i>Helsekrav ikke oppfylt ved strukturell hjertesykdom og vedvarende VT.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter behandling og oppfølging hos relevant spesialist dersom denne vurderer svært lav årlig risiko for anfall med bevissthetspåvirkning.</i> <i>Helsekrav ikke oppfylt ved polymorf VT, ikke-vedvarende VT og vedvarende VT.</i>

§ 28. Helsekrav for implanterte defibrillatorer (ICD)

Ved bruk av implanterte defibrillatorer som inngår i tabellen i annet ledd, gjelder bestemmelsene i tabellen. Listen over sykdomstilstander med bruk av ICD i tabellen er ikke uttømmende. Ved all bruk av ICD gjelder helsekravet i § 25.

	A	B	C
	Type/indikasjon/behandling	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	<i>Primærprofylaktisk ICD</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter en uke dersom kontroll viser god funksjon.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>
2.	<i>Sekundærprofylaktisk ICD</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre måneder dersom vurdering ved ICD-senter viser at arytmisituasjonen er akseptabel.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år, før førerrett kan gis for inntil fem år av gangen.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>
3.	<i>Etter berettiget støt fra ICD</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre måneder dersom vurdering ved ICD-senter viser at arytmisituasjonen er akseptabel.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>

		<i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år, før førerrett kan gis for inntil fem år av gangen.</i>	
4.	<i>Etter uberettiget støt fra ICD</i>	<i>Helsekrav oppfylt når ICD-senter har avklart og rettet feilen.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>
5.	<i>Etter skifte av ICD</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter en uke med smertefrihet.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>
6.	<i>Etter replassering eller skifte av ledning</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter en uke dersom kontroll viser god funksjon.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>
7.	<i>ICD indisert til sekundær profylakse, men pasienten ønsker ikke dette</i>	<i>Helsekrav gjelder som ved spesifikke hjertearytmier, jf. § 29.</i> <i>Etter ventrikulære arytmier kan helsekrav tidligst vurderes etter seks måneder.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>

§ 29. 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 § 25.

	A	B	C
	Diagnose	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	<i>Hjertesvikt, funksjonsklasse I - II</i>	<i>Helsekrav oppfylt.</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom</i> a) <i>ejeksjonsfraksjon er over 35 % og</i> b) <i>EKG er uten tegn til iskemi eller arytmie ved 75 % belastning</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen.</i>
2.	<i>Hjertesvikt, funksjonsklasse III</i>	<i>Helsekrav oppfylt.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>
3.	<i>Hjertesvikt, funksjonsklasse IV</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>

4.	Kunstig hjerte - «left ventricular assist device» (LVAD)	Helsekrav oppfylt etter tre måneder etter vurdering av behandlende spesialist. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen.	Helsekrav ikke oppfylt.
5.	Hjertetransplanterte	Helsekrav oppfylt en måned etter utskrivelse dersom a) det ikke er angina i hvile eller ved emosjonell belastning b) det ikke er malign arytmi c) det ikke er hjertesvikt i funksjonsklasse IV d) ejeksjonsfraksjon er over 35 %	Helsekrav oppfylt for førerkortgruppe 2 etter ett år dersom a) ejeksjonsfraksjon er over 40 % b) arbeids-EKG er uten tegn til iskemi eller arytmi ved 75 % belastning og c) det ikke er graft-rejeksjon av betydning Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for førerkortgruppe 2 for inntil ett år av gangen. Helsekrav ikke oppfylt for førerkortgruppe 3.
6.	Aortastenose	Helsekrav er oppfylt dersom a) stenosen ikke har gitt synkope og b) det ikke er hjertesvikt i funksjonsklasse IV Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen.	Helsekrav er oppfylt dersom a) stenosen ikke har gitt synkope b) det ikke er hjertesvikt i funksjonsklasse III eller IV og c) stenosen ikke er vurdert som «alvorlig» ved ekkokardiografi Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen.
7.	Aortainsuffisiens	Helsekrav oppfylt, med mindre klaffefeilen gir hjertesvikt i funksjonsklasse IV.	Helsekrav er oppfylt, med mindre klaffefeilen gir hjertesvikt i funksjonsklasse III eller IV.
8.	Mitralstenose	Helsekrav oppfylt, med mindre det har vært synkope.	Helsekrav er oppfylt, med mindre a) klaffefeilen gir hjertesvikt i funksjonsklasse III eller IV eller b) det er alvorlig pulmonal hypertensjon
9.	Mitralinsuffisiens	Helsekrav er oppfylt, med mindre klaffefeilen gir hjertesvikt i funksjonsklasse IV	Helsekrav er oppfylt, med mindre a) klaffefeilen gir hjertesvikt i funksjonsklasse III eller IV, eller

			b) ejeksjonsfraksjon er under 35 %
10.	Klaffeopererte	<p>Helsekrav oppfylt etter tilstrekkelig sårtilheling dersom</p> <ul style="list-style-type: none"> a) det ikke er alvorlige arytmier og b) det ikke er hjertesvikt i funksjonsklasse IV og c) antikoagulasjonsbehandling er gitt der dette er indisert etter medisinske retningslinjer <p>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil ett år, før førerett kan gis for inntil fem år av gangen.</p>	<p>Helsekrav oppfylt etter tilstrekkelig sårtilheling dersom</p> <ul style="list-style-type: none"> a) det ikke er alvorlige arytmier b) det ikke er hjertesvikt i funksjonsklasse III eller IV og c) ejeksjonsfraksjon er over 35 % d) antikoagulasjonsbehandling er gitt etter medisinske retningslinjer <p>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil ett år av gangen.</p>
11.	Aortaaneurisme	Helsekrav oppfylt ved symptomfrihet.	<p>Helsekrav oppfylt ved symptomfrihet og aortaaneurismet har en diameter mindre enn 5,5 cm.</p> <p>Helseattest kan gis med anbefaling om førerett for inntil ett år av gangen.</p>
12.	Aortadisleksjon	<p>Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist dersom det foreligger</p> <ul style="list-style-type: none"> a) symptomfrihet over fire uker og b) velkontrollert blodtrykk 	Helsekrav ikke oppfylt.
13.	Hypertensjon	Helsekrav oppfylt dersom det etter medisinsk vurdering ikke foreligger økt trafikkikkerhetsrisiko.	<p>Helsekrav oppfylt dersom</p> <ul style="list-style-type: none"> a) gjentatte målinger viser SBT under 180 mmHg og DBT under 110 mmHg og b) det er oppnådd stabile verdier uten bivirkninger som påvirker kjøreevnen
14.	Hypertrofisk kardiomyopati	<p>Helsekrav oppfylt, med mindre det har vært synkope.</p> <p>Etter synkope er helsekrav oppfylt bare dersom tilstanden er tilfredsstillende behandlet og spesialist vurderer lav årlig risiko for ny synkope.</p>	<p>Helsekrav er oppfylt, med mindre det har vært synkope eller to av følgende risikofaktorer er til stede:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) veggtykkelse mer enn 30 mm b) ikke-vedvarende VT eller vedvarende (NVST) c) plutselig død hos førstegradsslektning

			d) manglende blodtrykksrespons ved arbeidsbelastning
15.	Brugada syndrom	<p>Helsekrav ikke oppfylt dersom det har vært hjertestans.</p> <p>Helsekrav kan være oppfylt etter spesialistvurdering ved velfungerende ICD.</p>	Helsekrav ikke oppfylt dersom det har vært hjertestans.
16.	Lang QT-syndrom	<p>Helsekrav ikke oppfylt dersom det har vært</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sannsynlig LQT-relatert synkope b) ventrikkelarytmi av typen Torsade eller c) QTc mer enn 500 ms <p>Helsekrav oppfylt dersom spesialist vurderer lav årlig risiko for arytmi med bevissthetspåvirkning ved</p> <ul style="list-style-type: none"> a) iverksatt behandling eller b) velfungerende ICD <p>Helseattest kan gis med anbefaling om førerett for inntil ett år første gang, siden fem år av gangen.</p>	<p>Helsekrav ikke oppfylt dersom det har vært</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sannsynlig LQT-relatert synkope b) ventrikkelarytmi av typen Torsade eller c) QTc mer enn 500 ms
17.	Andre kardiomyopati (ARVC etc.)	<p>Helsekrav oppfylt dersom relevant spesialist vurderer lav årlig risiko for arytmi med bevissthetspåvirkning ved</p> <ul style="list-style-type: none"> a) iverksatt behandling eller b) velfungerende ICD <p>Helseattest kan gis med anbefaling om førerett for inntil ett år første gang, siden fem år av gangen.</p>	Helsekrav ikke oppfylt.

Kapittel 12 – Diabetes

Bakgrunn

Gjeldende bestemmelser for førerrett ved diabetes mellitus finnes i dag i for førerkortgruppe 1 i **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 **Vedlegg 1 § 3 nr. 5:**

«Ved diabetes som behandles med insulin eller andre blodsukkersenkende medikamenter, må

a) det ikke har 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.

Førererkortet kan ikke gis lenger gyldighetstid enn 3 år.»

Tilleggskrav for førerkortgruppe 3 i **Vedlegg 1 § 4 nr. 3:**

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

For alle førerkortklasser: **Vedlegg 1 § 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.»

Førererkortforskriften § 4-1 første ledd annet punktum:

«Førererkortet skal ha varighet på maksimalt fem år dersom innehaveren har diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre antidiabetika.»

Forslag til nytt vedlegg 1 kapittel 12 – sendt på høring 15. desember 2014

Forslag til nytt vedlegg 1 til førerkortforskriften som ble sendt på høring 15. desember 2014, hadde følgende bestemmelser for helsekrav til førerett ved diabetes:

§ 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 hypoglykemi og farene det kan medføre og c) har sykdomsinnsikt og følger legens råd/anbefalinger Helseattest kan gis for inntil fem år av gangen.	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 b) har full innsikt i utvikling av hypoglykemi og farene det kan medføre c) har sykdomsinnsikt og følger legens råd/anbefalinger d) kontrollerer sitt blodsukker to ganger daglig og e) har årlig oppfølging av sykdommen etter nasjonale retningslinjer Helseattest kan gis for inntil tre år av gangen.
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.

Ny høring

Dagens bestemmelser i vedlegg 1 er i tråd med direktiv 2009/113 EF av 25. august 2009. EU-direktivets bestemmelser om helsekrav ved diabetes ble implementert i norsk rett i 2011 ved endring av vedlegg 1. Samtidig har det vært gitt dispensasjon fra bestemmelsene til rundt 1.100 søkere pr. år.

Etter innspill i høringsrunden og dialog med fagmiljøene valgte Helsedirektoratet å endre forslaget til helsekrav for diabetes og be Vegdirektoratet sende forslaget på ny høring. De foreslåtte endringene er innenfor rammen av EU-direktivet. Høringsfrist ble satt til 6. november 2015.

Foreslåtte endringer ved ny høring fremkommer blant annet i punkt 2 i høringsnotatet av 25. september 2015:

«I forslaget som ble sendt på høring i desember 2014 var det stilt krav om at det ikke må ha vært noe tilfelle av alvorlig hypoglykemi siste 12 måneder for å oppfylle helsekravene for førerkortgruppe 1. EU-direktiv 2009/113/EF krever at det ikke må ha vært *mer enn ett* anfall av alvorlig hypoglykemi i løpet av en 12 måneders periode.

Helsedirektoratet foreslår i ny høring at det for førerkortgruppe 1 stilles samme krav som i EU-direktivet. Førerkortgruppe 1 omfatter lette klasser, herunder vanlig personbil.

I henhold til EU-direktivet bør det ikke ha vært noe tilfelle av alvorlig hypoglykemi siste 12 måneder for å få førerrett i førerkortgruppe 2 (tunge klasser). EU-direktivet opererer bare med to førerkortgrupper. Gruppe 2 omfatter også norsk førerkortgruppe 3.

Flere høringsinstanser har påpekt at krav om ingen alvorlig hypoglykemi siste 12 måneder for førerrett i tunge klasser (lastebil og buss), og svært begrenset mulighet for dispensasjon, ville gi en innskjerping som blant annet ville ramme mange yrkessjåfører, uten at det ble ansett å være grunnlag for et slikt krav av hensyn til trafikksikkerheten.

Helsedirektoratet foreslår i ny høring bestemmelser som lempet på dette kravet, slik at det på nærmere bestemte vilkår og med oppfølging av spesialist, vil være mulig å få helseattest for førerkortgruppe 2 og 3 etter en observasjonstid på minst tre måneder, alternativt minst seks måneder. For personer som behandles med insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi, innføres det et krav i tunge klasser om at det ved årlig oppfølging av sykdommen etter nasjonale retningslinjer, skal legges fram en logg med tre måneders elektronisk registrering av blodsukker. Se nærmere omtale i punkt 11 – «Helsedirektoratets vurderinger.»

Personer som har diabetes type 1 eller 2 og bruker insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi, vil ikke fylle helsekravene for kompetansebevis for utrykningskjøring og kjøreseddel for persontransport med buss.»

Forslag til nytt kapittel 12 sendt på høring 25. september 2015

§ 31. Generelle helsekrav ved diabetes

Helsekrav er ikke oppfylt dersom det ved diabetes er fare for bevissthetspåvirkning under føring av motorvogn, eller sykdommen har ført til funksjonssvikt der dette medfører økt trafikksikkerhetsrisiko.

§ 32. Helseattest ved diabetes

Personer med diabetes som fyller helsekravene etter § 31 og som ikke bruker insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi, kan gis helseattest for inntil fem år i førerkortgruppe 1 og inntil tre år i førerkortgruppe 2 og 3.

§ 33. Spesifikke helsekrav ved bruk av legemidler som kan gi hypoglykemi

Ved behandling med insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi, gjelder bestemmelsene i tabellen i annet ledd i tillegg til de generelle helsekravene etter § 31.

A	B	C
Diabetes type 1 og 2	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2
Personer som behandles med insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi	Helsekrav oppfylt dersom føreren a) ikke har hatt mer enn ett anfall av hypoglykemi med behov for bistand fra andre personer siste tolv måneder b) har full innsikt i utvikling av hypoglykemi og farene det kan medføre og c) følger legens råd/anbefalinger, herunder anbefaling om egenmåling av blodsukker i forbindelse med føring av motorvogn Helseattest kan gis for inntil fem år. Etter et anfall av hypoglykemi med behov for bistand fra annen person kan helseattest gis for inntil ett år første gang, deretter for inntil fem år.	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 hypoglykemi og farene det kan medføre c) følger legens råd/anbefalinger d) kontrollerer sitt blodsukker minst to ganger daglig; ikke mer enn to timer før kjørestart og siden hver annen time, eller oftere dersom det er nødvendig, inntil kjøringen avsluttes og e) har årlig oppfølging av sykdommen etter nasjonale retningslinjer med fremleggelse av logg for de siste tre måneder med måling av blodsukker

			Helseattest kan gis for ett år første gang, deretter for inntil tre år av gangen.
--	--	--	---

§ 34. Spesifikke helsekrav for førerkortgruppe 3 ved bruk av legemidler som kan gi hypoglykemi.

Personer med diabetes type 1 og 2 som behandles med insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi, fyller ikke helsekravene for førerkortgruppe 3. Helseattest for førerkortgruppe 3 kan, med de unntak som følger av annet ledd, likevel gis med samme varighet som for gruppe 2, dersom vilkårene etter § 33 punkt C bokstav a til e er oppfylt.

Personer som behandles med legemidler som nevnt i første ledd, kan ikke gis helseattest for kompetansebevis for utrykningskjøring og kjøreseddel for persontransport med buss.

§ 35. Helsekrav etter hypoglykemi med behov for bistand fra annen person

Alternativ a)

Personer som behandles med insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi, og som siste 12 måneder har hatt et anfall av hypoglykemi med behov for bistand fra annen person, kan etter individuell vurdering og minimum tre måneder observasjonstid etter anfallet gis helseattest for førerkortgruppe 2 og 3 dersom følgende vilkår er oppfylt:

- at relevant spesialist bekrefter at endret behandlings- og kontrollopplegg har ført til at risikoen for nytt anfall av hypoglykemi med behov for bistand fra annen person er svært lav og at det er gjennomført kontinuerlig vevsglukosemåling av minst 5 dagers varighet og
- at vilkårene i § 33 punkt C bokstav b til e for å få helseattest for førerkortgruppe 2 er oppfylt.

Helseattest kan gis for inntil ett år første gang, deretter for inntil tre år av gangen.

Helseattest etter første og annet ledd kan ikke gis for kompetansebevis for utrykningskjøring og kjøreseddel for persontransport med buss.

Alternativ b)

Personer som behandles med insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi, og som siste 12 måneder har hatt et anfall av hypoglykemi med behov for bistand fra annen person, kan etter individuell vurdering og minimum seks måneder observasjonstid etter anfallet gis helseattest for førerkortgruppe 2 og 3 dersom følgende vilkår er oppfylt:

- at relevant spesialist bekrefter at endret behandlings- og kontrolløpplagg har ført til at risikoen for nytt anfall av hypoglykemi med behov for bistand fra annen person er svært lav og at det er gjennomført kontinuerlig vevsglukosemåling av minst 5 dagers varighet og
- at vilkårene i § 33 punkt C bokstav b til e for å få helseattest for førerkortgruppe 2 er oppfylt.

Helseattest kan gis for inntil ett år første gang, deretter for inntil tre år av gangen.

Helseattest etter første og annet ledd kan ikke gis for kompetansebevis for utrykningskjøring og kjøreseddel for persontransport med buss.

Høringsinstansenes syn

I tillegg til å åpne for innspill på forslaget til endring av helsekravene ved diabetes som helhet, ble det i høringsnotatet stilt følgende spørsmål til høringsinstansene:

- Er de foreslåtte vilkårene i § 35 hensiktsmessige for å ivareta trafikksikkerheten?
- |- Hvor lang bør minimum observasjonstid etter et anfall av alvorlig hypoglykemi være dersom øvrige vilkår i § 35 er oppfylt?

Det kom inn 24 hørings svar.

Diabetesforbundet

Diabetesforbundet mener det er bra at det presiseres at de særskilte helsekravene kun gjelder for de som bruker legemidler som kan gi hypoglykemi. Forbundet støtter de spesifikke helsekravene til førerkortgruppe 1, men synes formuleringene om helseattestens varighet er uklare. Det må fremgå av veileder om legen fortsatt skal melde til Fylkesmannen ved alvorlige tilfelle av hypoglykemi.

Forbundet støtter også de spesifikke helsekravene til førerkortgruppe 2, men mener kravet om egenmåling av blodsukkeret to timer før kjørestart gir for langt tidsintervall mellom måling og kjøring. Det medfører en risiko for at fall i blodsukkeret ikke oppdages når en begynner å kjøre. Måling av blodsukkeret en halv time før kjørestart er bedre, skriver forbundet. Det gjør det mulig å korrigere, slik at blodsukkeret ligger innenfor normalområdet før man kjører.

Når det gjelder førerkortgruppe 3, er forbundet fornøyd med at det nye forslaget åpner for at personer med diabetes som bruker legemidler som kan gi hypoglykemi, kan få førerkort i gruppe 3 dersom særskilte vilkår oppfylles.

Helsekravene i § 35 med de foreslåtte vilkårene vil være hensiktsmessige for å ivareta trafikksikkerheten, mener Diabetesforbundet, men observasjonstid bør beregnes fra igangsatt tiltak, og ikke fra anfallstidspunkt. Det er resultatet av de tiltakene som er satt i verk for å redusere risikoen for ny alvorlig hypoglykemi, som må vurderes før det blir avgjort om fører kan få helseattest.

Forbundet skriver at vilkårene ikke bør legge føringer for hvordan blodsukkeret skal monitoreres i observasjonstiden. Et absolutt krav om gjennomført kontinuerlig vevsglukosemåling av minst 5

dagers varighet er uheldig, både av praktiske og økonomiske grunner, påpekes det. Diabetesforbundet foreslår at det i stedet stilles krav om «hyppig måling av blodsukkeret, minst 9 ganger daglig, fastende om morgenen og før og etter måltidene gjennom dagen i totalt 10 dager, eller gjennomført kontinuerlig vevsglukosemåling av minst 5 dagers varighet.»

Fylkesmannen i Nordland

Fylkesmannen i Nordland ville i utgangspunktet ønsket en observasjonstid på 12 måneder for alle førerkortgrupper før det blir gitt helseattest. Etter en samlet vurdering finner Fylkesmannen likevel å kunne slutte seg til det fremlagte reviderte forslaget til helsekrav.

Det bør stilles krav om seks måneders observasjonstid etter et anfall, og dette bør gjelde for alle førerkortgrupper, mener Fylkesmannen.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag mener de foreslåtte tiltakene for kvalitetssikring av stabilt blodsukker er en forbedring med hensyn til trafikksikkerhet.

Det er nok med tre måneders observasjonstid, jf. forslaget til § 35, alternativ a). Observasjonstiden etter hypoglykemi bør imidlertid vurderes individuelt, og vurdering av fastlege, eventuelt indremedisiner, er tilstrekkelig.

Fylkesmannen viser til at mange bussjåfører i dag har fått dispensasjon fra helsekravene og vil bli rammet av en innskjerping av kravene. Overgangsordninger bør vurderes. Fylkesmannen mener imidlertid at det vurderes å sette vilkår om bruk av moderne blodsuktermålere framfor totalforbud mot kjøreseddel for buss. Et totalforbud vil være unødvendig inngripende og ekskludere mange fra yrkeslivet.

Paragraf 35 bør også omfatte lavere klasser, mener Fylkesmannen.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Fylkesmannen i Oslo og Akershus støtter forslaget om at det for førerkortgruppe 1 stilles samme krav som i EU-direktivet (ikke mer enn ett anfall i løpet av 12 måneder), men mener det hadde vært ønskelig at en lege etter et anfall attesterte på at behandlingen hadde vært gjennomgått og eventuelt justert for å hindre gjentakelse.

For førerkortgruppe 2 mener Fylkesmannen det bør stilles krav om at det ikke har forekommet hypoglykemi de siste 12 månedene. Kravene for førerkortgruppe 3 burde være strengere, «for eksempel slik at insulinavhengige diabetikere (type 1) ikke gis førerrett i førerkortgruppe 3, og at ikke-insulinavhengige diabetikere (type 2) bare gis førerrett dersom det aldri har forekommet alvorlig hypoglykemi».

For å unngå hyppige endringer av regelverket, anbefaler Fylkesmannen å vurdere muligheten for å avvente endring av EU-direktivet før det iverksettes nye helsekrav.

Fylkesmannen i Buskerud

Fylkesmannen i Buskerud mener at forslaget til nytt kapittel 12 reiser flere problemstillinger mht. om hensynet til trafiksikkerhet faktisk er ivaretatt. I høringssvaret reises det spørsmål om skillet mellom sjåførere med akkurat samme sykdom som driver ulik type kjøring av tyngre kjøretøy eller frakt av personer (privat kjøring av buss/minibuss, yrkeskjøring med drosje, yrkeskjøring med minibuss som drosje og yrkeskjøring med vanlig buss) er ivaretatt på objektive kriterier for å sikre mest mulig lik og rettferdig saksbehandling.

-Det er vår oppfatning at så ikke er tilfelle, og at det vil bli svært krevende for fastlegene å følge opp dette regelverket i sitt praktiske arbeid. Slik forslaget fremstår, vil det også bli en krevende oppgave for Fylkesmannen å veilede fastlegene.

Fylkesmannen i Østfold

Fylkesmannen i Østfold ønsker at det utarbeides en liste over medikamenter - i tillegg til insulin – som kan gi hypoglykemi. Dette vil øke sikkerheten for legen gjør en riktig vurdering som er forenlig med bestemmelsene i § 32, ved utfylling av helseattest.

Tre måneders observasjonstid anses tilstrekkelig, jf. forslaget § 35 a).

Fylkesmannen i Aust-Agder og Fylkesmannen i Vest-Agder

Fylkesmannen i Agder-fylkene har avgitt en felles høringsuttalelse. De mener de foreslåtte vilkårene i § 35 er hensiktsmessige for å ivareta trafiksikkerheten, men har ikke synspunkter på observasjonstid.

De viser til at etter dagens retningslinjer kan personer med diabetes som kun behandles med tabletter, få dispensasjon for kjøreseddel for buss, også som førstegangsutstedelse. Det er flere bussjåførere som har tablettbehandlet diabetes type 2 i Agder-fylkene, og som har fått dispensasjon i tråd med retningslinjene. Fylkesmannen i de to fylkene mener det er urimelig å utelukke denne gruppen fra å få kjøreseddel med buss. De viser også til at politiet som er den myndighet som utsteder kjøresedler, ikke skiller på om kjøreseddelen gjelder drosje eller buss.

EU-direktivet har ikke skille mellom førerkortgruppe 2 og 3. Særregler for diabetes og gruppe 3 i Norge bidrar derfor ikke til harmonisering av reglene i EU-landene, heter det i uttalelsen.

Statens vegvesen v/TK Fagseksjon

Statens vegvesen – TK Fagseksjon støtter det nye forslaget til § 34 som innebærer at trafikklærere og førerprøvesensorer kan få helseattest for førerkortgruppe 3 med samme varighet som for gruppe 2.

Trafiksikkerheten for disse yrkesgruppene anses å være ivaretatt på hensiktsmessig måte i forslaget til § 35 for personer som har hatt alvorlig hypoglykemi. Et viktig moment med hensyn til trafikklærere og førerprøvesensorer er at de ikke er fysisk fører av kjøretøyet.

Statens vegvesen kan ikke uttale seg om hva som er nødvendig observasjonstid, men påpeker at med de erfaringer som er gjort om underrapportering av hypoglykemi i våre naboland, bør observasjonstiden ikke være for lang, men lang nok til at behandlende lege får gjort en god nok vurdering av pasienten.

NAF Norges Automobil-Forbund

NAF gir sin tilslutning til det fremlagte forslaget og signalene man gir om spørsmål som vil bli omtalt i veilederen.

Til tross for at det nye regelverket forhåpentlig vil redusere faren for at personer med diabetes unnlater å fortelle legen om episoder med hypoglykemi i frykt for å miste føreretten, mener NAF at det trolig fortsatt vil være mørketall, fordi en del ikke vet at de har diabetes og/eller sykdommen ikke er registrert. Siden diabetikere med «følging» kan representere en trafikkrisiko, vil det etter NAFs oppfatning være viktig at man i forlengelsen av det nye regelverket, søker å finne tiltak som kan redusere mørketallene.

Kongelig Norsk Automobilklubb (KNA)

KNA mener utformingen av § 35 alternativ a) bør gi tilstrekkelig sikkerhet med de vilkår som stilles i første ledd og med de begrensninger som ligger i tredje ledd.

MA – rusfri trafikk og livsstil

MA – rusfri trafikk og livsstil er positiv til at det i forslaget til nye helsekrav stilles samme krav som i EU-direktivet.

Norges Lastebileier-Forbund (NLF)

NLF støtter de foreslåtte endringene til nye bestemmelser i kapittel 12. Forbundet mener imidlertid at sjåfører som alt har førerrett i klasse C/CE, etter dispensasjon gitt i medhold av dagens regelverk, bør få beholde dispensasjonen så lenge han/hun ønsker. Forutsetningen er at helsetilstanden som lå til grunn for innvilget dispensasjon, ikke har forverret seg, og at andre helsemessige forhold ikke har overskredet grenser satt i vedlegg 1 for angjeldende helsetilstand. Hensynet til den enkeltes yrkesutøvelse og inntektsgivende arbeid bør i slike tilfelle veie tyngre enn et ønske om en enklere administrasjon av dispensasjonsmulighetene.

NLF gjentar derfor sitt forslag fra første høringsrunde om at det i forslaget til vedlegg 1 § 7 Dispensasjon tas inn følgende: «*Dispensasjon kan gis der det etter en samlet vurdering av helsetilstand og trafikksikkerhet vil være åpenbart urimelig å avslå en søknad om dispensasjon, og særlig dersom den helsemessige begrunnelsen for dispensasjon ikke har forverret seg*».

Den norske legeforening

Legeforeningen anser de nye helsekravene til førerrett ved diabetes som hensiktsmessige for å styrke trafikksikkerheten.

Forskriften bør bruke den presise betegnelsen «legemidler som kan gi hypoglykemi», og i veilederen bør det komme tydelig frem hvilke medikamenter det gjelder, mener legeföreningen.

Norges Optikerforbund

Norges Optikerforbund mener at et styrket samarbeid mellom fastlege og optikere vil være hensiktsmessig i oppfølgingen av diabetespasienter med førerkort.

Forbundet viser til at tall fra øyelegenes KONUS-rapport tyder på at kun en av seks av de rundt 37.000 her i landet med diabetes med høy risiko for synsproblemer, følges etter intensjonene i de nasjonale faglige retningslinjene. Helsedirektoratets høring burde i større grad ivarettatt Stortingets intensjoner om bedre utnyttelse av primærhelsetjenesten i diskusjonen i denne høringen.

Det vil i nær fremtid være teknologi tilgjengelig som overvåker en persons blodsukker, for eksempel gjennom kontinuerlig måling av blodsukkerverdier via en kontaktlinse. Høringen burde åpnet for at fremtidens teknologi kan åpne for andre måter å følge opp diabetes på, skriver optikerforbundet.

Direktoratet for arbeidstilsynet

Arbeidstilsynet støtter de foreslåtte endringene i kapittel 12. Vilåårene i § 35 anses hensiktsmessige for å ivareta trafikksikkerheten. Siden konsekvensen av alvorlig hypoglykemi under kjøring i førerkortgruppe 2 og 3 med stor sannsynlighet kan være fatal både for sjåfør og andre trafikanter, mener Arbeidstilsynet at alternativ b) med minimum seks måneders observasjonstid etter anfallet bør gjelde.

Når det gjelder yrkessjåfører, er godkjent bedriftshelsetjeneste et godt alternativ eller tillegg til fastlege med tanke på oppfølging og kontroll over sykdommen, påpekes det.

Landsorganisasjonen i Norge

LO har gjennomgått forslaget til helsekrav ved diabetes med særlig henblikk på yrkessjåfører innen gods- og persontransport. LO mener forslaget både ivaretar yrkesgruppens interesser og trafikksikkerheten på en god måte.

Autoriserte Trafikkskolers Landsforbund (ATL)

ATL er positiv til lemping av helsekravet til førerkortgruppe 1, jf. § 33 punkt B, under forutsetning av oppfølging av lege for å unngå anfall, eventuelt endring av behandlingsopplegg. Forbundet gir også sin støtte til forslaget til § 33 punkt C og krav til fremleggelse av logg med måling av blodsukker for de tre siste månedene ved den årlige oppfølging.

Når det gjelder forslaget til § 35, mener ATL at alternativ a) med krav om minimum tre måneder observasjonstid er tilstrekkelig, men skriver samtidig at minimum observasjonstid etter anfall med alvorlig hypoglykemi bør være seks måneder og med bekreftelse fra relevant spesialist om at risikoen er svært lav dersom øvrige vilkår i § 35 er oppfylt.

Helsedirektoratets vurderinger

Oppsummeringsnotatet omfatter innspill til forslaget om endrete bestemmelser for diabetes og førerrett, sendt på høring høsten 2015. Høringsforslaget er blant annet basert på anbefalinger fra høringen av nye helsekrav til førerrett våren 2015. For nærmere informasjon om bakgrunnen for å sende helsekravene ved diabetes på ny høring, se høringsnotatet.

Fører kortgruppe 1

De høringsinstanser som har uttalt seg om nye bestemmelser for førerrett ved diabetes, har stort sett gitt sin tilslutning til forslaget om at helsekravene for fører kortgruppe 1 skal være som i EU-direktivet 2009/113/EF. Det innebærer at helsekravet er oppfylt hvis det ikke har vært mer enn ett anfall av alvorlig hypoglykemi siste tolv måneder. Alvorlig hypoglykemi er definert som et anfall med behov for bistand fra andre.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus mener en lege etter et anfall bør attestere på at behandlingen er gjennomgått og eventuelt justert for å hindre nye anfall. Også Autoriserte Trafikkskolers Landsforbund påpeker at det er en forutsetning med oppfølging av lege.

Helsedirektoratet har valgt å opprettholde sitt forslag for fører kortgruppe 1 med en språklig justering. Med de vilkår som stilles i tillegg til krav om maksimum ett anfall i løpet av en 12 måneders periode, anses trafiksikkerheten tilstrekkelig ivaretatt.

Helseattestens varighet der det ved diabetes ikke er behov for legemidler som kan gi hypoglykemi, er lagt inn i bestemmelsen om generelle helsekrav ved diabetes, jf. ny § 31. Ved bruk av legemidler som kan gi hypoglykemi, fremgår førerrettens varighet av §§ 32 og 33 som inneholder vilkårene for å få helseattest for denne pasientgruppen.

En endring av direktivbestemmelsene for diabetes i fører kortgruppe 1 er under behandling i EU. Det vil innebære en liberalisering med større vekt på individuell medisinsk vurdering. De nye bestemmelsene er ikke endelig fastsatt, og det kan ta nærmere to år før det er aktuelt å implementere dem i norsk regelverk. Det vil i så fall trolig bli en ny høring av bestemmelsene for diabetes i løpet av 2017. Helsedirektoratet finner det likevel hensiktsmessig å fastsette nye helsekrav for diabetes som kan tre i kraft sammen med øvrige helsekrav til førerrett, uten å avvente en endring av EU-direktivet.

Veileder vil omtale aktuelle tiltak etter anfall av alvorlig hypoglykemi.

Fører kortgruppe 2 og 3

I høringsnotatet ble det foreslått to alternativer til observasjonstid – tre og seks måneder etter et anfall av alvorlig hypoglykemi (anfall med behov for bistand fra andre). § 35 inneholdt spesifiserte vilkår for å kunne få helseattest etter et slikt anfall i fører kortgruppe 2 og 3.

Videre ble det foreslått en deling mellom fører kortgruppe 2 og 3 når det gjaldt bestemmelsene for personer som behandles med insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi. For fører kortgruppe 3 innebar forslaget at helsekravene ikke var oppfylt, men at det skulle gis anledning til å få helseattest på tilsvarende vilkår som for gruppe 2 med unntak av helseattest for kompetansebevis for utrykningskjøring og kjøreseddel for persontransport med buss.

Høringsuttalelsene knytter seg særlig til vilkårene for å få helseattest for førerkortgruppe 2 og 3 dersom søker eller innehaver av førerrett har hatt et anfall av hypoglykemi med behov for bistand fra andre i løpet av de siste tolv månedene.

Høringsinstansene er delt i spørsmålet om hvor lang observasjonstid det er behov for. Nasjonalt fagråd for diabetes har ikke avgitt en offisiell høringsuttalelse, men har gitt innspill til utarbeiding av bestemmelsene. Medlemmer av fagrådet mener tre måneder er tilstrekkelig lang observasjonstid, men observasjonstiden må regnes fra tidspunkt for igangsatt tiltak etter en alvorlig hypoglykemi, og ikke fra anfallstidspunktet. Diabetesforbundet har også påpekt at det er igangsatt tiltak som bør være utgangspunkt for observasjonstiden.

Det viktig at personer som har hatt et anfall av alvorlig hypoglykemi, kommer raskt til lege og får vurdert behandlingsopplegget og gjort de endringer som er nødvendig for å hindre nye anfall. Det kan likevel ta noe tid å få time hos spesialist. For å sikre observasjon og oppfølging over tilstrekkelig lang tid etter at behandlingsopplegget er vurdert og justert, anser Helsedirektoratet at observasjonstid bør beregnes fra tidspunktet for når slike tiltak er gjennomført. Tre måneder vurderes på dette grunnlag å være tilstrekkelig i kombinasjon med de andre foreslåtte vilkårene.

Krav til testing

I høringsforslaget er det et vilkår for å få helseattest for førerkortgruppe 2 og 3 etter et anfall av alvorlig hypoglykemi at relevant spesialist bekrefter at risikoen for nytt anfall av alvorlig hypoglykemi er svært lav og at det er gjennomført «kontinuerlig vevsglukosemåling av minst 5 dagers varighet».

Enkelte høringsinstanser har påpekt at slik vevsglukosemåling er vanskelig tilgjengelig i deler av landet. Diabetesforbundet har foreslått at det som alternativ til en slik vevsglukosemåling kan stilles krav om at den som har hatt et alvorlig hypoglykemianfall, foretar måling av blodsukkeret 9 ganger om dagen i 10 dager.

Helsedirektoratet ser at gjennomføring av en kontinuerlig vevsglukosemåling i minst 5 dager kan by på utfordringer for enkelte, men har valgt å opprettholde kravet. I det nye forslaget til helsekrav for førerrett ved diabetes er det foretatt en betydelig lemping av observasjonstiden i forhold til den første høringen. Der EU-direktivet sier at det bør (engelsk tekst: «should») ikke ha vært noe anfall av alvorlig hypoglykemi siste tolv måneder, er det i siste høringsforslag åpnet for at det kan gis helseattest med anbefaling om at førerrett gis etter tre måneders observasjonstid. EU-direktivet stiller ikke et absolutt krav til observasjonstid, men hensynet til god trafiksikkerhet må være ivaretatt. Av denne grunn har det blant annet vært ansett nødvendig å stille klare krav til testing under kontrollerte forhold.

Diabetesforbundet mener ellers at det i førerkortgruppe 2 og 3 bør være egenmåling av blodsukker en halv time før kjøring, fordi to timer vil gi for langt tidsintervall. Helsedirektoratet har her lagt seg på samme krav som blant annet stilles i Storbritannia. Dette er et minimumskrav. Bestemmelsen pålegger imidlertid fører å følge legens rådgivning, herunder anbefaling om måling av blodsukker. Legen vil gjøre en individuell vurdering. Anbefalingene vil kunne variere med ulike aktiviteter.

Kompetansebevis og kjøreseddel for persontransport med buss

Anfall av alvorlig hypoglykemi under kjøring innebærer en stor trafikksikkerhetsrisiko. Risikoen er særlig stor der det under kjøring vil være vanskelig å stanse og ha kontroll med at blodsukkeret ikke blir for lavt.

Det har under høringen ikke kommet innvendinger mot at personer som benytter legemidler som kan gi hypoglykemi, ikke skal gis helseattest for utrykningskjøring. Noen høringsinstanser stiller imidlertid spørsmål ved at heller ikke bussjåfører kan få helseattest ved bruk av legemidler som kan gi hypoglykemi.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag mener det må settes vilkår om bruk av moderne blodsuktermålere framfor totalforbud mot kjøreseddel for buss. Fylkesmannen i Buskerud mener at det ikke ligger objektive kriterier til grunn for å skille mellom førere av ulike typer kjøretøyer i førerkortgruppe 2 og 3, at regelverket ikke sikrer likebehandling, og at det blir vanskelig å håndtere. I en felles uttalelse fra fylkesmennene i Agder-fylkene blir det påpekt at politiet ikke skiller mellom kjøreseddel for persontransport med taxi og med buss.

Når helsekravene for diabetes er blitt betydelig lempet ved forslaget til nye bestemmelser, har det blant annet sammenheng med at utvikling av nye hjelpemidler gjør det stadig enklere å kontrollere og stabilisere blodsukkeret. Denne utviklingen vil ventelig fortsette, noe også Norges Optikerforbund har påpekt.

Ulykkesrisikoen er imidlertid så stor ved anfall med alvorlig hypoglykemi at Helsedirektoratet anser at det ikke bør gis helseattest for utrykningskjøring og persontransport med buss. Ved annen føring av motorvogn i C- og D-klassene vil det være lettere å stanse for å foreta måling og gjennomføre tiltak som kan forhindre anfall av hypoglykemi.

En del pasienter merker ikke at blodsukkeret faller før det er for lavt. Ett av vilkårene for helseattest er derfor at pasienten må ha full innsikt i utviklingen av hypoglykemi.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus går i sin uttalelse inn for å fastsette strengere regler enn foreslått for førerkortgruppe 2 og 3, blant annet slik at personer med diabetes type 1 som behandles med insulin, ikke kan få førerrett i førerkortgruppe 3. Helsedirektoratet har etter vurdering av helsekravene ikke funnet det nødvendig med en slik innskrenkning, så lenge de øvrige vilkår i bestemmelsene er oppfylt.

Spørsmålet om differensiering mellom taxi og buss ved kjøreseddel for persontransport har vært forelagt Samferdselsdepartementet som anser at det innenfor hjemmelen i Yrkestransportlova § 37 b er anledning å ha en egen bestemmelse om helsekravene for persontransport med buss.

Det at man setter et krav i førerkortforskriften som differensierer helsekravene til kjøreseddel utfra hvilken type kjøretøy man kjører, er i utgangspunktet litt "bortgjemt" i lovverket. Vår holdning har imidlertid vært at helsekravene må settes ut fra en vurdering av helsemessige årsaker, som kan inkl. hvilket skadepotensiale som kan foreligge, skriver departementet.

Når det gjelder spørsmål om kjøreseddel for såkalt maxitaxi (bil med 10-17 seter) skal behandles annerledes enn kjøreseddel for drosje med personbil, så mener Samferdselsdepartementet at man også her må man ta hensyn til hvilket skadepotensiale som foreligger. Dersom man er avskåret fra å

få kjøreseddel for buss, vil dette også måtte gjelde førere som skal kjøre maxitaxi som drosje, altså kjøretøy med mellom 10 til 17 seter og som er klassifisert som buss.

Dispensasjon og meldeplikt

For vurdering av spørsmål i tilknytning til dispensasjon henvises til oppsummeringsnotatets kapittel 3 og 19 og til veileder. Meldeplikten følger av eget regelverk og vil bli omtalt i veileder.

Utforming av nye bestemmelser

Helsedirektoratet opprettholder i det vesentligste det materielle innholdet i de nye bestemmelsene for førerrett ved diabetes som ble sendt på ny høring i september 2015. Utformingen av bestemmelsene er imidlertid endret, blant annet slik at felles vilkår for førerkortgruppe 2 og 3 nå fremgår av §§ 32 og 33, mens det i begge bestemmelser er gjort unntak for kompetansebevis for utrykningskjøring og kjøreseddel for persontransport med buss.

Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser

§ 30. Generelle helsekrav ved diabetes

Personer med diabetes som ikke bruker insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi, oppfyller helsekravet dersom det ikke er fare for bevissthetspåvirkning under føring av motorvogn og sykdommen ikke har ført til funksjonssvikt i andre organer som medfører økt trafiksikkerhetsrisiko

Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett med inntil fem års varighet for førerkortgruppe 1 og inntil tre års varighet for førerkortgruppe 2 og 3.

§ 31. Spesifikke helsekrav ved bruk av legemidler som kan gi hypoglykemi

Ved behandling med insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi, gjelder bestemmelsene i tabellen i annet ledd i tillegg til kravene i § 31 første ledd.

A	B	C
Diabetes type 1 og 2	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
<i>Personer som behandles med insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom føreren a) ikke har hatt mer enn ett anfall av hypoglykemi med behov for bistand fra andre i løpet av de siste tolv månedene b) har full innsikt i utvikling av hypoglykemi og farene det kan medføre og c) følger legens anbefalinger, herunder anbefaling om egenmåling av blodsukker i</i>	<i>Helsekrav oppfylt dersom føreren a) ikke har hatt noe anfall av hypoglykemi med behov for bistand fra andre i løpet av de siste tolv månedene b) har full innsikt i utvikling av hypoglykemi og farene det kan medføre c) følger legens råd og anbefalinger d) kontrollerer blodsukkeret minst to ganger daglig, ikke</i>

		<p><i>forbindelse med føring av motorvogn</i></p> <p><i>Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett for inntil ett års varighet dersom det har vært ett anfall av hypoglykemi med behov for bistand fra andre i løpet av de siste tolv månedene.</i></p> <p><i>Dersom det ikke har vært et slikt anfall de siste tolv månedene, kan helseattest deretter gis med anbefaling om førerrett med inntil fem års varighet.</i></p>	<p><i>mer enn to timer før kjørestart og siden hver andre time, eller oftere dersom det er nødvendig, inntil kjøringen avsluttes og</i></p> <p><i>e) har årlig oppfølging av sykdommen etter nasjonale retningslinjer med fremleggelse av logg med måling av blodsukker for de siste tre månedene</i></p> <p><i>Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett for inntil ett års varighet, deretter med inntil tre års varighet.</i></p> <p><i>Det kan ikke gis anbefaling i helseattesten om førerrett for kompetansebevis for utrykningskjøring og kjøreseddel for persontransport med buss.</i></p>
--	--	---	--

§ 32. Helsekrav for førerkortgruppe 2 og 3 etter hypoglykemi med behov for bistand fra andre

Personer som behandles med insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi, og som i løpet av de siste 12 månedene har hatt et anfall av hypoglykemi med behov for bistand fra andre, kan etter en individuell vurdering gis helseattest med anbefaling om førerrett for førerkortgruppe 2 og 3 dersom:

a) relevant spesialist bekrefter at endret behandlings- og kontrollopplegg har ført til at risikoen for nytt anfall av hypoglykemi med behov for bistand fra andre er svært lav og at det er gjennomført kontinuerlig vevsglukosemåling av minst 5 dagers varighet

b) det har vært minimum tre måneders observasjonstid etter endring av behandlings- og kontrollopplegget og

c) vilkårene i § 31 kolonne C bokstav b til e for å få helseattest for førerkortgruppe 2 og 3 er oppfylt.

Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett for inntil ett års varighet, deretter med inntil tre års varighet.

Helseattest med anbefaling om førerrett etter første ledd kan ikke gis for kompetansebevis for utrykningskjøring og kjøreseddel for persontransport med buss.

Kapittel 13 – Psykiske lidelser og svekkelser

Bakgrunn

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, impuls kontroll eller adferdsforstyrrelser, som kan være farlige i trafikken.»

Helsekrav ved mentale forstyrrelser fremgår av EU-direktiv 2006/126/EF punkt 13.1 og 13.2. I henhold til direktivet kan førerkort ikke utstedes eller fornyes til søkere og førere som lider av alvorlige psykiske forstyrrelser, uttalt psykisk utviklingshemming, alvorlige atferdsproblemer grunnet høy alder eller personlighetsforstyrrelser som gir svekket dømmekraft, atferd eller tilpassing, med mindre søknaden underbygges av en autorisert medisinsk vurdering, og på betingelse av at det gjennomføres regelmessig legekonsultasjon dersom det er behov for det. For førerkortgruppe 2 og 3 skal det ta hensyn til den ytterligere risiko som er forbundet med å føre kjøretøy i disse grupper.

Forslag sendt på høring

§ 33. Generelle helsekrav ved psykiske lidelser, utviklingshemninger, 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.

§ 34. Helsekrav ved noen spesifikke psykiske lidelser

For psykiske lidelser, personlighetsforstyrrelser, utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser og utviklingshemninger 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.	Schizofreni	Helsekrav oppfylt ved a) stabil atferd i tre måneder b) god total oppfølging fra pasienten c) ingen bivirkninger av legemidler i forhold til trafiksikkerhet og	Helsekrav oppfylt ved a) stabil tilstand i to år b) god total oppfølging fra pasienten c) ingen bivirkninger av legemidler i forhold til trafiksikkerhet og d) god kognitiv funksjonsevne

		d) god kognitiv funksjonsevne Helseattest kan deretter gis for inntil to år av gangen.	Helseattest kan deretter gis for inntil to år av gangen.
2.	En manisk episode	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 trafiksikkerhet og d) god sykdomsinnsikt Helseattest kan deretter gis av relevant spesialist for inntil to år, siden fem år av gangen	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 trafiksikkerhet og d) god sykdomsinnsikt Helseattest kan deretter gis av relevant spesialist for inntil to år av gangen i ti år
3.	Flere sykluser med maniske episoder	Helsekrav oppfylt ved a) stabil tilstand i seks måneder og b) god etterlevelse og oppfølging fra pasienten Helseattest kan deretter gis for inntil to år, siden fem år av gangen	Helsekrav oppfylt ved a) stabil tilstand uten maniske episoder i tre år b) god etterlevelse og oppfølging fra pasienten c) ingen bivirkninger av legemidler i forhold til trafiksikkerhet og d) god sykdomsinnsikt Helseattest kan gis for inntil to år av gangen i ti år
4.	Andre psykotiske lidelser	Helsekrav oppfylt ved stabil atferd over tre måneder. Helseattest kan deretter gis med vanlig varighet etter uttalelse fra relevant spesialist	Helsekrav oppfylt ved stabil atferd over ett år. Helseattest kan deretter gis med vanlig varighet etter uttalelse fra relevant spesialist
5.	Personlighetsforstyrrelse	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 trafiksikkerhetsrisiko. Helseattest kan gis for inntil ett år av gangen de første to år, deretter med tre års varighet.	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 trafiksikkerhetsrisiko Helseattest kan gis for inntil ett år av gangen de første to år, deretter med tre års varighet.
6.	Hyperkinetiske forstyrrelser inkludert oppmerksomhetssvikt (ADD) og ADHD	Helsekrav oppfylt ved a) innsikt i kravene under § 34	Helsekrav oppfylt ved a) innsikt i kravene under § 34 b) behandling som sikrer kjøreevne

	<i>Autismespekteret inkl. Tourettes syndrom, Asperger m.v.</i>	<i>b) behandling som sikrer kjøreevne c) ingen samtidig sykdom som kan gi økt trafikkrisiko d) god kognitiv funksjonsevne og e) klar anbefaling fra behandlende lege/psykolog Helseattest kan gis for inntil to år av gangen</i>	<i>c) ingen samtidig sykdom som kan gi økt trafikkrisiko 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>

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Nordland mener at helsekravene i noen tilfeller ikke er strenge nok. Han mener at helsekravene ikke kan være oppfylt så lenge det foreligger symptomer på aktiv psykose, uansett årsak. Søker bør ha vært symptomfri og stabil i minst seks måneder før helsekravene igjen kan anses å være oppfylt. For førerkort i gruppe 2 og 3 er det særlig viktig at søker ikke har psykotiske symptomer, og det bør presiseres at risikoen for nye psykotiske symptomer må være lav. For flere sykkluser med maniske episoder bør det være samme formulering for gruppe 1 som for gruppe 2 og 3: «stabil tilstand uten maniske episoder». Ved andre psykotiske lidelser bør det også være krav om seks måneders stabil atferd etter en psykose.

Fylkesmannen i Rogaland finner det unødvendig å forlange spesialistklæringer i årevis etter den ene maniske episoden. Oppfølging av en manisk episode skjer som regel hos fastlege, og pasienten blir ukjent i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Attestasjon fra fastlege må da være tilstrekkelig.

Det samme bør være tilfelle ved flere maniske sykler. Der oppfølging skjer hos fastlegen, er attestasjon fra denne det riktige. Der oppfølging fra spesialisthelsetjenesten har vært nødvendig, kan en attestasjon fra denne være tilsvarende nødvendig.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus viser til at alvorlige psykiske lidelser som regel diagnostiseres av spesialisthelsetjenesten. Andre tilstander som depresjoner, personlighetsforstyrrelser og angst kan ha like store vansker med å vurdere trafikkbilde, ta forsvarlige valg og følge med i trafikken. Å vurdere at «dømmekraft under stress er god, impuls kontrollen i trafikken er tilstrekkelig og at atferdsavvik ikke er til stede i en grad som gir økt trafikkrisiko» er vanskelig å vurdere for en fastlege. Samtidig som fastlegen skal gjøre god pasientoppfølging skal det vurderes om pasienten kan kjøre når depresjonen har avtatt eller vurdere om en med personlighetsavvik medfører en fare i trafikken. Har fastlegene kompetanse til å vurdere problemer med impuls kontroll, selvregulering, latenstid før reaksjon osv.? Hvor mye tid og ressurser skal fastleger legge ned i vurdering av pasienter med hyperkinetiske lidelser med vurdering av om pasienten utgjør en risiko i trafikken? Er behandlende lege fastlegen, eller tenker man spesialist?

I dag er det ikke umiddelbar overføring av helseopplysninger fra spesialisthelsetjenesten til fastlegen og omvendt. Fastlegen er ofte uvitende om en gitt pasient utgjør en trafikksikkerhetsrisiko.

Fylkesmannen i Troms mener at relevant spesialist burde være involvert i alle de psykiske lidelsene schizofreni, maniske episoder, psykotiske lidelser og personlighetsforstyrrelser.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag finner at kapitlet er godt utarbeidet, men har praktisk erfaring for at praktisk kjørevurdering må gjøres før helsekravene kan vurderes å være oppfylt. Dette gjelder særlig for å slå fast om oppmerksomhet og konsentrasjon vedvarer over tid.

I forbindelse med vurdering av søkere med ADHD bør vurderes om søker burde pålegges å legge fram dokumentasjon fra politiet. Fastlege og spesialist er ofte ikke kjent med pasientens historikk på dette området.

For psykisk utviklingshemming spør Fylkesmannen om det bør tas inn et minstekrav om funksjonsnivå. Spesielt pårørende presser her på selv om spesialist ikke anbefaler førerrett. På denne bakgrunn bør reglene være så klart utformet som mulig.

Fylkesmannen i Aust-Agder spør hvem som skal vurdere dømmekraften under stress. Fastlegen har sjelden slik kunnskap. Hva menes med innsikt i kravene under § 34? Hvem skal ha denne innsikten?

ADHD utgjør en så stor andel av søkere om førerrett at tilstanden burde hatt et eget kapittel i ny forskrift. Det er vanskelig å forstå legeattesten slik den er utformet i dag og enda mer uklart i forslaget til ny. Det er urimelig korte tidsintervaller på varighet av førerkortgruppe 1 (inntil 2 år), - uten rom for skjønnsutøvelse. Skal de m.a.o. måtte fornye førerkortgruppe 1 hvert annet år livet ut? Vi må være klar over at dette gjelder et stort antall førerkortsøkere/-innehavere. Det blir litt paradoksalt at førerkort for personbil må fornyes hvert andre år ved ADHD og at de samme personene skal kunne få utstedt førerkort for gruppe 2 og 3. Vi foreslår to år ved første gangs utstedelse og senere vanlig varighet dersom helsetilstanden ikke tilsier noe annet. For førerkortgruppe 2 og 3 settes varigheten til to år første gang og siden vanlig varighet (fem år). Det bør kanskje skilles mellom førerkortgruppe 2 og 3 når det gjelder ADHD? I dag er det strengere dispensasjonspraksis for gruppe 3 enn 2, og slik bør det vel være?

Helsekrav oppfylt ved god kognitiv funksjonsevne. Skal dette undersøkes ved kognitiv testing eller nevropsykologisk vurdering?

Fylkesmannen i Buskerud finner § 35 (tabellen) i hovedsak god. Vedrørende psykisk utviklingshemming bør det som minimum fremgå at vurderingen må gjøres av spesialister på kombinasjonen trafikkmedisin og kognitiv svekkelse.

Fylkesmannen i Vestfold savner omtale av funksjonelle/dissosiative anfall. I punkt 6b er det krav om behandling som sikrer kjøreevne. Dette er uklart. Tenkes det på behandling med sentralstimulerende midler eller annen type behandling? Behov for klargjøring.

Senter for rus- og avhengighetsforskning, UiO peker på at helsekravene for førerkort er basert på at man kan gjøre en vurdering i det ene øyeblikket og vite at den har gyldighet i det andre. Dette er en krevende øvelse når det gjelder psykisk sykdom og rusmiddelbruk idet mange av de som har disse

lidelsene har et sterkt varierende forløp. Det er forsøkt tatt hensyn til dette i førerkortforskriften ved å legge inn en masse vurderinger framfor absolutte bestemmelser.

Legeforeningen foreslår en omformulering av § 36. «Helsekrav er ikke oppfylt ved psykisk lidelse dersom... kan medføre en **økt** risiko i trafikken».

For pasienter med schizofreni, personlighetsforstyrrelser og tidligere mani vil det være rimelig at ved stabilitet over en viss tid kan de få helseattest med vanlig varighet. Slik dette er formulert i § 35, kan det se ut som om man må fortsette med hyppige helsekontroller resten av livet. Det vil i tilfelle være en innskjerping av reglene overfor tidligere psykisk syke eller mennesker med stabile psykiske lidelser. Legeforeningen mener dette kan oppfattes diskriminerende, og vi kan ikke se at det er noen faglige grunner for en slik innskjerping og ressursbruk.

En manisk fase/flere sykluser med maniske episoder: Legeforeningen vil understreke at det vil være stor variasjon mellom ulike pasienter. Det kan virke strengt *alltid* å kreve 6 måneder stabilitet når pasienten har hatt mani-episode nummer to, gitt at man er underlagt de samme vilkår som ved én episode.

Norsk Tourette Forening oppfatter høringsnotatet som en betraktelig innskjerping når det gjelder Tourettes syndrom (TS). Det har ikke tidligere vært begrensninger for førerrett knyttet til diagnosen Tourettes syndrom og ikke angitt noen medisinske artikler for slik innskjerping. TS kan ikke kureres, men reduseres vanligvis med alderen.

Ved sterk grad av TS vil nektelse av førerrett i dag vanligvis dekkes av § 2: «Ingen må føre motorvogn når vedkommende ikke er i stand til å kjøre på trafikksikker måte på grunn av sykdom, annen helsesvekkelse eller bruk av midler som gir svekket kjøreevne».

TS er i utgangspunktet ikke til hinder for bilkjøring, og vi kan ikke se at det er vist til noen økt trafikksikkerhetsrisiko ved TS verken i medisinsk litteratur eller i EU-direktivet. Norsk Tourette Forening forventer at tilstanden Tourettes syndrom fjernes fra endringsforskriftene.

ADHD Norge skriver at høringsforslaget innebærer et stort tilbakeskritt for personer med ADHD. Vi ber om at endringen ikke gjennomføres for gruppen personer med ADHD.

Det er uforståelig at ADHD ikke er oppført blant pasientorganisasjonene p høringslisten. Vi peker på at ADHD Norge er den største organisasjon innen psykisk helse.

Har man i dag en hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD uten atferdsforstyrrelse, er førerkortforskriftens helsekrav i dag i utgangspunktet oppfylt for de lavere førerkortklassene. Man får i dag utstedt førerkort på lik linje med andre uten ADHD, men man må fremlegge helseattest ved første gang utstedelse av førerkort. Etter forslaget til regelendring må man ved ADHD for hver to-årsperiode legge fram ny helseattest. Endringen er ikke begrunnet nærmere, men omtales i høringsbrevet som en «*oppmyking*».

Det er oppsiktsvekkende at forslaget til regelendring behandler personer med schizofreni, personer med maniske episoder og personlighetsforstyrrelser lempeligere enn personer med hyperkinetisk forstyrrelse inkludert ADHD. Vi stiller oss undrende til opplysning i høringsbrevet om at helsekravene er i tråd med fagmiljøenes vurdering av de ulike pasientgruppens evne til sikker føring av

motorvogn. Hvilke fagmiljø med kompetanse på ADHD refereres det til? Det nasjonale kompetansesenter NevSom har ikke vært involvert, og fagkompetansen her stiller seg helt uforstående til innskjerpingen det her er tale om. NevSom vil på eget initiativ komme med en høringsuttalelse.

Det regelverk som gjelder i dag fungerer stort sett godt. Det skiller klart mellom personer med ADHD og personer med ADHD og personlighetsforstyrrelser. Professor Russel er hyppig sitert på 4 ganger høyere risiko for trafikkulykker med ADHD. Det kommer fram at denne risiko er proporsjonal med graden av personlighetsforstyrrelse.

Dagens regelverk for fylkesmenn vedrørende førerrett ved ADHD er akseptable og bygger på publikasjoner og erfaringer. At det er en økt risiko der førere har personlighetsforstyrrelse og i tillegg har ADHD, er i dag regulert gjennom retningslinjene for fylkesmenn og bør videreføres.

ADHD Norge kan ikke se at den foreslåtte endringen er nødvendig som følge av implementering av EU-direktiv i norsk rett.

ADHD Norge opplever at forslaget innebærer en usaklig og ulovlig forskjellsbehandling av personer med ADHD i strid med diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. Dersom forslaget vedtas, vil det bidra helt unødvendig til å forsterke belastningen ved å ha en ADHD-diagnose, ADHD Norge sender derfor saken over til Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) og ber om at lovligheten vurderes.

Oslo Universitetssykehus, Nasjonalt kompetansesenter for Nevroutviklingsforstyrrelser og Hypersomnier skriver at det er feil å skrive at Tourettes syndrom er en del av autismspekteret. Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHA, Tourettes syndrom og autismspekterlidelser hører inn under gruppen nevroutviklingstilstander. Ved søk på Pubmed er det ikke funnet grunnlag i medisinsk litteratur for å kunne si at personer med Tourettes syndrom har økt risiko for ulykker ved bilkjøring. En nylig publisert metaanalyse fra Transportøkonomisk Institutt viser at førere med ADHD bare har en lett forhøyet relativ risiko (1,23) for trafikkulykker. Ved eldre studier er det funnet økt forhøyet risiko som synes å kunne forklares med tilleggsdiagnoser med atferdsforstyrrelser.

Stadig flere voksne blir diagnostisert med ADHD. Disse har kjørt bil i mange år uten å ha vært spesielt utsatt for ulykker. Det synes å være en u hensiktsmessig bruk av ressurser at alle voksne med ADHD må fornye sitt førerkort med helseattest hvert annet år.

Det oppleves uheldig at det nu foreslås omfattende innskjerping i regelverket når det ikke foreligger vitenskapelig grunnlag for dette. Vi ber om at man på nytt vurderer om det er hensiktsmessig å kreve at alle med ADHD, Tourettes syndrom eller autismspekterlidelse må få fornyet helseattest hvert 2. år.

Oslo Universitetssykehus skriver at det er ulike oppfatninger innen foretaket om behovet for en tabelloversikt over de ulike tilstandene. §§ 34 og 35 inkluderer store diagnosegrupper som utløser vurderinger med hensyn til om helsekravene er oppfylt når det gjelder førerkort.

Ved schizofreni er et av helsekravene «stabil atferd i tre måneder». Dette er et kriterium som kan være vanskelig å operasjonalisere/tolke. Det oppfattes som umulig eller vanskelig for både allmennleger og spesialister i psykiatri å avgjøre om det er betydningsfulle bivirkninger i forhold til

trafikksikkerhet. Klinisk bedømmelse eller enkle tester sier lite om kognitive funksjoner ved schizofreni. Det bør her gjennomføres en nevropsykologisk utredning og/eller praktisk kjøreprøve. Schizofreni er en «kognitiv» sykdom. Det er vanskelig å bedømme den kognitive funksjonen, men også problematisk hvilken sammenheng det er mellom nevropsykologisk testresultat og kjøreevne.

Ved schizofreni kreves ikke attest fra spesialist og heller ikke ved flere maniske episoder. Etter en manisk episode, ved andre psykotiske lidelser og personlighetsforstyrrelse bør også avkreves attest fra spesialist.

Oslo Universitetssykehus antar at ny veileder vil inneholde medikamenttabell som angir hvilke medikamenter som er tillatt for at helsekravene skal være oppfylt.

Oslo Universitetssykehus er bekymret for om tabellen fanger opp pasienter med maniske episoder med farlig bilkjøring. Har man en slik episode årlig, men er stabil i mellomtiden med sykdomsinnsikt, så oppfattes helsekravene til manisk episode oppfylt.

Slik tabellen i § 35 nr. 6 står, ser det ut som Tourettes syndrom er å regne som en autismeforstyrrelse, og det er det ikke. Vi foreslår derfor at diagnosene under punkt 6 kommer i en annen rekkefølge. Vi foreslår også at Autismespekteret blir erstattet med Autismespekterforstyrrelser inkludert Asperger m.v.

Avdeling for personlighetspsykiatri viser til at diagnosegruppen Personlighetsforstyrrelser utgjør opptil 10-12 % av befolkningen. Dette vil kunne inkludere en hel masse unødvendig byråkrati. Mange med personlighetsforstyrrelse er helt utmerkete sjåførere. Den gamle versjonen er bedre enn den nye: «Det må ikke være alvorlig psykisk lidelse, vesentlig mental retardasjon eller personlighetsavvik som medfører nedsatt dømmekraft, impuls kontroll eller atferdsforstyrrelser, som kan være farlige i trafikken.

Norsk psykologforening skriver at sykdomsinnsikt er like viktig ved schizofreni som ved for eksempel bipolar lidelse.

Hyperkinetiske forstyrrelser bør ikke stå sammen med utviklingsforstyrrelser. Det er ved tilstander som ADHD viktig å fremheve at de komorbide tilstandene der ADHD symptomer i kombinasjon med atferdsvansker/selvreguleringsvansker er mest trafikkfarlig, slik forskningen har funnet.

Det er svært strengt å gi helseattest for førerkortgruppe 1 for kun to år av gangen ved ADHD. Det anbefales at dette punktet fjernes.

Mental Helse, høringsvar 1 ved politisk rådgiver hilser velkommen arbeidet med å rydde opp i dispensasjonsadganger basert på oppdatert helsekunnskap. Likevel ser organisasjonen betenkelige sider ved høringsforslaget. Endringen innebærer etter deres syn en mangel på likebehandling av psykisk syke. Endringen innebærer at man går bort fra en individuell vurdering. Automatisk mister man retten til å kjøre bil hvis man bruker enkelte legemidler. Dette rammer personer som hele livet har kjørt bil uten å være innblandet i ulykker. I verste fall blir dette en form for yrkesnekt.

Forslaget innebærer i praksis en nulltoleranse ved bruk av B-preparater. Mange mennesker er avhengig av slike legemidler for å fungere normalt. Mental Helse synes det er bra at diabetikere, synshemmede, demente, metadonbrukere og andre grupper beholder sin adgang til dispensasjon.

Brukere av B-preparater hindres dispensasjonsadgang. Denne mangel på dispensasjonsadgang er etter Mental Helse sitt syn en ytterligere diskriminering av mennesker med psykiske lidelser.

En for rigid praksis vil ramme mange mennesker som i realiteten er fullt ut i stand til å føre et kjøretøy på forsvarlig måte. I de verste tilfellene vil det medføre at mennesker med tidligere psykiatriske innleggelse i praksis gis en yrkesnekt.

Organisasjonen mener at enhver bilist bør ha krav på og rett til en individuell kjørevurdering. De advarer mot at forslaget til nye forskrifter innebærer en sterk stigmatisering som ikke hører hjemme i et moderne helsevesen.

Mental Helse Ungdom stiller seg bak høringssvaret fra mental Helse.

Mental Helse, høringsvar 2 ved advokat Ola Tellesbø viser til viktige erfaringer fra medlemmer som på grunn av «psykiske lidelser» har tapt retten til å føre motorvogn. Mental Helse ber om et møte med fungerende vegdirektør Lars Aksnes for å utdype sine erfaringer.

I någjeldende forskrift er kravet til helse omformulert til fravær av sykdom. Det er bra at vurderinger som gis i rundskriv IS-2070 løftes fram i en mer tilgjengelig forskrift. IS-2070 er åpent for mer skjønn enn det foreslåtte vedlegg 1.

Det er særlig *liten sykdomsinnsikt, avvikende atferd og personlighetsforstyrrelse* som faller innenfor Mental Helse sitt arbeidsfelt, jf. foreslått § 34. Den foreslåtte § 34 betinger ikke at det foreligger psykisk lidelse eller diagnose. Det er mulig å miste førerkortet dersom angjeldende har «liten sykdomsinnsikt» dersom dette kan medføre en fare i trafikken. Eksempelvis blir det å nekte å motta behandling, hvilket friske mennesker har rett til, ofte tolket som «liten sykdomsinnsikt». Slik § 34 er formulert, kan ellers friske mennesker bli fratatt lappen dersom de har liten sykdomsinnsikt eller avvikende atferd – uten noen form for diagnose eller psykisk lidelse.

Mental Helse spør om det er hensiktsmessig å la vedlegg 1 til førerkortforskriften omfatte så mange tilstander som omtalt i tabellen i § 35. F.eks. er personlighetsforstyrrelse en vid sekkebetegnelse. Sekkebetegnelsen personlighetsforstyrrelse kan med små justeringer raskt omfatte store lag av befolkningen.

Det grunnleggende spørsmålet er imidlertid om det foreligger empiri på om de nevnte tilstandene kan medføre en risiko i trafikken, og i så fall for hvilke tilstander. Store grupper av mennesker kan bli fratatt førerrett og førerkort uten at det er empirisk belegg for at disse menneskene kan utgjøre en større fare i trafikken enn det mennesker uten diagnose gjør. Finnes ikke sikker empiri på om hver av de enkelte mentale tilstandene kan utgjøre en fare i trafikken, må de slettes fra den foreslåtte § 35.

Når vurderingen imidlertid skal skje på de subtile størrelsene dømmekraft, impuls kontroll og atferdsavvik, vil dette uvegerlig måtte lede til svært mange meget usikre bedømmelser. Dette kan medføre meningsløst merarbeid for legestanden og foranledige en overdreven søken etter eventuelle psykisk lidelser.

I uttalelsen vises det til at det i høringsnotatet heter at helsekravene er i tråd med fagmiljøenes vurderinger av de ulike pasientgruppene evne til sikker føring av motorvogn. Det hjelper lite å hvile seg på fagmiljøenes vurderinger dersom disse fagmiljøene ikke underbygger sine vurderinger med

empiri. Mental Helse ber om å bli gjort kjent med Vegdirektoratets/fagmiljøenes empiriske grunnlag for de ulike tilstander. Der det ikke er empirisk grunnlag for at tilstandene nevnt under § 35 kan medføre en risiko i trafikken, må Mental Helse be Vegdirektoratet om ikke å ta dem med under § 35 i vedlegg 1 til førerkortforskriften.

Det viktigste budskapet fra Mental Helse er at det for hver lidelse som krever legeattest for å føre motorvogn, foreligger godt fundert empiri på at lidelsen kan medføre en risiko i trafikken. Dersom slik empiri ikke finnes for en bestemt lidelse, må Mental Helse be om at denne lidelsen heller ikke omtales i vedlegg 1 til førerkortforskriften.

Når det gjelder Asperger, spør Mental Helse om mennesker med denne diagnosen kan utgjøre en risiko i trafikken.

Mental Helse er også bekymret for en viss boomerangeffekt av foreslåtte innstramming. Virkningen må ikke bli at mennesker som trenger medisinsk hjelp, unngår å søke opp lege av frykt for å miste retten til å føre motorvogn. I stedet tror Mental Helse på en mer romslig praksis som i større grad legger vurderingene i hendene på pasient og lege.

Østfold politidistrikt mener at begrepene som benyttes i forslag til ny § 34 er noe vage og kan skape rom for mindre likebehandling. Avvikende atferd er et slikt begrep. Det er en mulighet for at ulike leger vil legge ulik betydning i dette begrepet, og det kan minske rettssikkerheten til den enkelte. De begrepene som brukes i § 34 burde utelukkende være diagnoser/tilstander som kan stilles etter konkrete holdepunkter.

Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri viser til at personlighetsforstyrrelser som diagnosegruppe utgjør 10 – 12 % av befolkningen. Det må etter deres skjønn generere unødvendig byråkrati og virke urimelig og krenkende på en rekke personer om denne diagnosen skulle vurderes på om de utgjør en trafikksikkerhetsmessig risiko.

I § 34 foreslås at «personlighetsforstyrrelser» erstattes med «svikt i dømmekraft».

I § 35 punkt 5 bør «Personlighetsforstyrrelse» erstattes av «Personlighetsforstyrrelse preget av impulskontrollproblemer og sviktende dømmekraft».

Helsedirektoratets vurderinger

Kapitteloverskrift og angivelse av kapitlets kategorier

Helsedirektoratet har valgt å endre tittelen i kapittel 13 fra «Psykiske lidelser, utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og utviklingshemninger» til «Psykiske lidelser og svekkelser». Ny tittel anses dekkende. Psykisk svekkelse er tatt inn som alternativ sykdomskategori til «psykisk lidelse» i § 33 og i § 34 første ledd. Paragrafnumrene i dette kapitlet er for øvrig forskjøvet i forhold til høringsforslaget på grunn av endringer i kapittel 12.

Generelle helsekrav ved psykiske lidelser og svekkelser

Helsedirektoratet har etter innspill endret oppbygning av § 33, slik at vilkår for ikke oppfylte helsekrav skal fremgå mer tydelig. Helsekravet er ikke oppfylt dersom det foreligger enten psykisk lidelse eller psykisk svekkelse, og denne innebærer enten liten sykdomsinnsikt, avvikende atferd, svikt i impulskontroll eller sviktende vurderings- og tilpasningsevne som igjen medfører

trafikksikkerhetsrisiko. Helseledelse har valgt å skjerpe kravet til årsakssammenheng mellom konsekvens av psykisk lidelse eller svekkelse og trafikksikkerhetsrisiko ved å erstatte «kan medføre trafikksikkerhetsrisiko» med «medfører trafikksikkerhetsrisiko». Bestemmelsen er med dette gitt et snevrere anvendelsesområde. Helseledelse vil gi ytterligere veiledning til hvordan bestemmelsen er å forstå i veileder.

Når det gjelder Mental Helses bemerkninger knyttet til behov for individuell vurdering, vises til Helseledelse kommentarer til § 7 i oppsummeringsnotatets kapittel 3.

Helsekrav ved psykotiske tilstander

Helsekrav ved enkelte psykotiske tilstander er regulert i § 34 nr. 1 til 4. Det er påpekt i høringsvar at en observasjonstid på tre måneder for førerkortgruppe 1 er noe kort for disse tilstandene, slik bestemmelsene, med unntak av helsekrav ved flere maniske episoder, var utformet i høringsforslaget. Legeforeningen har påpekt at det kan være strengt alltid å kreve 6 måneder stabil adferd uten maniske episoder ved flere sykkluser med maniske episoder. Foreslått observasjonstid er identisk med oppdaterte retningslinjer pr august 2015 i Storbritannia, og utarbeidet i samråd med psykiatriske fagmiljøer. Helseledelse finner ikke at det er faglig begrunnelse for å endre foreslått observasjonstid.

Helseledelse har mottatt innspill på at det bør kreves spesialistvurdering også ved schizofreni og flere maniske episoder. Helseledelse ser at krav til vurdering av relevant spesialist ikke fremgår av høringsforslaget § 34 nr. 1 og 3. Helseledelse har angitt krav til spesialistvurdering ved en manisk episode, men ikke ved flere sykkluser med maniske episoder. Det er videre angitt krav til spesialistvurdering ved andre psykotiske lidelser, men ikke ved schizofreni. Helseledelse vurderer at det bør stilles krav til vurdering fra relevant spesialist ved tilstander som kan være like alvorlige som tilstander der kravet allerede fremgår. Helseledelse har på denne bakgrunn valgt å ta inn krav til vurdering av relevant spesialist også i nr. 1 og 3. Helseledelse vil for øvrig påpeke at krav om spesialistvurdering gjelder ved førstegangsutstedelse etter sykdomsdebut, ved ny psykose eller manisk episode, eller ved annen endring i sykdom eller behandling som medfører at helsekrav i en periode ikke er oppfylt. I andre tilfeller kan det utstedes helseattest uten at det først er innhentet spesialisterklæring. Veileder vil si mer om krav til spesialisterklæring etter dette kapitlet.

Etter høringen har Helseledelse valgt å foreta enkelte språklige justeringer i nr. 1 til nr. 4. Vilkår om «stabil adferd» eller «stabil tilstand» har vært angitt på noe ulik måte for gruppe 1 og for gruppe 2 og 3 i § 34 nr. 1 til 4. Helseledelse har presisert at det for samtlige klasser gjelder et krav om «stabil tilstand» med nærmere angitt krav til observasjonstid og eventuelt krav til fravær av maniske episoder. Vilkår om «god total oppfølging fra pasienten», er erstattet med «god etterlevelse og oppfølging av behandlingen fra pasienten». «Ingen bivirkninger av legemidler i forhold til trafikksikkerhet» er videre presisert til «ingen bivirkninger av legemidler som kan påvirke trafikksikkerheten».

Vilkår om «ingen bivirkninger av legemidler i forhold til trafikksikkerhet» samt vilkår om «god sykdomsinnsikt» ble ikke tatt med i høringsnotatet i bestemmelse om helsekrav for gruppe 1 ved flere sykkluser med maniske episoder. Vilåret fremgår av helsekrav for gruppe 2 og 3, samt av helsekrav for alle grupper ved en manisk episode. Vilårene tas inn i oppsummeringsnotatets forslag til ny § 36 nr. 3 kolonne B.

Vilkår om «god etterlevelse og oppfølging av behandlingen fra pasienten», «ingen bivirkninger av legemidler som kan påvirke trafikksikkerheten» og «god sykdomsinnsikt» er inntatt for alle grupper i § 36 nr. 4 om helsekrav ved andre psykotiske lidelser.

Etter innspill er bestemmelsene om førerettens varighet i § 34 nr. 1. -3. endret, slik at det er presisert at førerett etter tidsbegrensning kan gis med vanlig varighet.

Personlighetsforstyrrelser preget av impulskontrollproblemer og svekket dømmekraft

Enkelte høringsinstanser har påpekt at diagnosegruppen «personlighetsforstyrrelser» omfatter opptil 10 – 12 % av befolkningen, og at det vil skape unødvendig byråkrati og virke urimelig krenkende å la helsekravet gjelde for alle som har en personlighetsforstyrrelse.

Helsedirektoratet er enig i at helsekrav ved personlighetsforstyrrelse bør defineres snevrere, fordi det ikke er faglig grunnlag for å angi et spesifisert helsekrav for alle som har en personlighetsforstyrrelse. Helsedirektoratet har derfor kommet til at det er riktig å fjerne «personlighetsforstyrrelse» fra overskriften i kapittelet og fra den generelle bestemmelsen i § 33. Helsedirektoratet har innsnevret anvendelsesområdet til § 34 nr. 5, ved at «Personlighetsforstyrrelse» erstattes med «Personlighetsforstyrrelse med impulskontrollproblemer eller sviktende dømmekraft.» Helsedirektoratet ser samtidig, som påpekt i hørings svar, at det bør stilles et vilkår om uttalelse fra relevant spesialist. Vilkår om vurdering av relevant spesialist er tatt inn i helsekrav for alle grupper.

Helsedirektoratet har omformulert vilkåret om impulskontroll. Kravet er endret fra «god» til «tilstrekkelig» for alle førerkortgrupper. Helsedirektoratet vil gi nærmere anvisning på hva som ligger i «tilstrekkelig impulskontroll» i veileder. Helsedirektoratet har videre presisert vilkår om fravær av adferdsavvik med økt trafikksikkerhetsrisiko. Presiseringen innebærer ingen materiell endring av vilkåret.

Helsedirektoratet har endret bestemmelsen om førerettens varighet, slik at helseattest kan gis med anbefaling om at føreretten gis vanlig varighet for alle grupper etter en tidsbegrenset periode.

Hyperkinetiske forstyrrelser og autismspekteret

Helsedirektoratet har mottatt mange innspill til høringsforslagets bestemmelse om helsekrav ved hyperkinestetiske forstyrrelser inkludert oppmerksomhetssvikt, Autismspektret inkludert Tourettes syndrom, Asperger mv. Helsedirektoratet har på denne bakgrunn valgt å dele bestemmelsen, slik at hyperkinestetiske forstyrrelser uten adferdsforstyrrelse (F.90.0 i ICD-10) og hyperkinestetiske forstyrrelser med adferdsforstyrrelse (F.90.1 i ICD-10) reguleres i egne bestemmelser i ny § 34 nr. 6 og 7. Helsedirektoratet har valgt å fjerne Tourettes og Asperger fra diagnoselisten. Autismspekterforstyrrelser reguleres i egen bestemmelse i ny § 34 nr. 8.

Hyperkinetiske forstyrrelser uten adferdsforstyrrelse - F90.0 i ICD-10

Helsedirektoratet har valgt å lempe på helsekrav ved ADHD uten adferdsforstyrrelse, i tråd med innspill fra høringsinstanser. Helsedirektoratet har fjernet vilkår om «innsikt i kravene etter § 34» og «behandling som sikrer kjøreevne». Helsedirektoratet har videre valgt å presisere vilkår om fravær av samtidig sykdom, slik at vilkåret i nytt forslag lyder «det ikke er samtidig sykdom som *medfører* økt trafikksikkerhetsrisiko». Vilkåret er med denne presiseringen gjort snevrere. Etter gjennomgang av høringsuttalelsene ser Helsedirektoratet også at det er behov for å endre bestemmelsene om

attestutsteders anbefalinger om førerettens varighet. Helsedirektoratet foreslår at førerett kan gis med vanlig varighet etter to år for alle grupper.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har påpekt at det bør vurderes om søkere med ADHD skal legge frem dokumentasjon fra politiet. Gjeldende veileder IS-2070 anbefaler at søker ved søknad om dispensasjon for tunge klasser legger frem attest fra politiet, arbeidsgivere, behandlende, lege, forsikringsselskap og andre som grunnlag for å vise at kjøreadferden er trafiksikker og har vært det over tid. Helsedirektoratet vurderer at det ikke er grunnlag for å ta inn krav til slik dokumentasjon i nytt helsekrav. Veileder vil gi anbefalinger om momenter behandlende lege bør ta hensyn til ved vurdering av om det skal gis anbefaling av førerett, og om vurdering av vilkårene «samtidig sykdom som medfører økt trafiksikkerhetsrisiko» og «god kognitiv funksjonsevne».

Hyperkinetiske forstyrrelser med atferdsforstyrrelser - F90.1 i ICD 10

Helsedirektoratet opprettholder høringsforslagets bestemmelse om helsekrav ved hyperkinetisk forstyrrelse med adferdsforstyrrelse, med unntak av vilkår om «innsikt i kravene under § 34».

Helsedirektoratet vurderer at vilkår om innsikt i det generelle helsekravet ikke vil kunne si noe av betydning for vedkommendes evne til å kjøre trafiksikkert. Vilåret er derfor tatt ut. Veileder vil si noe om hvilken oppfølging som kreves for at vilkår om at «behandling sikrer kjøreevne» er oppfylt.

Helsedirektoratet viser til det innledende kapittel hva gjelder vurdering av Likestillings- og diskrimineringsombudets høringsuttalelse.

Autismespekterforstyrrelser

Oslo Universitetssykehus, Nasjonalt senter for nevroutviklingsforstyrrelser og Hypersomnier har som en av flere høringsinstanser påpekt at Tourettes syndrom ikke er en del av autismespekteret.

Helsekrav ved Tourettes syndrom er fjernet fra nytt forslag, i det tilstanden svært sjelden er av en art som kan gi begrensninger i føreretten. Tilstanden vurderes eventuelt etter § 33. Selv om det sjelden vil være grunnlag for å gi begrensninger i føreretten til pasienter med Aspergers syndrom, vurderer Helsedirektoratet at det er hensiktsmessig å opprettholde helsekrav for autismespekterforstyrrelser. Personer med autismespekterforstyrrelser har veldig ulikt funksjonsnivå. Helsedirektoratet foreslår at helsekrav for gruppe 1 angir at det skal gjøres en individuell vurdering av relevant spesialist om funksjonsnivået er forenlig med sikker føring av motorvogn i aktuell førerkortklasse. For gruppe 2 og 3 opprettholdes helsekravet fra høringsforslaget.

Psykisk utviklingshemming

Helsedirektoratet har ikke funnet grunnlag for å ta inn et minstekrav til funksjonsnivå i helsekrav for gruppe 1, som etterspurt fra høringsinstansene. Helsedirektoratet opprettholder krav om vurdering av relevant spesialist, noe som kan være vurdering fra et tverrfaglig habiliteringsteam.

Andre psykiske lidelser

I fastlegens hverdag behandles en stor gruppe pasienter med varierende psykisk funksjonsnivå i kategorien allmenpsykiatri. Det er sjelden angst og depressive tilstander er av en art som medfører at kjøreevnen er svekket på en måte som medfører trafiksikkerhetsrisiko. Dersom dette likevel er tilfelle skal tilstanden vurderes etter den generelle bestemmelsen i § 33, eller etter bestemmelsene i kapittel 18.

Kjørevurdering

I flere av høringsuttalelsene framholdes det at en ren klinisk vurdering ofte ikke er tilstrekkelig for å vurdere pasientens kjøreevne. Attestutstedende lege vil kunne anmode Fylkesmannen om at det gjennomføres kjørevurdering som et supplement til den kliniske vurderingen. Anmodning om kjørevurdering må si noe om hvilke forhold sensor skal undersøke under kjørevurderingen.

Veileder

Veileder vil utdype skjønsmessige ord og uttrykk i kapitlet, herunder si noe om hva som ligger i vilkår om «stabil tilstand», «god etterlevelse og oppfølging av behandlingen fra pasienten», «god kognitiv funksjonsevne» og «tilstrekkelig impuls kontroll». Veileder vil videre utdype kravet til spesialistattest, og hvem som er å anse som «behandlende lege/psykolog», jf. § 34 nr. 6, 7 og 8. Veileder vil videre si noe om fastlegens vurdering og oppfølging etter dette kapitlet.

Fylkesmannen i Vestfold har etterlyst omtale av funksjonelle/dissosiative anfall. Veileder vil si noe om vurdering av helsekrav ved slik tilstand.

Veileder vil også si noe om hvilke forhold sensor skal undersøke under kjørevurdering.

Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser

§ 33. Generelle helsekrav ved psykiske lidelser og svekkelser

Helsekrav er ikke oppfylt ved psykisk lidelse eller svekkelse dersom liten sykdomsinnsikt, avvikende atferd, svikt i impuls kontroll eller sviktende vurderings- og tilpasningsevne medfører trafiksikkerhetsrisiko.

§ 34. Helsekrav ved noen spesifikke psykiske lidelser og svekkelser

For psykiske lidelser og svekkelser som inngår i tabellen i annet ledd, gjelder bestemmelsene i tabellen. Listen i tabellen er ikke uttømmende. Ved all psykisk helsesvekkelse gjelder bestemmelsene i § 33.

	A	B	C
	Psykisk tilstand	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	Schizofreni	Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist ved a) stabil tilstand i tre måneder b) god etterlevelse og oppfølging av behandlingen fra pasienten c) ingen bivirkninger av legemidler som kan påvirke trafiksikkerheten og	Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist ved a) stabil tilstand i ett år b) god etterlevelse og oppfølging av behandlingen fra pasienten c) ingen bivirkninger av legemidler som kan påvirke trafiksikkerheten og d) god kognitiv funksjonsevne

		<p>d) god kognitiv funksjonsevne</p> <p>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett med inntil to års varighet, før førerrett kan gis med vanlig varighet.</p>	<p>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett med inntil to års varighet, før førerrett kan gis med vanlig varighet.</p>
2.	En manisk episode	<p>Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist ved</p> <p>a) stabil tilstand uten maniske episoder i tre måneder</p> <p>b) god etterlevelse og oppfølging av behandlingen fra pasienten</p> <p>c) ingen bivirkninger av legemidler som kan påvirke trafikk sikkerheten og</p> <p>d) god sykdomsinnsikt</p> <p>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett med inntil to års varighet, før førerrett kan gis med vanlig varighet.</p>	<p>Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist ved</p> <p>a) stabil tilstand uten maniske episoder i ett år for gruppe 2 og i to år for gruppe 3</p> <p>b) god etterlevelse og oppfølging av behandlingen fra pasienten</p> <p>c) ingen bivirkninger av legemidler som kan påvirke trafikk sikkerheten og</p> <p>d) god sykdomsinnsikt</p> <p>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett med inntil to års varighet, før førerrett kan gis med vanlig varighet.</p>
3.	Flere sykluser med maniske episoder	<p>Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist ved</p> <p>a) stabil tilstand uten maniske episoder i seks måneder</p> <p>b) god etterlevelse og oppfølging av behandlingen fra pasienten</p> <p>c) ingen bivirkninger av legemidler som kan påvirke trafikk sikkerheten og</p> <p>d) god sykdomsinnsikt</p> <p>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen i to år, før førerrett kan gis med vanlig varighet.</p>	<p>Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist ved</p> <p>a) stabil tilstand uten maniske episoder i tre år</p> <p>b) god etterlevelse og oppfølging av behandlingen fra pasienten</p> <p>c) ingen bivirkninger av legemidler som kan påvirke trafikk sikkerheten og</p> <p>d) god sykdomsinnsikt</p> <p>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen i to år, før førerrett kan gis med vanlig varighet.</p>

4.	Andre psykotiske lidelser	<p>Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist ved</p> <p>a) stabil tilstand i tre måneder og b) god etterlevelse og oppfølging av behandlingen fra pasienten c) ingen bivirkninger av legemidler som kan påvirke trafiksikkerheten og d) god sykdomsinnsikt</p> <p>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett med vanlig varighet, dersom relevant spesialist anbefaler det.</p>	<p>Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist ved</p> <p>a) stabil tilstand i ett år og b) god etterlevelse og oppfølging av behandlingen fra pasienten c) ingen bivirkninger av legemidler som kan påvirke trafiksikkerheten og d) god sykdomsinnsikt</p> <p>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett med vanlig varighet, dersom relevant spesialist anbefaler det.</p>
5.	Personlighetsforstyrrelse med impuls kontrollproblemer eller svekket dømmekraft	<p>Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist dersom</p> <p>a) dømmekraften vurderes god under stress b) det er tilstrekkelig impuls kontroll og c) det ikke foreligger atferdsavvik som medfører økt trafiksikkerhetsrisiko</p> <p>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen i to år, før førerrett kan gis med vanlig varighet.</p>	<p>Helsekrav oppfylt etter vurdering av relevant spesialist dersom</p> <p>a) dømmekraften vurderes god under stress og b) det er tilstrekkelig impuls kontroll og c) det ikke foreligger atferdsavvik som medfører økt trafiksikkerhetsrisiko</p> <p>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen i to år, før førerrett kan gis for inntil tre år av gangen.</p>
6.	Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD og ADD) uten atferdsforstyrrelse F 90.0 i ICD-10	<p>Helsekrav oppfylt etter klar anbefaling fra behandlende lege/psykolog dersom</p> <p>a) det ikke er samtidig sykdom som medfører økt trafiksikkerhetsrisiko og b) det er god kognitiv funksjonsevne</p> <p>Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett for inntil to års varighet, før</p>	<p>Helsekrav oppfylt etter klar anbefaling fra behandlende lege/psykolog dersom</p> <p>a) det ikke er samtidig sykdom som medfører økt trafiksikkerhetsrisiko og b) det er god kognitiv funksjonsevne</p> <p>Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett for inntil to års</p>

		<i>førerett etter to år kan gis med vanlig varighet.</i>	<i>varighet, før førerett etter to år kan gis med vanlig varighet.</i>
7.	<i>Hyperkinetiske forstyrrelser med atferdsforstyrrelse F90.1 i ICD-10</i>	<p><i>Helsekrav oppfylt etter klar anbefaling fra behandlende lege/psykolog dersom</i></p> <p><i>a) behandling sikrer kjøreevne</i> <i>b) det ikke er samtidig sykdom som medfører økt trafiksikkerhetsrisiko og</i> <i>c) det er god kognitiv funksjonsevne</i></p> <p><i>Helseattest kan gis med anbefaling om førerett for inntil to år av gangen.</i></p>	<p><i>Helsekrav oppfylt etter klar anbefaling fra behandlende lege/psykolog dersom</i></p> <p><i>a) behandling sikrer kjøreevne</i> <i>b) det ikke er samtidig sykdom som medfører økt trafiksikkerhetsrisiko og</i> <i>c) det er god kognitiv funksjonsevne</i></p> <p><i>Helseattest kan gis med anbefaling om førerett for inntil ett år, før førerett kan gis for inntil to år av gangen.</i></p>
8	<i>Autismespekterforstyrrelser</i>	<p><i>Helsekrav oppfylt etter klar anbefaling fra behandlende lege/psykolog dersom funksjonsnivået er forenlig med sikker føring av motorvogn.</i></p>	<p><i>Helsekrav oppfylt etter klar anbefaling fra behandlende lege/psykolog dersom</i></p> <p><i>a) behandling sikrer kjøreevne</i> <i>b) det ikke er samtidig sykdom som medfører økt trafiksikkerhetsrisiko og</i> <i>c) det er god kognitiv funksjonsevne</i></p> <p><i>Helseattest kan gis med anbefaling om førerett for inntil ett år, før førerett kan gis for inntil to år av gangen.</i></p>
9.	<i>Psykisk utviklingshemming</i>	<p><i>Helsekrav oppfylt dersom relevant spesialist vurderer at funksjonsnivået er forenlig med sikker føring av motorvogn.</i></p>	<i>Helsekrav ikke oppfylt.</i>

Kapittel 14 – Midler som kan påvirke kjøreevnen

Bakgrunn

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.»

Forholdet til EU-direktiv

Direktiv 2006/126/EF 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 de ytterligere risikoer 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.

Beskrivelse av forholdene i dag

Dagens retningslinjer angir 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 egen oppfølging og kontroll, sosial tilpassing og med vekt på behandlende leges attestasjon og vurdering.

Gjeldende retningslinjer angir anbefalte maksimalgrenser for en rekke vanedannende legemidler der det er rom for å søke om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav. Tall fra 2013 viser at 77 % av de som søkte dispensasjon fra dette helsekravet fikk innvilget søknaden. For LAR-pasienter fikk 81 % dispensasjon.

Forslag sendt på høring

§ 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 trafikkikkerhetsrisiko.

§ 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.	Skadelig bruk av alkohol = inntak av alkohol i en grad som kan føre til forstyrrelse i atferd, gi helsevekkelse og føre til avhengighet F10.1 i ICD10	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.	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.
2.	Avhengighet av alkohol = Atferdsmessige, 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	Helsekrav oppfylt etter tolv måneder dersom månedlig 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.	Helsekrav oppfylt etter tre år dersom månedlig oppfølging og 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.
	Rusmidler	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
3.	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.	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.	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.

4	LAR-behandling	<p>Helsekrav oppfylt etter ett år med stabil dose forutsatt</p> <p>a) fortsatt oppfølging og kontroll ved navngitt lege</p> <p>b) ingen bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen og</p> <p>c) bruk av øvrige legemidler i tråd med kapittel 13</p> <p>Helseattest kan deretter gis med inntil ett års varighet så lenge behandling pågår.</p> <p>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>	Helsekrav ikke oppfylt
	Legemidler	Førekortgruppe 1	Førekortgruppe 2 og 3
5.	Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler - døgndoser	<p>Helsekrav oppfylt ved bruk av:</p> <p>Oksazepam inntil 30 mg/døgn</p> <p>Zopiklon inntil 7,5 mg/døgn</p> <p>Zolpidem inntil 10 mg/døgn</p> <p>Siste dose må være inntatt minst 8 timer før kjøring.</p> <p>Helsekrav er ikke oppfylt ved bruk av andre benzodiazepiner</p>	<p>Helsekrav oppfylt ved sporadisk bruk i en periode på maksimum fem dager av:</p> <p>Zopiklon inntil 7,5 mg/døgn</p> <p>Zolpidem inntil 10 mg/døgn</p> <p>Siste dose må være inntatt minst 24 timer før kjøring.</p> <p>Helsekrav er ikke oppfylt ved bruk av andre benzodiazepiner</p>
6.	Opioider - kronisk smertebehandling	<p>Helsekrav oppfylt dersom</p> <p>a) det er klar medisinsk indikasjon</p> <p>b) det er minst en uke etter siste doseøkning</p> <p>c) det brukes mindre enn tilsvarende ekvipotent dose av morfin 300 mg/døgn</p> <p>d) legemidlene benyttes som depotpreparat og</p> <p>e) det har gått 12 timer etter inntak av ekstra dose korttidsvirkende opioider</p>	Helsekrav ikke oppfylt
7.	Opioider – kortvarig smertebehandling	<p>Helsekravene ikke oppfylt ved kontinuerlig medisinerings gjennom døgnet i anbefalte doser.</p> <p>Ved anbefalt enkeltdose er helsekravene ikke oppfylt de</p>	<p>Helsekravene ikke oppfylt ved kontinuerlig medisinerings gjennom døgnet i anbefalte doser.</p> <p>Ved anbefalt enkeltdose er helsekravene ikke oppfylt de første 12 timer etter inntatt dose.</p>

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

Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet har mottatt mange høringsuttalelser til dette kapittelet. Nedenfor er kopiert inn utdrag fra de viktigste innspillene:

Fylkesmannen i Nordland

Kap. 14 (§§ 36 - 38). For alkohol bør det skrives eksplisitt at S-CDT% må være normalisert. Reglene for høyere klasser, særlig klasser med passasjertrafikk, er blitt for liberale. Kravene til dokumentert varighet av avhold må skjerpes. I noen tilfeller er reglene for illegale rusmidler/narkomani blitt enda mer liberale enn for alkohol. Dette er vi sterkt uenig i. Det må kreves atskillig mer enn tre års rusfrihet for å konkludere at helsekravene er oppfylt for alle høyere klasser, og gyldigheten av førerkortet må aldri settes lenger enn tre år med avhengighet/misbruk i sykehistorien. Rusfrihet må dokumenteres ved misbruksanalyser. Det synes å ha skjedd en innstramming for søkere på LAR-behandling. Nå kan dispensasjon gis etter seks måneders stabil behandling - dette utvides til ett år. Er det tilsiktet? Også her vil det kreves misbruksanalyser for dokumentasjon på at det ikke foreligger bruk av illegale rusmidler/sidemisbruk.

Fylkesmannen i Telemark

Utredning, behandling og kontrollopplegg for alkohollidelser har blitt vesentlig bedret de siste årene.

Fagmiljøene innen rusbehandling skiller mellom alkohollidelsers alvorlighetsgrad på samme måte som forskriften. Akkurat som skadelig bruk av alkohol normalt vil behandles på lavere nivå i helsevesenet enn avhengighet, avspeiler kravene i tabellen skillet mellom krav til behandling og kontroll av lidelsen som lavere enn ved avhengighet.

Fylkesmannen i Hedmark

Benzodiazepiner: Dette er en kraftig innstramning. For å få til en god dialog med allmennlegene, må dokumentasjonen på at dette bedrer sikkerheten i trafikken komme klart frem i veilederen slik at det ikke oppfattes som et helsepolitisk virkemiddel.

Fylkesmannen i Aust-Agder

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

Ad punkt 1 og 2 i tabellen: Ulike diagnoser på alkoholbruk med ulike bestemmelser kan bli vanskelig å skille på for fastlegen som skal vurdere dette. Diagnostikk i undergrupper blir styrende?

Fylkesmannen i Aust-Agder tror det kan bli en utfordrende øvelse å skulle skille disse to.

Ad punkt 5 i tabellen: Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler – døgndoser: Hva med legemiddelet Klonazepam brukt som anti-epileptisk medikasjon? Skal ikke disse kunne kjøre bil med de nye reglene? Skal de i så fall kunne søke om dispensasjon?

Senter for rus og avhengighetsforskning – UiO – Høringsuttalelse 1 signert Forskningsdirektør Jørgen G. Bramness

SERAF er bekymret for at den nye ordlyden i kapittel 14 er for streng og satt ut fra de beste intensjoner, men med konsekvensen av at for mange fratas muligheten til å inneha førerkort, på for svakt grunnlag. Også ut fra tanken om at man vil unngå for mange søknader om dispensasjon har man lagt listen urimelig lavt i henhold til noen medikamenter.

Også her tar virkelighetsbeskrivelsen utgangspunkt i hvor mange dispensasjonssøknader man har fått og hvor mange som er innvilget. SERAF kan ikke se at dette er verken en nødvendig eller tilstrekkelig virkelighetsbeskrivelse for å kunne uttale seg om annet enn arbeidsmengden som man har med dispensasjonssøknader.

SERAF finner begrepet «dokumentert rusfrihet» som meget vanskelig å forholde seg til. Om man velger å holde på dette begrepet må man definere hva man mener med det. I en hver betydning av begrepet må dette bli en omtrentlighet. Det er ikke lett å se hvordan dette skulle operasjonaliseres. Innen barnevernet har man brukt betydelige ressurser på å operasjonalisere en dokumentasjon av rusfrihet, men dette opplegget vet vi jo er vanskelig overførbart til denne gruppen (et så stramt kontrollopplegg vil man aldri klare å gjennomføre). Man burde derfor eksemplifisere hva som er godt nok: anamnese, rusmiddelprøver, klinikerens oppfatning el.l.

Ut over dette er det § 37 tabellpunkt 5 (benzodiazepiner) som vekker mest reaksjon på SERAF. Her har man lagt seg på en strengere linje enn ved noen tidligere revisjoner og med et pennestrøk utelukket

nesten 150 000 personer fra å oppfylle kravene til førerkort. Dette er urimelig og ikke forenlig med at man må og skal og faktisk i praksis aksepterer en viss risiko. Nulltoleranse for bruk av disse midlene vil innebære en urimelighet som savner vitenskapelig støtte.

Stavanger kommune

Innføring av klare grenser for bruk av psykotrope legemidler har vært nyttig for legene. En forskriftsmessig forankring i tråd med høringsforslaget er ønskelig.

Overforbruk av alkohol blir ofte seint erkjent, av den det gjelder. Det å kunne miste førerretten når man erkjenner sitt problem kan gjøre det vanskeligere å gi pasienten god helsehjelp. På dette området vil det være svært nyttig om kriteriene for inndragning av førerretten kan være så objektive som mulig. Veilederen bør være praktisk og gi gjennomførbare råd knyttet til når og hvordan

fastlegen skal iverksette inndragning av førerretten. Kriteriene for å få tilbake førerretten oppleves korrekte.

Fylkesmannen i Rogaland

§37 Rusmidler

Bør være hyppigere kontroller enn kvartalsvis når pasienten begynner å kjøre igjen. Kan eventuelt stå hyppighet etter legens vurdering, gjerne månedlig i starten, men minimum kvartalsvis. Hvis det kun står kvartalsvis, kan det bli vanskelig for fastlegen å argumentere for hyppigere kontroller der det trengs.

Punkt 4:

Vi forstår dette som at pasienter i LAR som bruker sentralstimulerende medikasjon som Concerta eller Ritalin i tillegg til LAR-medisin da er avskåret fra å kjøre bil. Er dette fornuftig? Jamfør at vi noen ganger setter krav til bruk av sentralstimulerende medikasjon ved bilkjøring hos pasienter med ADHD som ikke er i LAR.

Dette spørsmålet er også tatt opp med Fylkesmannen i Rogaland fra LAR Helse Stavanger sin side. Spesialistene på dette feltet mener det bør være mulig å få dispensasjon når spesialisten anbefaler det, og den faglige vurderingen tilsier et bedre funksjonsnivå og bedre konsentrasjon med LAR-medisin og sentralstimulerende medikasjon hos en pasient. Om en skal tillate bilkjøring med kombinasjon av LAR-medisin og sentralstimulerende medikasjon, så må forutseningen være at pasienten har vært stabil og uten sidemisbruk over flere år. Fylkesmannen mener disse momentene bør vurderes.

Punkt 1, 2 og 3:

Det vil i praksis bli vanskelig å skille mellom skadelig bruk av alkohol og avhengighet av alkohol. Man bør gå for en fellesbetegnelse her med samme tid til helsekrav er oppfylt.

6 måneder dokumentert rusfrihet for lette klasser er for kort tid både når det gjelder alkohol og andre rusmidler med tanke på risiko for tilbakefall. I Rogaland har vi i forhold til gjeldende retningslinjer lagt oss på en praksis om å kreve ett års dokumentert rusfrihet ved første gangs dispensasjon. Vi ser allikevel at en del får tilbakefall og ny inndragelse i dispensasjonstiden.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Basert på erfaringer stiller vi oss tvilende til at fastlegene vil kunne administrere dette. Det kreves dessuten omfattende beskrivelser i veilederen. Vi bør vel også stille oss selv spørsmålet om vi generelt sett har vært for liberale ved hyppige dispensasjoner etter 6 måneder.

For førerkortklasser i gruppe 1 anser vi at 6 måneder er for kort observasjonstid før helsekravene er oppfylt. Kvartalsvise kontroller etter 6 mndr/ett år anses å være absolutt for sjeldent. Det må beskrives et mer eksakt kontrollregime, som blir enklere å følge opp. Det må spesifiseres hvilke prøver som skal tas. For høyere klasser/kjøreseddel/kompetansebevis for utrykningskjøretøy anses 1/3 år til å være for kort observasjonstid for å oppfylle helsekravene.

Rusmidler – Vi har samme oppfatning av for korte observasjonstider før helsekravene er oppfylt, som ved alkohol. Kontroller og oppfølging bør dessuten være individuelt tilpasset. Prøveintervall bør spesifiseres, kvartalsvise kontroller etter 6 måneder er for sjeldent.

LAR – Det bør kreves jevnlig prøvetaking før helsekrav anses oppfylt.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Kapittel 14: Bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har ved innvilgelse av dispensasjoner der søker har hatt et rusproblem, stilt strenge vilkår om rusmiddeltesting og oppfølgende behandling i våre vedtak. Vi opplever at dette har medvirket til å motivere førerkortinnehaveren for å beholde førerretten. Vi tror det er en sammenheng mellom den motivasjonen det innebærer å beholde førerkortet, og det at flere av førerkortinnehaverne har klart å holde seg rusfrie. Det er derfor spesielt viktig å kunne stille krav til denne gruppen. Vi viser til det vi har påpekt ovenfor, der vi har stilt spørsmål ved om forslaget tar tilstrekkelig høyde for behovet for å kunne stille individuelle krav til søkerne for å få helseattest.

Medikamentsakene har vært tidkrevende for Fylkesmannen å behandle. Sakene har gjennomgående krevd at vi har innhentet opplysninger fra fastlege og/eller spesialist, ofte i flere omganger. Vi har erfaring med at det som er oppgitte av medikamenter i søknaden, ofte ikke samsvarer med den totale forskrivningen når vi har innhentet dette. Av denne grunn er det svært viktig at helsekravene ved medikamentbruk er tydelige, og vi stiller oss positive til endringene.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag synes at det er positivt at det differensieres mellom skadelig bruk og avhengighet når det gjelder alkohol. Vi stiller imidlertid spørsmål ved hvorfor anabole steroider er tatt ut av den nye tabellen? Bruk av anabole steroider kan medføre aggressiv kjøring, nedsatt impuls kontroll, langtidsskader på kognitiv funksjon og hjerte/karproblematikk. I et trafikksikkerhetsperspektiv mener vi klart at tabellen burde regulere helsekrav ved bruk av anabole steroider.

Den norske legeforening

Legeforeningen er bekymret for at innholdet i § 36 kan bli krevende å følge opp i praksis, grunnet en detaljert og omfattende men allikevel ufullstendig rusmiddeloversikt i § 37.

I § 37 bør det defineres klarere hvilke midler som kommer inn under rusmiddelbegrepet og hvilke som kan karakteriseres som legemidler. Legeforeningen mener at legemiddelgruppen kun skal omfatte legemidler som er forskrevet av lege, benyttet av den som har fått det forskrevet og i de foreskrevne doser. Det innebærer at legeforskrevne preparater som inntas i et ruspreget mønster ikke skal vurderes i gruppen legemidler, men i gruppen rusmidler.

LAR bør flyttes fra avsnittet som omhandler rusmidler til avsnittet om legemidler. LAR-medikamenter gir ikke ruseffekt ved stabil dose over tid. En plassering sammen med rusmidler er derfor ikke presis eller hensiktsmessig.

Legeforeningen foreslår at man i forskrift eller veileder definerer rusmidler som illegalt ervervede preparat samt legeforskrevne legemidler inntatt med ruspreg og samtidig modifierer listen og benytter preparatgrupper heller enn å nevne særskilte preparatnavn. Dette ville også medføre at den forskriftsfestede listen forblir oppdatert over en lengre tidsperiode. Det foreslås å benytte uttrykk som: cannabinoider, sentralstimulerende midler, opioider, hallusinogener, benzodiazepiner, midler med benzodiazepinlignende effekt, suprafysiologiske doser av anabole-androgene steroider samt et siste punkt på listen hvor det henvises til § 36. Et slikt punkt vil kunne inkludere f.eks. GHB, GBL.

Alkohol

Kravene for alkoholforbruk er utydelige og uten nærmere presisering. Det skilles mellom skadelig bruk av alkohol og avhengighet av alkohol. Dette skillet er ofte vanskelig å trekke i klinisk praksis. Legeforeningen mener at det i denne sammenheng ikke gir merverdi å skille mellom skadelig bruk og avhengighet av alkohol.

I kravene i tabellen om alkoholmisbruk og alkoholavhengighet bruker Helsedirektoratet begrepene «blodparametre» og «blodverdier». Dette er uklare betegnelser, samtidig som de utelukker bruk av urinprøver, utåndingsprøver eller annet. Legeforeningen mener det er viktig at anbefalte analyser kan utføres på de laboratoriene som fastlegekontorene bruker.

De fastslåtte tidsrommene for innfridde helsekrav er oversiktlige og i stor grad i tråd med dagens praksis. Det er ikke dokumentert at kognitiv svikt ved skadelig alkoholbruk varer så lenge som seks måneder.

Den oppførte listen over rusmidler er så omfattende at man kan komme i skade for å tro at den er uttømmende, og at helsekravene derfor er innfridd dersom rusmiddelet som benyttes ikke står på listen. Hvis listen har som intensjon å omfatte alle de mest vanlige rusmidlene, bør blant annet benzodiazepiner, GHB, GBL og gabapentin oppføres. Det samme gjelder bruk av anabole androgene steroider utover fysiologiske doser, da mange brukere av disse preparatene utvikler hypomani, aggressivitet og atferdsforstyrrelser med redusert impuls kontroll samt suicidale tanker.

Legemiddel assistert rehabilitering (LAR)

Legeforeningen mener at krav til 1 år med stabil dose kun bør være gjeldende ved oppstart i LAR, men ikke ved doseendring. I slike situasjoner er det i dag slik Legeforeningen erfarer det vanlig praksis at det ilegges 14 dager med muntlig kjøreforbud.

Det er uklart for Legeforeningen hva som lå i punkt 4c: «Øvrige legemidler i hht kap 13». Etter henvendelse til Helsedirektoratet er denne angivelsen muntlig korrigert til kapittel 14, punkt 5-13. Punkt 4c oppfattes dermed å innebære at LAR-pasienter f.ekd. kan benytte oxasepam, zopiklone, zolpidem og gabapentin i de doser som er angitt i tabellen og likevel inneha førerrett. Det må antas at en slik liberalisering kan tenkes å få negative trafikkmessige konsekvenser da noen LAR-pasienter supplerer legeforskrevne doser med illegale doser av de tilsvarende legemidlene. Inntatte totaldoser vil for øvrig ikke kunne fremgå av rusmiddeltesting av urinprøve. Det antas for øvrig at 40 % av LAR-pasienter bruker Z-hypnotika og/eller benzodiazepiner, enten forskrevet av lege eller ervervet illegalt(ref).

Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler – døgndoser

Legeforeningen er usikker på hvordan man har tenkt at helsekravene skal sees i forhold til bestemmelsene i vegtrafikkloven. Vil påvisningen av andre benzodiazepiner enn de nevnte i førerkortforskriften innebære at de ikke er brukt i samsvar med forskrivning av lege, jamfør «Forskrift om faste grenser for påvirkning av andre berusende eller bedøvende middel enn alkohol m.m.»?

Sammenlignet med dagens praksis har Helsedirektoratet innskrenket grensene for bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen, jamfør at oksazepam, zopiklom og zolpidem er foreslått som eneste tillatte legemidler ved kjøring og at man samtidig angir lav tillatt dose for alimemazin, prometazon og hydroksyzin. Konsekvensen av dette blir antakeligvis at en betydelig andel personer vil miste førerrett, i det minste for en periode.

Legeforeningen er usikker på om forslaget vil få den ønskede effekt med færre bilførere med svekket oppmerksomhet på veiene, eller om det vil føre til uønskede konsekvenser. Legeforeningen er bekymret for at forslaget kan medføre økt skjult bruk, ved at pasientene skaffer seg legemidlene illegalt istedenfor å be sin lege om dem, eller skaffer seg f.eks. diazepam fra pasienter som ikke kjører bil.

Legeforeningen ønsker imidlertid også å gjøre oppmerksom på at z-hypnotika (zoplikon og zolpidem) også er vist å medføre økt risiko for å bli involvert i en trafikkulykke. Videre er det også vist at zoplikon kan gi påvirkning selv 10-12 timer etter vanlig bruk som sovemiddel^{4,5,6}.

Opioder – kronisk smertebehandling

Slik legeforeningen forstår helsekravene vil de i praksis innebære at faste brukere av Paralgin/Pinex Forte ikke oppfyller helsekravene. Dette vil gjelde en stor gruppe pasienter, og vil kunne medføre et stort antall dispensasjonssøknader og/eller utbredt overgang fra behandling med Paralgin Forte til langtidsvirkende sterke opioider eller tramadol. Legeforeningen mener dette er en uønsket utvikling. Tidligere har det vært akseptert å bruke kodeininnholdige medikamenter opp til en viss grense selv om de ikke var langtidsvirkende (180 mg kodein eller 150 mg tramadol per døgn).

I kolonnen for Førerkortgruppe 1 stilles det krav om at legemidlene benyttes som depotpreparat for at helsekravene skal være oppfylt. Legeforeningen mener at man isteden bør bruke betegnelsen langtidsvirkende preparat, ellers vil man utelukke bruken av f.eks. metadon, som er et langtidsvirkende preparat men ikke et depotpreparat.

Antihistaminer som sedativum – døgndoser

Legeforeningen stiller spørsmål ved om de foreslåtte grensene kan være for strenge. Tilvendte pasienter kan ta store doser av for eksempel Vallergan uten å bli vesentlig påvirket. Her vil man ikke fylle helsekravene ved å bruke en vanlig dose på 30 mg, da grenseverdiene er 10 mg. For en del pasienter vil det være en stor fordel å bruke antihistaminer som sovemedisin for å unngå avhengighetsproblematikk.

Fylkesmannen i Buskerud

Fylkesmannen i Buskerud mener at § 37 pkt. 1 – 4 i hovedsak er gode. Fylkesmannen i Buskerud ser imidlertid ikke at forskjellsbehandlingen av alkohol og andre rusmidler i pkt. 2 og 3 er begrunnet. Det framgår at for avhengighet av alkohol er helsekravene oppfylt etter 12 måneder, mens for alle andre rusmidler gjelder 6 måneder. Fylkesmannen i Buskerud finner det også problematisk at helsekravene setter samme kontrollregime for så farmakokinetisk ulike rusmidler som cannabis og kokain/amfetamin. Når det gjelder pkt. 5 – 7 om legemidler legger vi merke til at kombinasjonsparadokset fortsatt finnes. Dette gjør at for eksempel fast inntak av 2 tabletter Paralgin forte og 7,5 mg Zopiklon er uforenlig med førerrett, mens daglig inntak av 55 tabletter Paralgin forte ikke er i strid med helsekravene. Dette er et utslag av helsekravene som vil være vanskelig å forstå for allmenheten og som vi er usikre på om er fornuftig i forhold til trafiksikkerheten.

For øvrig er det i pkt. 6 ikke angitt om morfindosen er ved parenteral eller annen administrasjon. Dette vil kunne skape uklarhet.

Senter for rus og avhengighetsforskning – UiO – Høringsuttalelse 2 signert Adm. Dir Bjørn Erikstein og viseadm. Dir. Terje Rootwelt

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) viser til at det er nyttig å forenkle oversikten når alkohol, rusmidler og medikamenter omtales i samme kapittel. Det bør imidlertid klarere defineres hvilke midler som kommer inn under rusmiddelbegrepet og hvilke som skal karakteriseres som legemidler. Legemiddelgruppen bør kun omfatte legemidler som er forskrevet av lege, benyttet av den som har fått det foreskrevet og benyttet i de foreskrevne doser. Det innebærer at legeforskrevet preparat som inntas i et ruspreget mønster ikke skal vurderes i gruppen legemidler, men i gruppen rusmidler.

LAR bør flyttes fra avsnittet som omhandler rusmidler til avsnittet om legemidler. LAR-medikamentene gir ingen ruseffekt ved stabil dose over tid. En plassering sammen med rusmidler har preg av stigmatisering.

Teksten under avsnittet «Vurdering av behov for endringer» på sidene 63 og 64 under avsnittene som omtaler alkohol har en vinkling som kan gi inntrykk av at helsekravene er basert på trafikkfaren knyttet til kjøring i alkoholpåvirket tilstand. En slik holdning kan i verste fall bidra til å undergrave

forståelsen av og grunnlaget for helsekravene både blant publikum og behandlere da regelverket også er basert på den kognitive svikten som er en følge av langvarig alkoholbruk og følgelig bakgrunnen for tap av førerrett også hos alkoholavhengige som aldri har kjørt i ruspåvirket tilstand.

§37:

Punkt 1 og 2, alkohol:

Alkohol, skadelig bruk og avhengighet: uttrykket «månedlig oppfølging» foreslås endret til «minimum månedlig oppfølging». De anførte tidsrom for innfridde helsekrav er oversiktlige og i stor grad i tråd med dagens praksis. Man kan likevel stille spørsmål ved grunnlaget for at skadelig bruk skal gi 6 måneder uten førerrett og det kan være grunn til å vurdere en reduksjon til 3 mnd. basert på at man ikke er kjent med at det foreligger dokumentasjon for at kognitiv svikt ved skadelig alkoholbruk vedvarer så lenge som 6 mnd.

Det er positivt at det er presisert at det kreves avholdenhet de første årene og deretter kan foreligge kontrollert bruk. Det er imidlertid ikke presisert om avholdenhet er et permanent krav for alkoholavhengige som vil opprettholde førerkortgruppe 2 og 3, iht. annet avsnitt i kolonne 2C.

Punkt 3, rusmidler:

Uttrykket «Bruk med økt trafikkrisiko eller avhengighet av» forventes å kunne bli utfordrende for lege og psykolog å vurdere. Et slikt uttrykk vil også kunne øke sjansen for at personer uten avhengighet kun blir vurdert opp mot om vedkommende er ruspåvirket ved kjøring. Det er uten tvil øket trafikkrisiko ved bruk av f.eks. cannabis over tid selv om vedkommende ikke har utviklet cannabisavhengighet. En slik vurdering av potensiell øket trafikkrisiko for det enkelte rusmiddel er ikke enkelt for lege/psykolog. Formuleringen kan komme til å innebære en klar liberalisering i forhold til dagens regelverk som angir at helsekravene ikke er innfridd ved bruk av illegale rusmidler utover «sporadisk bruk». I dagens praksis er bruk av illegale midler utover 2 ganger per mnd. ofte den grensen som praktiseres for overholdelse av meldeplikten.

Når det gjelder den oppførte listen, så er den så lang at den kan gi inntrykk av å skulle favne alle aktuelle rusmidler slik at man kan komme i skade for å tro at helsekravene er innfridd dersom rusmiddelet som benyttes, *ikke* står på denne listen. Dersom listen har til intensjon å omfatte alle de mest vanlige rusmidlene, bør bl.a. også benzodiazepiner, GHB, GBL og gabapentin oppføres. Det gjelder også bruk av anabole androgene steroider utover fysiologiske doser da mange brukere av disse preparatene utvikler hypomani, aggressivitet og atferdsforstyrrelser med redusert impuls kontroll samt suicidale tanker.

ARA foreslår at man i forskrift eller veileder definerer rusmidler som illegalt ervervede preparat samt legeforskrevne legemidler inntatt med ruspreg og samtidig modifierer listen og benytter preparatgrupper heller enn å nevne særskilte preparatnavn. Dette vil også medføre at den forskriftsfestede listen forblir oppdatert over en lengre tidsperiode. Det foreslås å benytte uttrykk som: cannabonoider, sentralstimulerende midler, opioider, hallusinogener, benzodiazepiner, midler med benzodiazepinlignende effekt, suprafysiologiske doser av anabole-androgene steroider, samt et siste punkt på listen hvor det henvises til § 36. Et slikt punkt vil kunne inkludere f.eks. gabapentin, GHB, og GBL.

ARA stiller spørsmål ved at en tidligere alkoholavhengig vil få en permanent ordning med førerrettvarighet begrenset til 3 år, mens en person som tidligere har vært avhengig av illegale rusmidler får tilsvarende begrensning angitt til 5 år når det gjelder førerkortgruppe 2 og 3.

Punkt 4, LAR:

Krav til 1 år med stabil dose kan kun være gjeldende ved oppstart i LAR og ikke ved doseendring. I slike situasjoner har det tidligere vært praktisert 14 dager med muntlig kjøreforbud.

Punkt 4 C oppfattes å innebære at LAR-pasienter f.eks. kan benytte oxazepam, zopiklon, zolpidem og gabapentin i de doser som er angitt i tabellen og likevel inneha førerett. Det må antas at en slik liberalisering kan tenkes å få negative trafikkmessige konsekvenser da noen LAR-pasienter tradisjonelt sett har supplert legeforskrevne doser med illegale doser av de tilsvarende medikamentene. Innattatte totaldoser vil for øvrig ikke kunne fremgå av rusmiddeltesting av urinprøve.

Punkt 5, benzodiazepiner:

Psykiatrisk avdeling Søndre Oslo DPS støtter innskjerpingen når det gjelder bruk av benzodiazepiner. ARA støtter endringen til godkjenning av kun oxazepam. Nevrologisk avdeling som arbeider med epilepsi og også andre nevrologiske sykdommer mener kravene for bruk av benzodiazepiner er urimelig strenge. De mener det skilles mellom kronisk bruk, slik mange av våre pasienter har, og sporadisk bruk. Brukt fast over lang tid, ofte år, er toleransegrensen en helt annen enn hva som her angis. Mange epilepsipasienter blir endelig anfallsfri på benzodiazepin som spesielt Rivotril. Rivotril er også registrert som epilepsimedisin. Det opplyses at disse er helt symptomfri, våkne og reagerer godt selv om de bruker denne type medikasjon. Det er derfor nødvendig å se på muligheten for å dispensere når det gjelder fast bruk av benzodiazepiner.

Punkt 8, pregabalin:

Det bør legges til opplysninger om man skal forholde seg til begge punktene dvs. både kronisk og kortvarig smertebehandling.

Punkt 10, antihistaminer:

Noen pasienter erfarer best effekt av de sederende antihistaminene. Det bør vurderes å legge inn en begrensning iht. denne bivirkningen, spesielt ved sporadisk bruk eller i starten av en behandlingsperiode, før tilvenning. Dette gjelder alle førerkortklasser.

Punkt 11, antipsykotika:

Bivirkning med dødsighet kan fortsatt være tilstede ved oppnådd stabil medisinering. Medikamentgruppen er i bruk både som angstdemper og sovemedisin for enkelte pasienter. Det kan være aktuelt med en begrensning iht. tilvenning med opphør av dødsighet.

Punkt 12, antiepileptika:

Det refereres kun til kapittel 8 som omhandler epilepsi, men karbamazepin og vaproat brukes også for bipolar lidelse, klonazepam brukes også for angst og gabapentin for smerter.

Punkt 13, antidepressiva:

Moderne preparat gir liten dødsighet, men TCA er fortsatt i bruk som supplement til smertestillende og som sovemedisin. Det stilles spørsmål til tilvenningstid og dosebegrensning.

Sentralstimulerende legemidler til behandling av hyperkinetiske tilstander er ikke nevnt i legemiddellisten. De er heller ikke, som tidligere, nevnt under LAR og førerett, jf. § 37 punkt 4.

Innen psykisk helsevern stilles spørsmål til om en ny veileder bør inneholde medikamenttabell som tilsvarer tabell i gjeldende retningslinje IS-1348. Dette er en god støtte i vår vurdering av bruk av legemiddel som kan påvirke evnen til å kjøre.

Fylkesmannen i Vestfold

Prinsipielt er det vår oppfatning at faste grenser burde gjelde for denne gruppen medikamenter og følgelig er helsekravene ikke oppfylt og ingen adgang til dispensasjon. Konsekvensene ville ha stor betydning for både folkehelse og trafiksikkerhet.

§ 37, pt 7

Det bør presiseres at det skal gis muntlig kjøreforbud under kortvarig behandling.

§ 37, pt 9

Kombinasjon med andre preparater er ofte tema og bør omtales i tabellen, f.eks. antipsykotika pt 11 og 13. Vi bemerker at dette er omtalt i § 38, men skal dette være like strengt for f.eks. Sarotex og Phenergan som kombinasjonene med et benzopreparat?

§ 37, pt 13, antiepileptika, her bør tilføyes unntak av Rivotril

Vi har for øvrig ingen merknader til høringsforslaget, men vil presisere at behovet for for nytt regelverk er stort og at dette må komme til uttrykk i den videre fremtiden.

Folkehelseinstituttet – Divisjon for rettsmedisinske fag

Folkehelseinstituttet – Divisjon for rettsmedisinske fag – har avgitt en omfattende høringsuttalelse som her gjengis i sin helhet:

«Divisjon for rettsmedisinske fag ved Folkehelseinstituttet analyserer alle blodprøver av bilførere mistenkt for påvirket kjøring i Norge i sitt laboratorium for rettstoksikologi. I 2014 var dette blodprøver fra 8173 bilførere. Alle analyser utføres i henhold til strenge rettstoksikologiske kriterier. I avdeling for toksikologisk og farmakologisk fortolkning er et større fagmiljø med bl.a. rundt 15 leger som daglig arbeider med problemstillinger knyttet til ruspåvirket kjøring. Det er ansatt bl.a. åtte legespesialister i klinisk farmakologi som har spesialkompetanse innen fagområdet rettstoksikologi. Om lag 2000 sakkyndige uttalelser vedrørende påvirket kjøring skrives ved avdelingen årlig og sakkyndige i avdelingen møter jevnlig i retten for å belyse saker som gjelder rus og vegtrafikkloven.

Vi har lest gjennom høringsnotatets «2.14 Kapittel 14 Bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen» og ønsker å knytte noen kommentarer til dette kapittelet. Vi har forståelse for at det kan være behov for en forenkling av saksgangen på dette området, da vurdering av dispensasjonssøknader hos Fylkesmannen innebærer en stor saksmengde. Vi vil imidlertid bemerke at den nye førerkortforskriften vil innebære en ganske dramatisk endring i regelverket, og mange som tidligere har kunnet inneha førerkort vil etter det den nye førerkortforskriften ikke kunne ha førerkort. Når man gjør en slik stor endring i regelverket er det viktig å klargjøre om endringer bygger på en politisk beslutning eller om endringen følger av vitenskapelig dokumentasjon i form av eksperimentelle (evt. epidemiologiske) studier av ferdigheter relevant for bilkjøring. Denne klargjøringen synes vi ikke kommer klart frem i den nye forskriften.

I «Forskrift om faste grenser for påvirkning av andre berusende eller bedøvende middel enn alkohol m.m.» til vegtrafikkloven som ble gjort gjeldende fra 01.02.12 er det anført at det er innført faste konsentrasjonsgrenser for 20 stoffer. Disse faste grensene gjelder ikke «hvor overskridelsen skyldes legemiddel brukt i samsvar med behandling foreskrevet av lege». Alprazolam, diazepam, klonazepam, nitrazepam er benzodiazepiner som er blant disse 20 stoffene. Etter den nye førerkortforskriften gis det ikke lenger dispensasjon for disse benzodiazepinene. Dette fører til at disse pasientene blir administrativt fratatt retten til å kjøre bil, mens vegtrafikkloven samtidig tillater det såfremt det ikke foreligger påvirkning bedømt individuelt ut fra konsentrasjon i blodet og utfallet av den kliniske undersøkelsen. Det hadde vært nyttig at den nye forskriften hadde drøftet denne problemstillingen.

I det følgende vil vi komme med noen kommentarer til noen setninger i teksten i kapittel 2.14, forslag til endringer i teksten markeres med kursiv:

Side 63, avsnitt 5, 3 setning

- «Over tid vil bruk av rusmidler gi varige både fysiske og psykiske skader med negative konsekvenser for kjøreevne.»
 - Vi synes det er mer korrekt å skrive: «Over tid *kan* bruk av rusmidler gi varige både fysiske og psykiske skader med negative konsekvenser for kjøreevne.»

Side 63, avsnitt 7, nest siste setning og side 67 2 setning under «Begrunnelse av forslaget»

- «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.» og «Dagens laboratorieparametre gir kvalitetssikrede verdier for graden av misbruk av rusmidler i tiden forut for prøvetakingen.»

Vi kjenner ikke til at det foreligger klare laboratorieparametre for «graden av inntak»/«graden av misbruk» (i betydningen hvor mye som inntas) av andre stoffer enn alkohol. Analyse av ulike medium (herunder blod, urin, spytt, hår) kan i svært begrenset grad kartlegge graden av misbruk forut for prøvetaking. Hårprøver vil kunne gi noe informasjon om kronisk bruk, men dette er krevende analyser som per i dag ikke er utbredt i Norge. Vi foreslår at disse to setningene strykes eller evt endres.

Side 64, avsnitt 2, 2 og 4 setning

- «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. (...) Inntak av 5 mg vil gi en påvirkning av kjøreevnen som ligger godt over dagens grense for påvirkning av alkohol»
 - Vi er ikke kjent med hvor denne alkoholsammenligning er hentet fra og finner denne sammenligningen misvisende. Ved fastsettelse av faste grenser for andre stoff enn alkohol i vegtrafikken definerte man en «rusdose» som en dose som anses å medføre påvirkning tilsvarende en blodalkoholkonsentrasjon på ca. 1 promille (1). For diazepam tilsvarende en rusdose maksimal konsentrasjon etter inntak av 15 mg. Et inntak av 5 mg diazepam vil gi en maksimal konsentrasjon i blodet som er litt over straffbarhetsgrensen (svarende til 0,2 promille). Det er imidlertid viktig å presisere at det i denne sammenligningen er lagt til grunn studier der forsøkspersonene ikke er tilvendt bruk av diazepam og dermed ikke har utviklet toleranse for effektene, samt at sammenligningen er gjort kort tid etter inntak av stoffet, der effektene er størst. Grensene og sammenligninger som er gjort i forbindelse med forskriften om faste grenser i trafikken er gjort med tanke på bruk av benzodiazepiner i rusøyemed og innenfor de premissene som vegtrafikkloven setter, for eksempel at toleranse ikke skal tas hensyn til når stoffene er brukt uten forskrivning fra lege. Vi er ikke kjent med at det foreligger sammenligninger mellom diazepam og alkoholpåvirkning for pasienter som jevnlig bruker diazepam. Om man ønsker å bruke den promillesammenligning som ble benyttet ved fastsettelse av faste grenser, må det presiseres at promillesammenligningen med alkohol gjelder effekter kort tid etter inntak (når effekten er maksimal) hos brukere som ikke er tilvendt diazepam og kan følgelig ikke anvendes uten videre ved kronisk bruk.

Side 64, avsnitt 3, setning 3 og side 66 punkt 5

- «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)»

Vi savner en begrunnelse for at oxazepam er benzodiazepinet som skal tillates. Vi er ikke kjent med at det foreligger dokumentasjon for at pasienter som jevnlig inntar oxazepam utgjør en mindre trafikkrisiko enn pasienter som inntar ekvipotente doser av andre benzodiazepiner (som f.eks. diazepam)? Det foreligger også vitenskapelig dokumentasjon på at z-legemidler som zopiklon og

zolpidem medfører økt risiko for å bli involvert i en trafikkulykke (2), samt eksperimentelle studier som har demonstrert påvirkning så lenge som 10-12 timer etter inntak av en vanlig sovedose med zopiklon (3-5).

Side 65, tabell, «Rusmidler», punkt 3.

- «Bruk med økt trafikksikkerhetsrisiko eller avhengighet av: Cannabis, Amfetamin, Metamfetamin, Kokain, Ecstasy o.l., LSD og hallusinogener, Buprenorfin, Heroin, ketamin, kodein, morfin, metadon, tramadol o.l.»
 - Hva menes med «bruk»? Holder det med en gangs bruk, eller må man ha jevnlig (mis)bruk. Skal dette spesifiseres nærmere?
 - Det finnes en rekke rusmidler som misbrukes i Norge. I løpet av de siste årene har nyere syntetisk fremstilte rusmidler ofte bestilt over internett blitt tatt i utstrakt bruk. GHB (gammahydroksybutyrat) er også et rusmiddel som misbrukes og som påvises i bilførere mistenkt for påvirket kjøring (6). Vi anbefaler at listen gjøres noe kortere og siste punkt i listen kan være «eller andre rusgivende stoffer»

Side 65, tabell, «Førerkortgruppe 1» og «Førerkortgruppe 2», punkt 3 og side 69, 4 avsnitt

- «Helsekrav oppfylt etter seks måneder/tre års dokumenter rusfrihet»
 - Vi ser frem til «Retningslinjer for detaljert oppfølgingsprogram» da grad av oppfølging av potensielle bilførere med tidligere rusmiddelavhengighet (evt. rusmiddelbruk) er avgjørende for når helsekrav for førerkort kan være oppfylt.

Side 65, førerkortgruppe 1, punkt 4 (LAR-behandling)

- «Helsekrav oppfylt etter et år med stabil dose forutsatt ...»
 - Vi antar at man mener stabil *behandling*, slik at man ikke må vente i et år før man kan kjøre bil etter at man har endret på dosen.
 - I en systematisk vitenskapelig artikkel der man har sett på flere ulike studier imidlertid fant man i en systematisk litteraturgjennomgang fant man ingen forskjell mellom trafikkrelevant påvirkning ved behandling kortere/lengre enn hhv seks måneder og ett år (7).

Side 66, førerkortgruppe 1, punkt 5, 6, 7 og 8

- Vi ser at siste dose med benzodiazepin/Z-hypnotika og sederende antihistamin må være tatt minst 8 timer før kjøring, mens for opioider må være tatt minst 12 timer før man kan kjøre bil. De fleste kort-tidsvirkende opioider har kortere virke- og halveringstid. Hvorfor denne forskjellen på 8 og 12 timer?

Side 66, førerkortgruppe 1, punkt 6

- Kodein (i blant annet Paralgin forte/Pinex Forte) er et mye brukt smertestillende opioid i Norge (I underkant av 400 000 personer får forskrevet minst en resept på kodein årlig (8,9)). Oppfyller man helsekravene ved kronisk jevnlig bruk av kodein?

Side 67, tabell punkt 12

- Den eneste godkjente indikasjon for benzodiazepinet klonazepam er epilepsi. Vi antar at klonazepam defineres som et benzodiazepin (og ikke som et antiepileptikum) slik at helsekravene ikke er oppfylt ved bruk av klonazepam.

Side 67, Begrunnelse av forslaget, 1 avsnitt

- «Fra 01.01.2015 vil prøvespekteret bli ytterligere styrket ved analyser som gir et godt bilde av daglig alkoholinntak»

- Vi kjenner ikke til hvilke nye analyser som gir et godt bilde av daglig alkoholinntak som har trådt i kraft pr. 01.01.2015. Alkoholmarkører som kan benyttes er CDT, EtG, EtS og etter hvert fosfatidyletanol. Disse alkoholmarkørene kan gi noe informasjon om alkoholforbruk, men gir fortsatt begrenset informasjon om alkoholkonsum.

Side 67, Begrunnelse av forslaget, 2 avsnitt

- «Helsekravene er i overensstemmelse med omforente kriterier for påvirkning for kjøreevne for de ulike legemiddelgrupper. (...) 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.»
 - I teksten fremstår det som om det er godt faglig begrunnet valg av benzodiazepin og hvilken maksimal døgndose som skal aksepteres. Vi imøteser som tidligere nevnt gjerne en faglig begrunnelse og dokumentasjon for at oxazepam er det eneste benzodiazepin som er godkjent og begrunnelse for den maksimale dose som er valgt.

Side 67, Begrunnelse av forslaget, siste avsnitt

- «For å oppnå terapeutisk effekt av tre ulike legemidler som kan påvirke kjøreevnen, vil en i de aller fleste tilfeller komme over grensen for påvirkning av kjøreevnen.»
 - Hvilken «grense» omtales her?

Side 69, 2. avsnitt

- «Den største endringen er foreslått for benzodiazepiner der moderne forskning har vist større påvirkning av kjøreevnen enn tidligere erkjent.»
 - Det er riktig at det de i løpet av det siste tiåret har blitt større oppmerksomhet for «trafikkrelevant påvirkning» av andre stoffer enn alkohol, bl.a. for benzodiazepiner. Vi er imidlertid ikke kjent med at i denne forskningen har skilt mellom de ulike benzodiazepiner. Det er imidlertid enighet om at oxazepam har mindre misbrukspotensiale enn andre benzodiazepiner (10) og har en relativt kort halveringstid sammenlignet med mange andre benzodiazepiner. Men forskning som dokumenterer ulik trafikkskaderisiko for ulike benzodiazepiner er vi ikke kjent med.»

St. Olavs Hospital – Avdeling for klinisk farmakologi

Avdeling for klinisk farmakologi stiller seg bak endringene for benzodiazepiner og z-hypnotika i den veiledende medikamenttabellen som medfører at kun oksazepam, zopiklon eller zolpidem blir tillatt med tilhørende maksimale doser. Avdeling for klinisk farmakologi er enige i at diazepam ikke bør tillates grunnet stoffets farmakokinetiske egenskaper (lang virketid, samt kort anslagstid, som gir økt påvirkning ved C_{max}). Avdeling for klinisk farmakologi er enige i at det bør være en karens de første 8 timer etter inntak – men dette blir en vanskelig regel å kontrollere og håndheve, og man må regne med at mange som bruker angstdempende benzodiazepiner vil kjøre også kort tid etter inntak. Da er det bedre at de bruker et middel med lang anslagstid og dermed mindre påvirkning ved C_{max}, slik som oksazepam.

I kravene i tabellen vedrørende alkoholmisbruk og alkoholavhengighet brukes begrepene "blodparametre" og "blodverdier". Dette er uklare betegnelser, og samtidig utelukker de bruk av urinprøver eller andre biologiske prøver der det er aktuelt. Avdeling for klinisk farmakologi foreslår at man formulerer seg annerledes, f.eks. "biologiske prøver". Dersom det siktes til spesielle blodprøver som skal være normalisert, bør disse eventuelt spesifiseres.

For benzodiazepiner og Z-hypnotika samt sedative antihistaminer er det krav om 8 timers avholdenhet før kjøring, mens for korttidsvirkende opioider er det krav om 12 timer. Her mener vi man bør legge seg på 8 timer konsekvent, da dette vil gjøre praktiseringen og rådgivningen lettere for

alle parter. Det er neppe heller noen farmakologisk grunn til å legge seg på en strengere linje for korttidsvirkende opioider enn for de andre aktuelle stoffene. Videre krever lov om Helsepersonell 8 timers avholdenhet. Det kan være hensiktsmessig å legge seg på samme tidsangivelse på tvers av lovbestemmelser for å hindre forvirring.

I stedet for mange ulike begreper som psykofarmaka, psykotrope, psykoaktive eller bevissthetspåvirkende substanser bør man konsekvent bruke *rusmidler eller medikamenter som kan påvirke kjøreevnen*. (se side 68)

I punkt 4 i tabellen (LAR-behandling) er det krav om "ingen bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen". Her bør det stå "ingen bruk av andre midler som kan påvirke kjøreevnen". Bør det i tillegg presiseres bedre hvilke andre legemidler som ikke aksepteres?

I punkt 6 i tabellen stilles det krav om at legemidlene benyttes som depotpreparat for at helsekravene skal være oppfylt. Her bør man i stedet bruke betegnelsen langtidsvirkende preparat – ellers vil man utelukke bruken av f.eks. metadon, som er et langtidsvirkende preparat men ikke et depotpreparat.

Slik kravene i punkt 6 er formulert, vil de i praksis si at pasienter som bruker Paralgin/Pinex Forte fast ikke oppfyller helsekravene. Er dette tilsiktet? Dette vil gjelde en stor gruppe pasienter, og vil kunne få noen konsekvenser – f.eks. et stort antall dispensasjonssøknader, og/eller en storstilt konvertering fra behandling med P. Forte til sterke opioider eller tramadol (som finnes som langtidsvirkende preparat).

I punkt 8 (pregabalin) er det anført "Helsekrav som for opioider". Det er uklart hva dette betyr. Det er to punkter som omhandler opioider, og mye av dette passer åpenbart ikke for pregabalin.

Norges Farmaceutiske Forening (NFF)

NFF støtter innføring av spesifiserte/detaljerte bestemmelser i denne forskrift da det vil bli mer oversiktlig for allmenheten og de som skal praktisere regelverket i helsetjenesten og forvaltningen. Detaljerte helsekrav i en forskrift vil ikke kunne dekke alle tilstander så vi er enige i at det må gå klart frem av forskriften at bestemmelsene i tabellene ikke er uttømmende. Vi støtter også at det er viktig at det fremkommer tydelig av vedlegget at føreren har plikt til å vurdere egen trafikksikkerhet og oppsøke lege ved behov.

NFF har følgende kommentarer til kapittel 14 – Bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen § 37:

Dosering av Z-hypnotika for eldre over 65 år er lavere enn for andre. Det bør tas inn i forskriften. I tabellen under rad 5 Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler –døgndoser mener vi derfor at grenseverdier for eldre over 65 år må presiseres i forskriften slik at følgende tekst bør være: Helsekrav oppfylt ved bruk av:
Oksazepam inntil 30 mg/døgn
Zopiklon inntil 7,5 mg/døgn (Zopiklon inntil 5 mg/døgn for eldre over 65 år)
Zolpidem inntil 10 mg/døgn (Zolpidem inntil 5 mg/døgn for eldre over 65 år)

Siste dose må være inntatt minst 8 timer før kjøring. Helsekrav er ikke oppfylt ved bruk av andre benzodiazepiner.

Det er mange pasienter som tar andre benzodiazepiner enn de som er nevnt med virkestoff i forskriften i perioder. Det må derfor presiseres hva som regnes som bruk av disse preparatene. Skal det regnes under «bruk» om man for eksempel tar en diazepamtablett en gang i året før

tannlegebesøk eller har tatt det for en uke siden?

Mental Helse – Høringsvar 2

Foreslåtte § 36 om generelle helsekrav ved bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen framstår som dekkende. Gruppen av legemidler i § 37 som kan påvirke kjøreevnen og som i størst grad vedgår Mental Helse, er innsovningsmidler omtalt som benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler. De brukes også delvis mot angst. Det er nevnt tre typer, oksazepam, zopiklon og zolpidem. I IS-2070 er to andre klasser nevnt, diazepam og nitrazepam.

I uttalelsen trekkes fram pasientmeldinger som taler til fordel for Apodorm (nitrazepam) framfor de tre foreslått tillatte benzodiazepiner og z-legemidler. Mental Helse mener det er viktig at det åpnes for at legen vurderer om tilsvarende dosering legemiddel/døgn er forenlig med sikker føring av motorvogn.

Mental Helse forstår de nye reglene slik at det innføres en to-trinns test. Først spørres det om den angjeldende har en diagnose. Dernest skal leger som forhåpentligvis har god kjennskap til vedkommende, ut fra dette vurdere om det kan gis helseattest. For store pasientgrupper må da hver enkelt pasient pliktmessig vurderes for å få førerkort.

Effekten av innsovningsmidler vil variere. Like lite som det er grunnlag for å påstå at mennesker som nyter alkohol vil sette seg i bilen å kjøre, er det grunnlag for å anta at mennesker som tar sovemedisin, vil gjøre noe tilsvarende overilt. Det påhviler også legen som foreskriver medisinen, å informere om hvilken sovemedisin og mengde som lar seg forene med bilkjøring. Lovgivende myndighet kan bli stilt overfor et dilemma om hvilke av to «samfunnsønder» som er verst: Å ta innsovningstablett og sove, men ikke kunne kjøre, og på den annen side ikke få sove, men kjøre. Med andre ord kan innstramningen i § 37 punkt 5 virke mot sin hensikt.

Benzodiazepiner brukes også mot angst. Eksempelvis klarer ikke alle angstpasienter å reise kollektivt. Mange angstpasienter er derfor avhengig av å bruke egen bil for å komme seg ut. Å frata dem muligheten til å bruke bil for å komme seg ut for å endre sine livsvaner til det bedre, er ikke forebyggende helsevern.

Mental Helse mener vedlegg 1 i større grad trenger formuleringer som overlater mer til medisinskfaglig skjønn. Mental Helse sitt erfaringsmateriale peker mer i retning av at det i praksis er konstruktive samspill der legene på faglig grunnlag tilrettelegger for medikamentering som ivaretar pasientenes ønske og behov for å føre motorvogn. Det finnes dessverre ingen sikker metode for å vurdere hvem som får uheldige virkninger uten å prøve medikamentet hos den enkelte. Først da kan pasient og lege vurdere medikamentet opp mot sikker bilkjøring.

Når det gjelder innsovningstabletter, etterspør mental Helse det medisinske grunnlaget for at visse grupper av medisiner fjernes.

Innspill fra andre avdelinger i Helsedirektoratet

Bruk av midler som kan påvirke kjøreevnen er omtalt i høringsnotatet på sidene 62 – 69. dette gjelder både bruk av alkohol, rusmidler og legemidler som kan påvirke kjøreevnen. I utkastet til § 36 er den generelle regelen gitt, der bruk av midlene kobles mot trafiksikkerhetsrisiko. I utkastet til § 37 er reglene gjort mer eksplisitte i tabellarisk form, mens det i utkastet til 38 er bestemt at ved samtidig bruk av to legemidler som kan påvirke kjøreevnene, reduseres angitt døgn dose med 50 %, mens ved samtidig bruk av tre eller flere legemidler som kan påvirke kjøreevnen, skal det ikke gis førerrett for motorvogn. Det er ikke gitt bestemmelser om kombinasjon av bruk av alkohol og legale legemidler og/eller illegale rusmidler.

I utkastet er det lagt opp til en innstramning av gjeldende rett på dette området, som uten tvil vil føre til økt trafiksikkerhet, forutsatt at vedkommende ikke fortsetter å føre motorvogn uten førerkort. Det bør imidlertid vurderes om det ikke også skal tas inn i forskriften noen presiserende

bestemmelser om hva som er «korttidsvirkende legemidler» (virketid, halveringstid e.l.), hva «stabil medisinerings» er, hvilke legemidler som bør utstyres med varseltrekant og om hvordan bivirkninger av legemidler skal bedømmes når det gjelder evnen til å føre motorvogn på trafikksikker måte.

Pasienter som har dokumentert rusfrihet i LAR-behandling i 4 år er stabile pasienter som kan gis dispensasjon for inntil 5 år ad gangen uten at dette medfører noen økt trafikkrisiko. a), b) og c) under 4 gjelder fortsatt for disse pasientene. Det er urimelig at de skal pålegges å søke dispensasjon hvert år. Dette gjelder ca. 1/3 av pasientene i LAR, som utgjør 2500 pasienter på landsbasis (ikke alle disse har førerkort).

Andre innspill til høringsnotatet

I tillegg til ovennevnte liste over innsendte høringsuttalelser, har Helsedirektoratet fått utfyllende innspill i diskusjon både med instanser som allerede hadde avgitt høringsuttalelse og med andre fagpersoner, herunder Steinar Madsen, Jørgen Gustav Bramness, Børge Myrland Larsen, Knut Hjelmeland, Liliana Bachs, Per Wiik Johansen og Gabrielle Katrine Welle-Strand.

Helsedirektoratets vurderinger

Helsedirektoratet har mottatt mer enn 20 høringsuttalelser til dette kapittelet. Mange er godt faglig begrunnet og har blitt tillagt vesentlig vekt.

Hovedtyngden av høringssvarene påpeker at det opprinnelige høringsforslaget på flere punkt har vært urimelig strengt og vanskelig å håndtere i en klinisk hverdag. Noen av de foreslåtte kravene ville etter høringsinstansenes mening medføre at mange som i dag er gitt rett til å kjøre, vil miste førerkortet, og noen påpeker at kravene vil kunne få utilsiktede utslag i form av skjult legemiddelbruk eller unnlattelse av å søke hjelp i helsetjenesten av frykt for å miste førerkortet.

Videre påpekes det at det mangler god vitenskapelig begrunnelse for enkelte av helsekravene og de korresponderende begrunnelsene i høringsnotatet. Det etterlyses forklaring på om kravene er politisk eller faglig motivert, og hvilke begrunnelser som eventuelt er lagt til grunn. Helsekravene i vedlegg 1 er fastsatt etter en vurdering av sammenhengen mellom helsemessige forhold og trafikksikkerhetsrisiko. Det er de helsemessige aspektene som skal vurderes, ikke andre forhold som kriminalpolitiske eller ruspolitiske hensyn. Eventuelle begrensninger i førerrett med grunnlag i bestemmelsene i vedlegg 1 skal være så godt medisinskfaglig begrunnet som mulig. Dette er tillagt vesentlig betydning ved utforming av regelverket.

Ved oppfølgende korrespondanse med noen av høringsinstansene er det påpekt at der det i klinisk kontrollerte forsøk er vist en sammenheng mellom inntak av noen vanedannende legemidler og faktorer som kan påvirke kjøreevnen, så gjelder dette som regel eksperimentelle forsøk ved engangsinnntak og ikke ved regelmessig bruk. Det farmasøytiske fagmiljøet er klar på at trafikksikkerhetsrisikoen er svært forskjellig avhengig av om legemiddelet inntas fast i moderate doser eller om det brukes sporadisk. Et godt eksempel på dette er langtidsbruk av metadon (LAR). Grunnet toleranseutvikling anses legemiddelbruken i stabil fase ikke å utgjøre noen stor trafikksikkerhetsrisiko isolert sett, mens en sporadisk engangsdose hos en person som ikke har opparbeidet denne toleransen oftest vil være helt uforenlig med bilkjøring. Derfor bør sporadisk bruk av legemidler som kan påvirke kjøreevnen behandles annerledes enn ved langtidsbehandling i stabil fase. Helsedirektoratet mener at det ved sporadisk bruk av legemidler som kan påvirke kjøreferdigheten bør gå minst åtte timer mellom legemiddelinnntak og bilkjøring.

I følge innspill fra det farmakologiske fagmiljøet er det heller ingen tungtveiende faglig grunn til å kreve så mye som 12 timers karenstid fra siste dose korttidsvirkende opioid som anført i Helsedirektoratets opprinnelige forslag. På bakgrunn av dette er karenstiden redusert fra 12 til 8

timer for alle førerkortgrupper og for alle legemidler som kan påvirke kjøringen og inntas sporadisk. 8-timersgrensen støttes også av annet lovverk det er verdt å sammenligne med, blant annet kravet om 8-timers pliktmessig avhold fastsatt i Sjøloven, Jernbaneloven og Helsepersonelloven.

Helsekrav for antipsykotika, antiepileptika og antidepressiva er slått sammen i en bestemmelse i ny § 36 nr. 8. Felles for disse legemiddelgruppene er at stabil bruk av legemidlene isolert sett normalt ikke utgjør noen stor trafikksikkerhetsrisiko, samt at legemiddelbehandling anses som avgjørende for å kunne kjøre på en trygg måte.

Helsedirektoratet har i sitt nye forslag klarere skilt mellom legal, legeforskrevet bruk av vanedannende legemidler i tråd med behandelende leges anbefalinger på den ene siden, og bruk av legemidler i strid med legens råd på den andre siden. I vårt nye forslag presiseres det at helsekrav ved gjentatt og vedvarende bruk av legemidler til rusformål reguleres på samme måte som bruk av illegale rusmidler.

Det har kommet tilbakemeldinger på at det i Helsedirektoratets opprinnelige forslag manglet spesifisering av en maksimal oppfølgingstid etter avsluttet rusmiddelbruk i noen bestemmelser. Dette er tatt inn i den reviderte tabellen.

Helsedirektoratet har vurdert høringsinnspillene, og justert det opprinnelige forslaget. Det er på dette grunnlag gjort endringer i høringsforslaget.

For § 35 (opprinnelig § 36) er det ikke gjort endringer.
For § 36 (opprinnelig § 37) er det gjort følgende endringer:

Nr. 1 – Alkohol

Flertallet av høringsinstansene mener at det ikke vil være formålstjenlig å skille helsekravene for de som har en skadelig bruk av alkohol fra de som er avhengige av alkohol. Videre ble det påpekt at det i høringsnotatet manglet gode referanser på vitenskapelig grunnlag for de opprinnelige kravene, samt presisering av innholdet i kravene.

Helsedirektoratet er enig i disse innspillene. Vi har derfor endret vårt opprinnelige forslag slik at vi slår sammen de opprinnelige bestemmelsene i § 37 nr. 1 og 2 til ny § 36 nr. 1. Vi har omformulert bestemmelsen, og presisert at den kommer til anvendelse når alkoholbruken er av en slik karakter at den kan føre til forstyrrelse i atferd og gi helsesvekkelse med økt trafikksikkerhetsrisiko. Kravene til dokumentasjon, varighet og definisjon av kontrollert bruk vil bli presisert og bli noe mer detaljert i veilederen til vedlegg 1.

Etter innspill fra flere høringsinstanser har Helsedirektoratet valgt å endre opprinnelig formulering av krav til dokumentasjon for rusfrihet fra «*normalisering av blodparametere*» til «*normalisering av biologiske prøver som avspeiler alkoholforbruket*»). Dette åpner for flere alternative måter å dokumentere avholdenhet på. Dessuten er det i løpet av de siste månedene tilkommet nye biologiske prøver som avspeiler alkoholforbruket på en mer nøyaktig måte. Helsedirektoratet har videre valgt å presisere ny bestemmelse i nr. 1, ved å innta ordet «minimum» foran kvartalsvise kontroller. Dette for å understreke at kvartalsvise kontroller er et minstekrav for å kunne dokumentere at helsekravet er oppfylt, og at individuelt kontrollopplegg avtales mellom lege og pasient i det konkrete tilfelle.

Bestemmelse om førerrettens varighet for førerkortgruppe 1 er harmonisert med tilsvarende krav angitt i § 36 nr. 2.

Nr. 2 – Bruk av rusmidler og legemidler til rusformål

Helsedirektoratet har mottatt mange og gode innspill til denne bestemmelsen som vi har valgt å lytte til. Helsedirektoratet har valgt å endre overskriften fra «*Rusmidler*» til «*Gjentatt eller vedvarende bruk av rusmidler og legemidler til rusformål*» for blant annet å kunne skille ut LAR-pasientene fra den opprinnelige inndelingen. De legemidlene som brukes av LAR-pasienter skal ikke kategoriseres som rusmidler, men som legalt forskrevne legemidler. LAR-pasienter som følger behandlings- og oppfølgingsregimet skal ikke kategoriseres som rusmiddelmissbrukere. Helsekravene for disse pasientene er angitt i eget punkt under gruppen «*Legemidler*».

Helsedirektoratet har mottatt innspill på at listen over legemidler og illegale rusmidler kan oppfattes som uttømmende. For å presisere at listen ikke er uttømmende, så har Helsedirektoratet forkortet og omarbeidet listen over illegale rusmidler i forhold til vårt opprinnelige forslag. Helsedirektoratet har tatt den opprinnelige listen over legemidler ut av tabellen i nr. 2, og erstattet oppstillingen med «*gjentatt og vedvarende bruk av legemidler til rusformål*».

Det bør etter Helsedirektoratets mening være ulike oppfølgingskrav ved bruk av legemidler i tråd med legens forskrivning, og ved bruk av midler til gjentatte og vedvarende rusformål. «*Gjentatt eller vedvarende bruk til rusformål*» inkluderer også bruk av legemidler forskrevet til andre eller kjøpt på det illegale markedet, legemidler kjøpt eller forskrevet i utlandet, samt bruk av forskrevne legemidler i høyere doser eller over lengre tid enn det legen har forordnet. Veileder vil si mer om dette, samt presisere hva som legger i begrepet «*gjentatt eller vedvarende*».

Helsedirektoratet har presisert begrepet «*dokumentert rusfrihet*», slik at ny bestemmelse lyder «*rusfrihet dokumentert ved egnede prøver*». Veileder vil si mer om individuell oppfølging og prøvetaking for dokumentasjon av rusfrihet.

Nr. 3 – LAR-behandling

Helsedirektoratet har mottatt innspill på at «*stabil dose*» bør byttes med ordet «*stabil behandling*». Helsedirektoratet er enig i at det er en bedre formulering av kravet, slik at dosejusteringer kan skje uten at dette utløser krav om ett års observasjonstid, og har endret formuleringen i ny bestemmelse.

Helsedirektoratet har valgt å fjerne bokstav c i det opprinnelige forslaget, fordi flere høringsinstanser har påpekt at det var en kilde til uklarhet. Helsedirektoratet har etter innspill fra avdeling for klinisk farmakologi ved St. Olavs Hospital presisert bestemmelsen i bokstav b, ved å ta inn «*andre*» foran «*midler som påvirker kjøreevnen*». Vi har på denne måten innsnevret kravet noe for ikke å avskjære muligheten for samtidig behandling av andre sykdommer med legemidler som ikke gir øker trafiksikkerhetsrisikoen.

Førerrettens varlighet er avstemt i forhold til bestemmelsene i nr. 2.

I høringsrunden ble det påpekt at det i vårt opprinnelige forslag ikke ble spesifisert noen tidsgrense for når et eventuelt tidligere rusmiddelmissbruk ikke lenger skulle få følger for førerkortet. I samarbeid med fagmiljøene har Helsedirektoratet kommet frem til at helseattest kan gi anbefaling om at førerrett gis med vanlig varighet etter åtte års dokumentert rusfrihet etter avsluttet substitusjonsbehandling for førerkortgruppe 1, og etter 10 års dokumentert rusfrihet for førerkortgruppe 2

Nr. 4 – Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler – døgndoser

Tall fra Reseptregisteret viser at det i 2013 var i underkant av 120 000 brukere av diazepam i Norge. Tallet har vært jevnt synkende siden 2005. For oksazepam var antall brukere noe større, det har ligget relativt stabilt på rundt 130 000 brukere/år i perioden 2005 – 2013 (Folkehelseinstituttets rapport – Bruk av vanedannende legemidler i Norge 2005 – 2013). Bruken øker med alderen.

CA 12500 brukere av benzodiazepiner hadde i 2013 fått utskrevet minst 365 DDD (altså kontinuerlig bruk) i tillegg til opioider.

Dette berører altså mange personer, og problemstillingen rundt bruk av benzodiazepiner og bilkjøring er et hyppig forekommende diskusjonstema blant helsepersonell og myndigheter.

Helsedirektoratet har fått flere tilbakemeldinger på manglende kunnskapsbasert fundament for de forslagene til tillatte legemidler og døgndoser som lå i vårt høringsforslag. Spesielt ble det påpekt at det mangler et godt vitenskapelig grunnlag for å utelate stabil bruk av diazepam i moderate doser fra listen over benzodiazepinbruk som kan være forenlig med førerrett. Samtidig er det et overordnet ønske om å forenkle og konkretisere helsekravene. Helsedirektoratet har derfor åpnet for at helsekravene også kan være oppfylt ved bruk av diazepam i definerte doser for førerkortgruppe 1 når behandlingen er i stabil fase. Maksimaldosene som er angitt for at helsekravet skal være oppfylt ved bruk av de opplistede benzodiazepinene er absolutt, og veilederen vil omtale dette mer detaljert. Det vil kun svært unntaksvis være åpning for å dispensere fra disse kravene. Veilederen vil også omtale anbefalinger ved bruk av disse legemidlene for ulike aldersgrupper.

Dagens retningslinjer fastsetter at helsekravet er oppfylt ved bruk av inntil 10 mg diazepam i døgnet. Videre er det gitt rom for å dispensere fra helsekravet for førerkortgruppe 1 ved bruk av diazepam inntil 20 mg/døgn. Helsedirektoratets ønsker med de nye helsekravene å stramme inn adgangen til bruk av diazepam under bilkjøring, men åpner for at det tillates en bruk av maksimalt 10 mg/døgn når legemiddelet brukes i faste doser innenfor indikasjon. Dette er analogt med definert døgndose for diazepam, og ekvipotent med 30 mg oksazepam. Helsedirektoratet mener således å ha funnet et godt kompromiss mellom høringsnotatets krav til nulltoleranse for diazepam på den ene siden og dagens dispensasjonspraksis på den andre.

Etter høringsinnspill er Nitrazepam er tatt inn i listen av sovemedisiner.

Etter innspill fra fagmiljøene ble legemidlene alprazolam (ved behandling av panikk syndrom) og klonazepam (som antiepileptisk behandling) vurdert tatt inn i tabellen, men Helsedirektoratet har etter grundig overveielse valgt å avstå fra dette på grunn av misbrukspotensialet. En eventuell søknad om dispensasjon vil bli vurdert etter bestemmelsen i § 7.

Nr. 5 – Opioider – langtidsvirkende ved kronisk smertebehandling

Ordet «langtidsvirkende» er tatt inn i overskriften for å ta høyde for å kunne ta inn de preparatene som har en langtidsformulering, men som likevel ikke faller inn under depotpreparatdefinisjonen. Kravene til «depotpreparat» er strøket, fordi depotpreparater vil være omfattet av bestemmelsene om langtidsvirkende midler. Endringen er i tråd med innspill fra høringsinstanser. Helsedirektoratet har også valgt å endre formuleringen «*mindre enn tilsvarende ekvipotent dose av morfin 300 mg/døgn*» i opprinnelig forslag til «*maksimal døgndose som tilsvarer inntil 300 mg morfinekvivalenter per os*», dette også etter innspill fra høringen.

Nr. 6 – Opioider – kortvarig smertebehandling

Ved kortvarig smertebehandling brukes ofte legemidler som kan påvirke kjøreevnen. Midlene brukes ofte i doser som førerkortinnehaveren verken har opparbeidet toleranse for eller kjenner virkningen av. Slik legemiddelbruk bør derfor vurderes strengt i forhold til bilkjøring. Det faller således inn under den generelle opplysningsplikten legen har ved forskrivning av alle typer legemidler som kan påvirke kjøreevnen. Helsedirektoratet mener likevel at det er behov for en eksplisitt bestemmelse på dette punktet fordi forskrivning av slike legemidler til sporadisk bruk er vanlig forekommende.

Nr. 7 – Antihistaminer som sedativum – døgndoser

Helsedirektoratet har etter flere høringsinnspill endret maksimaldose for bruk av alimemazin til 30 mg/døgn. Dette er i tråd med anbefalt dosering angitt i preparatomtalen.

Bruk av antihistaminer som allergimedisin er tatt ut av tabellen fordi tabellens bestemmelse anses dekket av § 35 og kapittel 18. Bruk av antihistaminer som allergimedisin vurderes etter § 35 der legen ser at bruken kan ha trafiksikkerhetsmessig relevans. Dersom det er allergien som utgjør en risiko for trafiksikkerheten vurderes denne etter kapittel 18.

Nr. 8 (tidligere punktene 11 – 13) – Antipsykotika, antiepileptika og antidepressiva

Dette er legemidler som ved behandlingsoppstart kan ha noe innvirkning på kjøreevnen, men som verken er rusgivende eller isolert sett medfører særlig økt trafiksikkerhetsrisiko ved bruk i fast vedlikeholdsdose innenfor preparatomtalens anbefalinger. Videre er dette legemidler som er nødvendige for behandling av grunnlidelser som ubehandlet kan være uforenlig med bilkjøring, og på den måten en forutsetning for at vedkommende oppfyller førerkortforskriftens helsekrav. Siden helsekravene i det opprinnelige forslaget var tilnærmet like for de tre legemiddelgruppene, har Helsedirektoratet valgt å slå de sammen til ett punkt med en generell ordlyd som gjelder alle de tre legemiddelgruppene.

Tidligere punkt 8 – Pregabalin

Pregabalin (og gabapentin) har de siste årene blitt funnet i rusmiddelmissbrukermiljøet. Det har vært rettet spesiell oppmerksomhet mot dette legemiddelet som et potensielt rusfremkallende stoff som kan påvirke kjøreevnen. Det savnes imidlertid dokumentasjon på at normal bruk i faste doser innebærer økt trafiksikkerhetsrisiko. Resultater fra en klinisk kontrollert studie på kjøreferdighet i simulator ved engangseksponering av pregabalin 75 + 75 mg dose viste ingen signifikant reduksjon i kjøreferdighet sammenlignet med kontrollgruppen (*Tuji T. et al, Evaluation of the effect of pregabalin on simulated driving ability using a driving simulator in healthy male volunteers; Int J Gen Med. 2014; 7: 103–108.*)

Av mangel på vitenskapelig dokumentasjon for å sette klare begrensninger på bruken av pregabalin innenfor indikasjon i terapeutiske doser, finner Helsedirektoratet det riktig å stryke dette punktet fra det opprinnelige forslaget. Bruk av legemiddel til rusformål utenfor indikasjon eller i supratherapeutiske doser dekkes av § 35 og bestemmelsen i revidert § 36 nr. 2.

Særskilt omtale av bruken av anabole, androgene steroider i veilederen

Flere høringsinstanser har foreslått at disse legemidlene inntas i tabellen eller omtales eksplisitt.

Bruk av anabole androgene steroider utenfor indikasjon og i supratherapeutiske doser kan medføre nedsatt impuls kontroll og aggressiv kjøring som potensielt kan være til stor fare i trafikken.

Medisinsk sjef i Antidoping Norge, overlege Per Wiik Johansen ved Oslo Universitetssykehus, påpeker at det kan være risiko for psykiske bivirkninger hos personer som bruker anabole androgene steroider i store doser, og at disse bivirkningene kan påvirke kjøreatferden. Dette er bivirkninger som kan vedvare lenge etter at dopingbruken er avsluttet, og det vil derfor være behov for å følge disse personene over noe tid for å kunne vurdere deres skikkethet til bilkjøring. Samtidig understreker han at det er uenighet i fagmiljøet på hvordan slik bruk påvirker trafiksikkerhetsrisikoen. Rådet fra fagmiljøet er derfor at bruk av androgene anabole steroider ikke tas med i tabellen før man har skaffet seg mer kunnskap på området. Ved kunnskap om bruk av anabole androgene steroider utenfor indikasjon og i supratherapeutiske doser må det likevel gjøres en individuell vurdering av om helsekravet angitt i § 35 er oppfylt.

§ 37. Bruk av flere legemidler

Overskriften er endret til kun å omfatte bruk av de legemidlene som er listet opp i § 36. En eventuell søknad om dispensasjon vil bli vurdert etter bestemmelsen i § 7.

Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser

§ 35. 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 trafikk sikkerhetsrisiko.

§ 36. 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 § 35.

	A	B	C
	Alkohol	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	<i>Avhengighet av alkohol, langvarig høyt inntak av alkohol eller skadelig bruk av alkohol, der alkoholbruken kan føre til forstyrrelse i atferd og gi helsesvekkelse med økt trafikk sikkerhetsrisiko</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter seks måneder der månedlig oppfølging viser avholdenhet og normalisering av biologiske prøver som avspeiler alkoholforbruket.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen i tre år forutsatt at minimum kvartalsvis oppfølging viser kontrollert bruk.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil fem års varighet, før den kan gis med vanlig varighet.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter ett år der månedlig oppfølging viser avholdenhet og normalisering av biologiske prøver som avspeiler alkoholforbruket.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen i tre år forutsatt at minimum kvartalsvis oppfølging viser kontrollert bruk.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil tre års varighet, før den kan gis med vanlig varighet.</i>

	Gjentatt eller vedvarende bruk av rusmidler og legemidler til rusformål	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
2.	<i>Helseskadelig bruk som gir økt trafikk sikkerhetsrisiko, eller avhengighet av illegale, rusgivende stoffer, eksempelvis: Cannabis Amfetamin/Metamfetamin Heroin Kokain Ecstasy LSD og hallusinogener</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter seks måneders rusfrihet dokumentert ved egnede prøver.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen i tre år forutsatt at umeldte kvartalsvise kontroller viser fortsatt rusfrihet.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tre års rusfrihet dokumentert ved egnede prøver.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen i tre år forutsatt at umeldte kvartalsvise kontroller viser fortsatt rusfrihet.</i> <i>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil fem års varighet.</i>

	<i>Gjentatt eller vedvarende bruk av legemidler til rusformål.</i>	<i>fem års varighet, før den kan gis med vanlig varighet.</i>	
	Legemidler	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
3.	LAR-behandling	<p>Helsekrav oppfylt etter ett år med stabil behandling forutsatt</p> <p>a) fortsatt oppfølging og kontroll av forskrivende lege og</p> <p>b) ingen bruk av andre midler som påvirker kjøreevnen</p> <p>Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil ett års varighet i tre år, og deretter med inntil fem års varighet så lenge behandling pågår.</p> <p>Ved avsluttet substitusjonsbehandling kan helseattest gis med anbefaling om førerett for inntil ett år av gangen i tre år forutsatt at umeldte kvartalsvise kontroller viser fortsatt rusfrihet. Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerett for inntil fem år.</p> <p>Etter 8 års dokumentert rusfrihet etter avsluttet substitusjonsbehandling kan helseattest gis med anbefaling om førerett med vanlig varighet.</p>	<p>Helsekrav ikke oppfylt.</p> <p>Etter 10 års dokumentert rusfrihet etter avsluttet substitusjonsbehandling kan helseattest gis med anbefaling om førerett med vanlig varighet.</p>
4.	Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler – døgndoser	<p>Helsekrav oppfylt ved bruk av:</p> <p>Oksazepam inntil 30 mg/døgn eller Diazepam inntil 10 mg/døgn</p> <p>Helsekrav er også oppfylt ved bruk av:</p> <p>Zopiklon inntil 7,5 mg /døgn, Zolpidem inntil 10 mg/døgn eller Nitrazepam inntil 10 mg /døgn, dersom legemiddelet er inntatt minimum 8 timer før kjøring.</p> <p>Helsekrav er ikke oppfylt ved bruk av andre benzodiazepiner.</p>	<p>Helsekrav oppfylt ved sporadisk bruk i en periode på maksimum fem dager av:</p> <p>Zopiklon inntil 7,5 mg /døgn, Zolpidem inntil 10 mg/døgn eller Nitrazepam inntil 10 mg /døgn, dersom legemiddelet er inntatt minimum 8 timer før kjøring.</p> <p>Helsekrav er ikke oppfylt ved bruk av andre benzodiazepiner.</p>
5.	Opioider ved kronisk smertebehandling	Helsekrav oppfylt dersom	Helsekrav ikke oppfylt.

		<p>a) det er klar medisinsk indikasjon</p> <p>b) det er minst en uke etter siste doseøkning</p> <p>c) det brukes en maksimal døgndose som tilsvarer inntil 300 mg morfinekvivalenter per os</p> <p>d) legemidlene er langtidsvirkende, og</p> <p>e) det har gått 8 timer etter inntak av ekstra dose korttidsvirkende opioid</p>	
6.	Opioider – kortvarig smertebehandling	<p>Helsekravene ikke oppfylt ved kontinuerlig medisinerings gjennom døgnet, selv om dette er innenfor rammen av anbefalte døgndoser.</p> <p>Ved inntak av enkeltdose er helsekravet bare oppfylt dersom enkeltdosen er anbefalt av lege og legemiddelet inntas minimum 8 timer før kjøring.</p>	<p>Helsekravene ikke oppfylt ved kontinuerlig medisinerings gjennom døgnet, selv om dette er innenfor rammen av anbefalte døgndoser.</p> <p>Ved inntak av enkeltdose er helsekravet bare oppfylt dersom enkeltdosen er anbefalt av lege og legemiddelet inntas minimum 8 timer før kjøring.</p>
7.	Antihistaminer som sovemiddel – døgndoser	<p>Helsekrav oppfylt ved bruk av: Alimemazin inntil 30 mg/døgn, Prometazin inntil 25 mg/døgn eller Hydroksyzin inntil 30 mg/døgn</p> <p>Siste dose må være inntatt minst 8 timer før kjøring.</p>	Helsekrav ikke oppfylt.
8.	Antipsykotika, Antiepileptika og Antidepressiva	<p>Helsekrav oppfylt ved stabil medisinerings.</p> <p>Øvrige helsekrav for grunnsykdommen fremgår av de respektive kapitler.</p>	<p>Helsekrav oppfylt ved stabil medisinerings.</p> <p>Øvrige helsekrav for grunnsykdommen fremgår av de respektive kapitler.</p>

§ 37. Bruk av flere legemidler opplistet i § 36

Ved bruk av to legemidler opplistet i § 36, reduseres angitt døgndose med 50 %.

Helsekrav er ikke oppfylt ved bruk av tre eller flere legemidler opplistet i § 36.

Kapittel 15 – Respirasjonssvikt

Bakgrunn

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.»

EU-direktiv 2006/126/EF vedlegg III punkt 18 omhandler annen sykdom, men intet spesifikt om respirasjonssvikt. Storbritannia har ingen spesifiserte krav ut over at tilstanden ikke skal føre til invalidiserende slapphet, bevissthetsforstyrrelser eller bevissthetstap. Sverige har ingen bestemmelser om respirasjonssvikt. Danmark vil i sin nye veileder innføre funksjonskrav på tilsvarende måte som i vårt forslag til nytt vedlegg 1.

En omfattende fransk studie av bilulykker i perioden 2005 og 2008 som inkluderte 69 630 bilførere med kronisk sykdom, viste at pasienter med kronisk astma hadde en odds ratio (OR) på 1,72 mens diabetes type 1 hadde tilsvarende OR på 1,47 (L. Orriols et al.).

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.

Forslag sendt på høring

§ 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

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Rogaland anfører at det bør være vilkår om bruk av oksygen under kjøring i § 39 nr. 2.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus støtter at respirasjonssvikt tas inn som eget punkt.

Fylkesmannen i Troms har erfaring for at det er svært sjelden at personer med respirasjonssvikt og tilførsel av oksygen søker om førerkort i gruppe 2 og 3. Skjerpete regler oppfattes som rimelig.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag mener at det er svært bra at helsekravene ved respirasjonsproblemer er utdypet og innskjerpet for høyere klasser. Fylkesmannen i Nord-Trøndelag sin erfaring er at selv beskjeden tilleggsproblematikk som forverring ved infeksjoner m.v. kan få trafiksikkerhetsmessige konsekvenser.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag finner det rimelig at helsekrav ikke er oppfylt for gruppe 2 og 3 ved bruk av oksygen.

Fylkesmannen i Østfold støtter skjerpingen av kravene for førerkortgruppene 2 og 3.

Oslo Universitetssykehus støtter forslaget til helsekrav ved behandlet hypoksemi i førerkortklasse 1 og at reglene skjerpes for førerkortklasse 2 og 3.

For blodgassmålinger ved havnivå, er det fint at man reduserer kravet for pO_2 til 7,5 kPa. Vi ønsker likevel at dette blir redusert til 7,3 kPa som er grensen for ukomplisert respirasjonssvikt. En pCO_2 grense på 7 kPa er mer liberal enn den gamle grensen på 6.7 kPa. Vår vurdering er at det ikke er noen saklig grunn til å legge seg på samme linje som våre naboland. Valgene skal være basert på medisinsk skjønn eller i dette fall en «Best Medical Guideline».

Vi støtter ellers krav i tabellen om at pasienten må være kognitivt velfungerende og ha nok muskelkraft til å kjøre førerkortgruppe 1. Når det gjelder førerkortgruppe 2 og 3 hadde det vært fint med standardiserte tester for å hjelpe med vurderingen om kjøring kan bidra til at oksygentensjonen i blod faller til under gitt grense.

Norsk Psykologforening foreslår at formuleringen i § 39, nr. 2 kolonne B bokstav b endres i retning av «det ikke foreligger trafikkfarlig kognitiv svikt».

Autoriserte Trafikkskolers Landsforbund støtter forslaget om skjerpete regler for førerkortgruppe 2 og 3 under forutsetning av at vurderingen er foretatt av en spesialist.

Granheim lungesykehus skriver at forslaget til blodgasskrav er mer i tråd med allment aksepterte retningslinjer for oksygenbehandling. Andre forhold enn blodgasser bør vektlegges. Ved tvil om kognitiv funksjon bør man sende melding til Fylkesmannen med anbefaling om at det utføres en praktisk kjøretest.

Helsedirektoratets vurderinger

Helsekrav

Høringsinstansene slutter seg til at helsekrav ved respirasjonssvikt inntas i nytt vedlegg 1. Videre er det uttrykt tilslutning til skjerpete krav for førerkortgruppe 2 og 3 for disse tilstandene.

De ulike miljøer har noe ulike krav til grenser for blodgassverdier for å sette diagnosen respirasjonssvikt. Et krav om at pO_2 skal være minst 7,3 kPa, innebærer en liberalisering fra dagens veileder som setter grensen for pO_2 ved 8 kPa. Oslo Universitetssykehus vil sette grensen for pCO_2 til under 6,7 kPa. Dette er en viss skjerpelse mot kravet på under 7 kPa som ble foreslått i

høringsnotatet. Det må være riktig å forholde seg til samme grense for ukomplisert respirasjonssvikt som våre sentrale fagmiljøer på området. Disse kravene er basert på «Best Medical Practice» og innarbeides i nye helsekrav.

Undersøkelse og dokumentasjon

Det er påpekt i høringssvar at det bør foreligge en spesialistvurdering for førerkortgruppe 2 og 3. Helsedirektoratet vil bemerke at pasienter med kronisk respirasjonssvikt skal ha vært hos spesialist som har gjort standardiserte blodgassmålinger av oksygen (O₂) og kuldiksyd (CO₂). Fastlegen får disse verdiene oppgitt fra spesialisten i epikrisen og kan på den bakgrunn gjøre vurdering i helseattesten. At det skal foreligge vurdering av spesialist fremgår uttrykkelig av bestemmelsene i § 38 nr. 1 for gruppe 2 og 3, og av § 39 nr. 2 for gruppe 1.

Respirasjonssvikt vil ofte medføre en noe svekket kognitiv funksjon særlig der tilførsel av oksygen er nødvendig for å oppnå tilfredsstillende verdier for blodgassene. Norsk Psykologforening har foreslått at vilkåret i § 39 nr. 2 kolonne B bokstav b) endres fra «*det ikke foreligger kognitiv svekkelse*», til «*det ikke foreligger trafikkfarlig kognitiv svekkelse*». Helsedirektoratet opprettholder bestemmelsen slik den ble sendt på høring uten å innskrenke vilkåret, da fravær av kognitiv svekkelse der personen er avhengig av tilførsel av oksygen under kjøring er viktig for trafikksikkerheten.

Over tid vil denne pasientgruppen ofte utvikle svekket førlighet med innvirkning på kjøreevnen, eller annen funksjonssvikt som også skal vurderes opp mot helsekravene. Fastlegen er den nærmeste til å gjøre en vurdering av dette.

Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser

§ 38. Helsekrav ved respirasjonssvikt

	A	B	C
	Blodgassmåling ved havnivå	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	Stabile verdier for blodgasser: pO ₂ > 7,3 kPa og pCO ₂ < 6,7 kPa	Helsekrav oppfylt.	Helsekrav oppfylt dersom vurdering av spesialist bekrefter at det ikke er fare for episoder med lavere verdier for blodgasser.
2.	Når stabile verdier for blodgasser: pO ₂ > 7,3 kPa og pCO ₂ < 6,7 kPa oppnås ved sikker tilførsel av oksygen under kjøring	Helsekrav oppfylt etter vurdering av spesialist dersom <ul style="list-style-type: none"> a) tilstanden er stabil b) det ikke foreligger kognitiv svekkelse og c) det er tilstrekkelig muskelkraft til sikker kjøring Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen.	Helsekrav ikke oppfylt.

Kapittel 16 – Nyresykdommer

Bakgrunn

Dagens krav til nyresykdommer gjelder alle førerkortgrupper og omfattes av bestemmelsen i vedlegg 1 § 2 nr. 6:

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

Direktiv 2006/126/EF har i vedlegg III punkt 16.1 og 16.2 bestemmelser om at pasienter med alvorlig nyresvikt skal vurderes medisinsk og følges opp jevnlig. Bare unntaksvis, etter legeerklæring og under forutsetning av at det gjennomføres regelmessig kontroll hos lege, kan det gis førerrett for førerkortgruppe 2 og 3 til de som har alvorlig og irreversibel nyresvikt.

Da alvorlig nyresykdom kan innebære økt trafikksikkerhetsrisiko, anser Helsedirektoratet det riktig å inkludere denne sykdomsgruppen i nytt vedlegg 1. Nyresykdom er ikke omtalt i gjeldende veileder IS-2070.

Forslag sendt på høring

§ 40. Helsekrav ved nyresykdommer

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

§ 41. 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.

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Nordland spør om allmennfunksjon er det samme som allmenntilstand.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus støtter at dette tas inn som eget punkt.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag mener det er bra at helsekravene ved nyresykdommer er definert i eget kapittel. Fylkesmannen har hatt flere saker som gjelder søkere med nyresykdommer. Via politiet har Fylkesmannen fått flere bekymringsmeldinger som gjelder førere som kjører vinglete, som viser seg å gjelde førere som har vært til dialyse. Det er derfor svært positivt at behandlende avdeling skal foreta en vurdering av helsekravene for dialysepasienter.

Fylkesmannen i Aust-Agder finner det lite hensiktsmessig/urimelig å skulle begrense varigheten på førerkortet når innehaver i utgangspunktet fyller helsekravene.

Legeforeningen mener kronisk nyresvikt bør defineres bedre, for eksempel ved å angi en GFR-verdi.

Norsk Nyremedisinsk Forening ser «kronisk nyresykdom» som en bedre betegnelse enn «kronisk nyresvikt». Nyretransplanterte utgjør ingen hensiktsmessig egen gruppering i sammenheng med førerkort. De bør inkluderes i kategorien «kronisk nyresykdom». Glomerulær filtrasjonsrate (GFR) sier for lite om pasientens funksjonsnivå til at verdien kan brukes som kriterium for om pasienten kan kjøre trafikksikkert.

Helsedirektoratets vurderinger

Helsekrav ved nyresykdom

Helsekrav ved nyresykdom fremgikk av kapittel 17 i forslaget som ble sendt på høring. I endelig endringsforskrift er helsekrav ved nyresykdom plassert i kapittel 16, mens helsekrav ved svekket førlighet er plassert i kapittel 17. Endringen medfører at bestemmelsene i kapitlene 16 og 17 har fått nye paragrafnumre.

For å gi helsekrav ved nyresykdom en utforming som er mer lik flere av de innledende og generelle bestemmelsene i øvrige kapitler, har Helsedirektoratet omarbeidet det generelle helsekrav for nyresykdom angitt i ny § 39. Omskrivningen innebærer ingen materiell endring av kravet, men bidrar til å presisere at vurderingstemaet er om nyresykdommen medfører trafikksikkerhetsrisiko. Helsekrav i § 39 lyder «Helsekrav er ikke oppfylt dersom nyresykdommen medfører trafikksikkerhetsrisiko.

Norsk nyremedisinsk forening har foreslått å endre sykdomskategorien i § 40 nr. 1 fra «kronisk nyresvikt» til «kronisk nyresykdom», og inkludere nyretransplanterte i denne gruppen. Helsedirektoratet ser at dette er et godt innspill. Helsedirektoratet har likevel beholdt høringsforslagets terminologi og tabell for å unngå å utvide helsekravene etter høringen. Nyretransplanterte vil etter tilheling i de fleste tilfeller ha tilnærmet normal nyrefunksjon uten påvirkning av allmennfunksjonen.

Det fremgår av førerkortforskriften § 4-3, 1. ledd, at føreretten kan tidsbegrenses etter legens vurdering for personer som oppfyller helsekravene på attesttidspunktet for å sikre forsvarlig medisinsk oppfølging. Legen kan derfor i helseattesten anbefale at føreretten gis kortere varighet enn angitt i § 40 nr. 3. Dersom pasienten, til tross for tilheling, har en dårlig allmennfunksjon, bør legen vurdere om helsekravet etter § 39, eventuelt etter kapittel 18 er oppfylt. Dersom en pasient ved tilheling etter nyretransplantasjon utvikler sviktende nyrefunksjon, skal det gjøres vurdering av helsekrav etter § 39, eventuelt etter § 40 nr. 1 ved kronisk nyresvikt.

Legeforeningen har anført at kronisk nyresvikt bør defineres ut fra glomerulær filtrasjonsrate (GFR). Norsk Nyremedisinsk forening skriver at denne verdien sier lite om pasientens funksjonsnivå og kan ikke brukes som kriterium for om pasienten kan kjøre trafikksikkert. Helsedirektoratet har valgt ikke å bruke GFR i definisjonen av tilstander etter dette kapitlet, men vil kort omtale betydning av ulike verdier i veileder.

Fylkesmannen i Aust-Agder har kommentert at det synes lite hensiktsmessig å begrense varigheten på førerkortet når innehaver i utgangspunktet fyller helsekravene. Personer med alvorlig nyresykdom kan ha et svingende forløp med perioder med dårlig funksjon. Helsedirektoratet vurderer at det er nødvendig å innføre bestemmelser om begrensinger i førerrettens varighet for denne gruppen. Bestemmelsene skal sikre forsvarlig oppfølging av tilstander som, ved progresjon eller tilleggsproblematikk kan utgjøre en trafikksikkerhetsrisiko.

Krav til spesialistvurdering

Helsedirektoratet har presisert bestemmelsen i § 40 nr. 2, ved å erstatte begrepet «behandlende avdeling» med «relevant spesialist». Tilsvarende er nr. 1 kolonne C endret fra «spesialist» til relevant spesialist. Spesialisten bør samtidig gi en anbefaling til fastlege om varighet av førerretten på bakgrunn av nyresykdommen.

Veileder

Veileder vil gi nærmere føringer for den delte oppfølging mellom fastlege og spesialist, og om hva som ligger i kravet til «godt allment funksjonsnivå». Veileder vil også si noe om anbefaling av varighet på førerretten ved alvorlig nyresykdom.

Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser

§ 39. Helsekrav ved nyresykdommer

Helsekrav er ikke oppfylt dersom nyresykdom medfører trafikksikkerhetsrisiko.

§ 40. Spesifikke helsekrav ved nyresykdommer

	A	B	C
	Sykdom	Førerkortgruppe 1	Førerkortgruppe 2 og 3
1.	Kronisk nyresvikt	Helsekrav oppfylt ved godt allment funksjonsnivå. Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett for inntil fem år av gangen.	Helsekrav oppfylt ved godt allment funksjonsnivå og etter anbefaling fra relevant spesialist. Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett for inntil to år av gangen.
2.	Dialysebehandlede	Helsekrav oppfylt etter uttalelse fra relevant spesialist.	Helsekrav oppfylt etter uttalelse fra relevant spesialist.

		<i>Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett for inntil tre år av gangen.</i>	<i>Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett for inntil tre år av gangen.</i>
3.	Nyretransplanterte	<i>Helsekrav oppfylt etter tilheling.</i> <i>Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett med vanlig varighet.</i>	<i>Helsekrav oppfylt etter tilheling.</i> <i>Helseattest kan gis med anbefaling om førerrett med vanlig varighet.</i>

Kapittel 17 – Svekket førlighet

Bakgrunn

Førerortforskriften vedlegg 1 § 2 nr. 7 har følgende bestemmelse for førerortgruppe 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 ekstraustyr på kjøretøyet.»

For førerortgruppe 2 og 3 gjelder etter vedleggets § 3 nr. 7 følgende tilleggskrav:

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

EU har bestemmelser om bevegelseshemmede i vedlegg III punkt 8 til direktiv 2006/126/EF. For førerortgruppe 1 kreves det at kompetent medisinsk faglig myndighet vurderer og uttaler seg om førlighetssvekkelsen, og at kjørevurdering gjennomføres dersom dette er nødvendig. Det skal indikeres hvordan kjøretøyet kan være tilpasset føreren, og om føreren må utstyres med ortopedisk protese, dersom det konstateres at fører med denne kan kjøre på betryggende vis. Søkere med en progressiv tilstand skal kontrolleres jevnlig med tanke på om føring av motorvogn kan skje på betryggende vis. Førerort kan utstedes eller fornyes uten krav om legek kontroll når bevegelseshemmingen er stabilisert. For førerortgruppe 2 og 3 må den helsefaglige kompetansen spesielt ta hensyn til den økte risiko og farer føring av kjøretøy i disse gruppene innebærer.

Tilstrekkelig førlighet er en forutsetning for trafiksikker føring av motorvogn. Ved førlighetssvekkelse er det ofte andre svekkelser som skal vurderes i forhold til trafiksikkerhet. Det kan derfor være nødvendig å vurdere helsekrav ved legemiddelbehandling, synssvekkelse og kognitiv svikt. 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.

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

Forslag sendt på høring

§ 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 førlighetssvekkelsen 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.

Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Nordland finner ikke førlighet godt definert, men de valgte formuleringer kan likevel aksepteres. Det er praktisk kjørevurdering som blir avgjørende ved tvil. Nedsatt førlighet er ofte ledsaget av andre problemer som nedsatt koordinasjon, spastisitet m.v. Det skal da ikke så mye til før manøvreringsevnen blir for dårlig. I andre tilfeller kan førligheten være betydelig redusert, men trafiksikkerheten blir likevel ivaretatt fordi god funksjon for øvrig gir mulighet for kompensering og/eller bruk av tekniske tilpasninger.

For høyere klasser bør det vurderes å beholde dagens krav om normal kraft og koordinasjon i begge ben og armer og naturlig grep i begge hender.

Fylkesmannen i Troms oppfatter at betegnelsen er dekkende.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag mener det er nødvendig med en spesialistvurdering der det er fare for at førlighetssvekkelsen progredierer, og at det er positivt at dette er tatt inn i forskriften.

Fylkesmannen i Hedmark finner formuleringen rund i forhold til andre punkter. Så lenge det blir konkretisert i veilederen for leger eller direkte i helseattesten, har man ingen bemerkninger.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag finner beskrivelsen av førlighetssvekkelse klar og forståelig.

Fylkesmannen i Buskerud viser til at for de øvrige kapitler om helsekrav er de spesifikke kravene i hovedsak framstilt tabellarisk. For svekket førlighet er det ikke utarbeidet tabell, og det er heller ikke spesifisert på annen måte. Det står i høringsnotatet at «Nytt vedlegg 1 legger inn i forskrift det som spesifikt skal vurderes i forhold til førlighet. Ny veileder vil vektlegge god vurdering av helsesvekkelser som ofte følger med førlighetssvekkelse.» Vi savner at dette i høringsrunden ikke er fremstilt i forskriftsutkastet eller høringsnotatet på en måte som gjør det mulig å komme med en vurdering av det som tenkes foreslått.

Fylkesmannen i Østfold mener at førlighetssvekkelse er godt nok definert. Likevel vil påpekes det at begrepet slik det er brukt i § 40, også omfatter tilstander som er regulert i §§ 16 og 17 om helsekrav ved neurologiske sykdommer.

Bjerkreim kommune v/ kommunelegen skriver at sammenlignet med forskriften for øvrig, er definisjonen lite spesifikk. Forhold knytta til nakke/rygg er for øvrig ikke nevnt, og ordlyden i forslaget avgrenser kravet til hand/arm/fot, blir det påpekt. Dersom konkrete krav til førlighet blir tatt inn i vedlegg til regelverket, vil den foreslåtte ordlyden være tjenlig.

Legeforeningen mener kapittelet fremstår for generelt og lite konkret. Pasienter med svekket førlighet er seg ofte pasienter med sammensatte tilstander, og oftest eldre pasienter. I mange tilfeller vil det være geriatere som bør vurdere om vedkommende oppfyller helsekravene hvis fastlege vurderer at spesialistvurdering er påkrevet.

Oslo Universitetssykehus skriver at førerkortforskriften vedlegg 1 kunne definert tydeligere helsekravene når det gjelder fysisk funksjon og utredning med tanke på bilkjøring. Dette gjelder særlig krav til samtidig vurdering av andre svekkelser, som for eksempel kognitive svekkelser.

Autoriserte Trafikkskolers Landsforbund støtter forslaget til endringer i ordlyden som mer beskrivende der det fremgår enda tydeligere viktigheten av koordinasjonsevne og kraft i armer og ben for å føre et kjøretøy. Vi mener også at det er riktig at det er en relevant spesialist som skal benyttes for å gi begrenset helseattest hvis førlighetssvekkelsen forverres eller er progressiv.

Helsedirektoratets vurderinger

Helsekrav ved svekket førlighet

Helsekrav ved nyresykdom fremgikk av kapittel 17 i forslaget som ble sendt på høring. I nytt forslag er helsekrav ved nyresykdom plassert i kapittel 16, mens helsekrav ved svekket førlighet er plassert i kapittel 17. Endringen medfører at bestemmelsene i kapitlene 16 og 17 har fått nye paragrafnumre.

Helsedirektoratet etterspurte i høringsnotatet innspill på hvorvidt førlighetssvekkelse var godt nok definert. Høringsinstansene er delt i synet på om forslaget til forskrift her er godt nok definert. Det er etter Helsedirektoratets vurdering ikke hensiktsmessig å gjøre et forsøk på tabelloppsett for disse helsevekkelsene, men Helsedirektoratet har på bakgrunn av innspill valgt å omarbeide bestemmelsen.

Bestemmelsen i ny § 41 første ledd angir vilkår for at helsekrav er oppfylt. Bestemmelsen er gitt en positiv formulering for at det skal være bedre samsvar mellom leddene, og oppregning av kriterier som skal vektlegges ved vurdering av om helsekravene er oppfylt, er hentet fra høringsforslagets bestemmelse.

I dialog med Vegdirektoratet har Helsedirektoratet valgt å opprettholde skillet mellom stabile og progressive tilstander, når det gjelder avgjørelse av om førerrett skal gis. Dersom lege har vurdert at en person ikke fyller helsekravet angitt i første ledd, og tilstanden er stabil, kan førerrett likevel gis i enkelte tilfeller etter vurdering av regionvegkontoret. Ved stabil førlighetssvekkelse avgjør regionvegkontoret om det er behov for kjørevurdering, etter at lege har vurdert helsemessige forhold.

Ved tilstander der det er grunn til å tro at førlighetssvekkelsen vil forverres eller er progressiv kan legen, dersom det er tvil om helsekravet er oppfylt, anmode Fylkesmannen om at det gjennomføres en kjørevurdering. Helsedirektoratet har valgt å presisere dette i bestemmelsen, ved å ta inn

sekvensen «eventuelt etter kjørevurdering». Det er videre presisert at det i disse tilfellene er Fylkesmannen som etter anmodning fra legen må be om kjørevurdering ved regionvegkontoret (trafikkstasjonen). Føreretten gis med vilkår, dersom kjørevurdering viser at søker må bruke ortopedisk protese, personlig ekstrautstyr eller få kjøretøyet tilpasset for å oppfylle helsekravet.

Helsedirektoratet har i dialog med Vegdirektoratet, i tråd med EU-direktivet, valgt å presisere at det skal gjøres en skjerpet vurdering av helsekravet for gruppe 2 og 3 i nytt femte ledd til bestemmelsen.

Undersøkelse og dokumentasjon

Ved svekket førerlighet kan det foreligge en nevrologisk lidelse som skal vurderes etter kapittel 7. Der førerlighetssvekkelsen er medfødt eller forårsaket av senere skade, foreligger det ofte en uttalelse fra relevant spesialist, som inneholder en funksjonsvurdering. Denne kan være en viktig referanse for fastlegen når det skal vurderes om helsekrav for førerrett er oppfylt. Veileder vil si noe mer om varighet av førerrett og spesialistvurdering ved ulike former for svekket førerlighet, samt vurdering av helsekrav for førerrett til førerkortgruppe 2 og 3.

Det er påpekt i høringsinnspill at svekket førerlighet ofte er kombinert med andre svekkelser av betydning for kjøreevnen. Dette gjelder spesielt eldre førerne. Eventuelle øvrige helsesvekkelser skal vurderes ut fra helsekrav for det respektive kapittel. Det kan også være nødvendig å gjøre en helhetsvurdering av søkers helsesituasjon etter kapittel 18.

Helsedirektoratets forslag til ny bestemmelse

§ 41. Helsekrav ved svekket førerlighet

Helsekrav er oppfylt dersom førerligheten er tilstrekkelig til trafiksikker føring av motorvogn. Ved vurderingen skal det blant annet legges vekt på om evnen til å føre motorvogn på en sikker måte er påvirket på grunn av redusert koordinasjonsevne eller redusert kraft eller sensibilitet i arm eller ben, herunder nedsatt gripeevne.

Dersom det er grunn til å tro at førerlighetssvekkelsen vil forverres eller er progressiv, kan det gis helseattest med anbefaling om førerrett for inntil ett år, eller for lengre tid dersom relevant spesialist anbefaler det. Ved tvil om helsekravet etter første ledd er oppfylt, kan lege oversende saken til Fylkesmannen som kan be om kjørevurdering hos regionvegkontoret før det gis helseattest.

Dersom lege har vurdert at en person ikke fyller helsekravet etter første ledd og tilstanden er stabil, herunder at personen bruker ortopedisk protese, avgjør regionvegkontoret, eventuelt ved gjennomføring av kjørevurdering, om førerrett likevel kan gis og om det er behov for bruk av ekstrautstyr eller annen tilpasning av kjøretøyet for at vedkommende kan føre motorvogn på trafiksikker måte.

Føreretten kan begrenses til motorkjøretøy som er spesielt tilpasset eller har personlig ekstrautstyr, jf. førerkortforskriften § 4-3..

Ved vurderingen av om helsekravet er oppfylt for førerkortgruppe 2 og 3 etter første ledd, og om helseattest med anbefaling om førerrett kan gis etter andre og tredje ledd, skal det tas hensyn til de ytterligere risikoer og farer som er forbundet med å føre motorkjøretøy i disse gruppene.

Kapittel 18 – Andre sykdommer og helsesvekkelser

Bakgrunn

Dagens krav til andre helsesvekkelser gjelder alle førerkortgrupper og omfattes 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.»

EU-direktiv 2006/126/EF har i vedlegg III punktene 17.1, 17.2. og 18 bestemmelser om andre tilstander. Punktene 17.1. og 17.2. gjelder pasienter som har gjennomgått organtransplantasjon eller har implantater med innvirkning på kjøreevnen. Punkt 18 gjelder generelt alle andre tilstander som kan påvirke kjøreevnen og som ikke er nevnt i de foregående punkter. I disse tilfellene kan førerrett kun gis dersom det er gitt en autorisert medisinsk vurdering, og det gjøres regelmessige medisinske kontroller, dersom slike er nødvendige.

Helsekravene som fremgår av nytt vedlegg 1 i kapittel 4 til 17 omfatter ikke alle tilstander som kan ha betydning for trafiksikker kjøring. Relevante helsemessige forhold som ikke omfattes av de øvrige helsekravene, må beskrives i helseattesten og vurderes opp mot bestemmelsen i kapittel 18. Der søker har en generell helsesvekkelse eller flere sykdommer som sammen utgjør en risiko for trafiksikkerheten, må søkers totale helsesituasjon vurderes opp mot bestemmelsene i kapittel 18.

Forslag sendt på høring

§ 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 trafiksikkerheten.

§ 45. Helsekrav ved flere sykdommer og helsesvekkelser

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

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

Høringsinstansenes syn

Det har ikke kommet inn merknader til kapittel 18.

Helsedirektoratets vurderinger

Helsedirektoratet har ikke sett grunnlag for å gjøre materielle endringer av bestemmelsene i kapittel 18, med unntak av noen språklige endringer og forskyvning i paragrafnumrene.

Helsedirektoratets forslag til nye bestemmelser

§ 42. Helsekrav ved annen helsesvekkelse

Helsekrav er ikke oppfylt dersom det er annen helsesvekkelse enn de som er omtalt i kapitlene foran, og helsesvekkelsen utgjør en risiko for trafiksikkerheten.

§ 43. Helsekrav ved flere sykdommer og helsesvekkelser

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

§ 44. *Bestemmelsene i §§ 42 og 43 gjelder søkere i alle førerkortgrupper.*

Kapittel 19 Overgangsbestemmelser

§ 47. 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 ville få dispensasjon for tunge klasser etter de nye bestemmelsene, er en del personer med insulinkrevende diabetes og førere med syn på bare ett øye.

Det ble på dette grunnlag foreslått overgangsbestemmelser som på nærmere vilkår åpnet for å få dispensasjon i inntil tre år etter ikrafttredelsen av de nye bestemmelsene.

Forslag sendt på høring

§ 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 trafiksikkerhetsrisiko. Det kan fastsettes vilkår som sikrer nødvendig oppfølging. Dispensasjon etter denne bestemmelsen kan ikke gis med varighet utover 31. august 2018.

Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser har hatt innspill til forslaget til overgangsbestemmelser. De fleste gir sin tilslutning til at fastsettes overgangsbestemmelser i tråd med høringsforslaget, men noen foreslår en annen varighet.

Høringsinstansene ble bedt om å 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?

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag er enig i at dispensasjoner gitt i medhold av någjeldende vedlegg 1, skal gjelde fram til utløpsdato for dispensasjonen, men er kritisk til forslaget til overgangsbestemmelser. Det påpekes at det i en overgangsperiode legges opp til et tosporet system, der flertallet av søknadene skal vurderes etter nytt regelverk, mens et fåtall søknader vil kunne bli innvilget i henhold til opphevet regelverk.

Når innskjerpingene i regelverket er et resultat av EU-direktiv, anser Fylkesmannen i Nord-Trøndelag det ikke riktig å åpne for fornyet dispensasjon.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag mener det ikke bør gis fornyet dispensasjon etter overgangsbestemmelsen der bruk av medikamenter er årsaken til at helsekravene ikke er oppfylt. Det vises til at risikoen ved bilkjøring under medikamentpåvirkning er årsaken til at helsekravene skjerpes på dette området.

Det stilles spørsmål ved om «tungtveiende grunner» er et hensiktsmessig vurderingsgrunnlag. Når behov ikke lenger skal tas med i vurderingen, vil behovet heller ikke kunne utgjøre en tungtveiende grunn i henhold til § 47. Vilkåret bør presiseres i veileder, for å sikre lik behandling av søknadene.

Fylkesmannen mener at dispensasjoner som gis i medhold av overgangsbestemmelsen, kun bør gis en varighet på 6 måneder.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag viser til at noen ikke vil kunne fortsette i sitt yrke når det ikke blir mulighet for dispensasjon for førerkortgruppe 3 for personer som behandler med medikamenter som kan gi hypoglykemi, og at tilsvarende gjelder for «enøyde». Det oppfattes rimelig at det innføres en overgangsordning der de som har fått dispensasjon fra tidligere regelverk, kan få det i en avgrenset periode. Tre år anses hensiktsmessig. I overgangsperioden finner Fylkesmannen i Sør-Trøndelag det rimelig at tungtveiende grunner for den enkelte tillegges vekt, og viser til at i de fleste tilfeller vil dette gjelde muligheten til å fortsette i sitt yrke.

Fylkesmannen i Rogaland

Fylkesmannen i Rogaland skriver at det bør være overgangsordninger ved vektige grunner. *For eksempel for yrkessjåfører med kun ett øye og normalt synsfelt som har kjørt prikkfritt i alle år. Her foreslås det en lang overgangsperiode, mer enn 3 år, og gjerne fram til fylte 67 år under forutsetning av at synet ikke endres/blir dårligere.*

Det bør også være overgangsordninger på diabetes og andre områder ved vektige grunner.

Fylkesmannen i Buskerud

Fylkesmannen i Buskerud ser ikke behov for overgangsbestemmelser. Det vises til at det alt er en sikkerhetsventil i forslaget til § 7 om dispensasjonsadgang, som gir anvisning på flere av de samme vurderingstema. En overgangsbestemmelse som foreslått vil trolig være vanskelig å praktisere. Det legges til grunn at dispensasjoner som er gitt etter någjeldende lovverk, vil være gyldige for den tid de er gitt for.

Fylkesmannen i Buskerud mener en overgangsbestemmelse vil være i strid med den uttalte forutsetningen av helsekravene skal gjelde uavhengig av behov.

Fylkesmannen i Aust-Agder

Fylkesmannen i Aust-Agder mener tre år vil være en hensiktsmessig overgangsperiode, og at «tungtveiende grunner» kan være et hensiktsmessig vilkår for å gi fornyet dispensasjon i en overgangsperiode.

Fylkesmannen i Hedmark

Fylkesmannen i Hedmark mener det er riktig å ha en periode med overgangsbestemmelser, men *to år* bør være nok. Tre år vil bare utsette problemene. Fylkesmannen påpeker at begrepet «fortsatt erverv» er konkret, noe «tungtveiende grunner» ikke er.

Fylkesmannen i Østfold

Fylkesmannen i Østfold støtter høringsnotatets forslag til overgangsbestemmelser.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Fylkesmannen i Oslo og Akershus ser behov for overgangsbestemmelser som åpner for å gi fornyet dispensasjon i en begrenset periode etter ikrafttreden av nytt regelverk. Dette vil være spesielt nødvendig i de saker der det er yrkesmessige hensyn. De som mister sitt yrkesmessige grunnlag vil ha behov for omskolering.

Det påpekes at lange overgangsordninger på den annen side vil kunne svekke respekten for det nye regelverket. Dert blir vanskelig å forstå at en regel har stor trafikkmessig betydning dersom en lar det gå flere år før endringen settes ut i livet.

Fylkesmannen i Vestfold

Fylkesmannen i Vestfold skriver at eventuelle overgangsregler bare må gjelde fram til gjeldende dispensasjon går ut. Deretter må søker vurderes etter nytt regelverk, f.eks. enøydhet og høyere klasser.

Fylkesmannen i Telemark

Fylkesmannen i Telemark mener det er nødvendig med en overgangsperiode, gjerne på tre år, for de som har dispensasjon, men ikke lenger vil oppfylle helsekravene i aktuelle grupper.

Vilkåret «tungtveiende grunner» anses å være for upresist til å kunne gi stringent og omforent tolkning mellom embetene. Det må foreligge mer detaljerte retningslinjer, både i overgangsperioden, og etter, for å sikre rettferdig og lik behandling av dispensasjonssøknader.

Fylkesmannen i Oppland

Fylkesmannen i Oppland viser til at overgangsbestemmelser i første rekke vil ha betydning for de sykdomsgruppene hvor helsekravene blir innskjerpet, spesielt for medikamentbruk, diabetes 1 og personer med syn på bare ett øye.

For personer med syn på bare ett øye anser Fylkesmannen i Oppland at det kan være hensiktsmessig med en overgangsperiode på 2 år for de som tidligere har fått innvilget dispensasjon, slik at de har mulighet til å finne seg nytt arbeid. Tre år vil uansett være for kort for ny utdanning.

Når det gjelder diabetes 1, skriver Fylkesmannen i Oppland at overgangsperioden bør være så kort som overhodet mulig, og viser til økt ulykkesrisiko.

Fylkesmannen i Oppland finner det ikke hensiktsmessig med noen overgangsperiode for bruk av benzodiazepiner. Det påpekes at det ikke er medisinsk indikasjon for bruk av benzodiazepiner over tid.

Fylkesmannen i Nordland

Fylkesmannen i Nordland er enig i at det må finnes overgangsbestemmelser. Varighet av tidligere gitt dispensasjon inntil tre år etter at nye regler trådte i kraft virker ikke urimelig. Det vises til at det i dag i noen tilfeller gis dispensasjon for fem år. Disse vil antagelig fortsatt være gyldige, eller skal de på en gitt dato trekkes tilbake, stilles det spørsmål om i uttalelsen.

Fylkesmannen i Nordland mener det antagelig bør være et system som varsler de som har dispensasjon i dag, men ikke vil få førerrett i henhold til nytt regelverk, slik at de kan forberede seg dersom dette vil føre til endringer i arbeidssituasjonen.

Fylkesmannen i Troms

Fylkesmannen i Troms finner det rimelig at det gis overgangsbestemmelser som åpner for å søke om fornyelse av dispensasjon i en begrenset periode etter ikrafttreden av nytt regelverk. Tre år anses som en hensiktsmessig overgangsperiode.

Det stilles spørsmål om «tungtveiende grunner» i en overgangsperiode skal inneholde noe annet enn «tungtveiende grunner» ved dispensasjon etter § 7.

Fylkesmannen i Troms kan vanskelig se at man i overgangsbestemmelsene kan komme utenom «behov» som en del av vurderingen.

Statens vegvesen, Region vest

Statens vegvesen, Region vest mener at det bør være overgangsbestemmelser for fornyelse av dispensasjon, men at denne perioden bør begrenses til 2 år for å sikre en raskere utfasing av gammelt regelverk. Hva som skal legges til grunn for en fornyelse av dispensasjon og hva som inngår i begrepet «tungtveiende grunner» bør utdypes og fremkomme mer detaljert i veileder for legene. Fornytt dispensasjon etter overgangsbestemmelsene bør bare gjelde yrkessjåfører.

Stavanger kommune

Stavanger kommune mener det bør gis overgangsbestemmelser som åpner for å søke om fornyelse av dispensasjon i en begrenset periode, spesielt for yrkessjåfører som må finne nytt arbeid fordi dispensasjon ikke blir mulig. Kommunen mener 2 år vil være en hensiktsmessig overgangsperiode. «Tungtveiende grunner» anses som et hensiktsmessig vilkår.

Bjerkreim kommune

Bjerkreim kommune støtter høringsnotatets forslag til overgangsbestemmelser.

Drammen kommune

Drammen kommune støtter forslaget om en overgangsperiode på tre år.

Søndre Buskerud politidistrikt

Politiet i Søndre Buskerud skriver at dispensasjon som er gitt i medhold av gjeldende lovgivning, bør gjelde inntil den utløper. Det er politiets vurdering at hensynet til trafiksikkerhet på generelt grunnlag vil veie tyngre enn den enkeltes behov for førerkort, men ser at f.eks. yrkessjåfører som har hatt langvarig dispensasjon uten endret helsetilstand, vil kunne ha behov for en overgangsperiode for omskolering og tilpasning til nytt regelverk. Det er en noe annen situasjon enn det som generelt vil være tilfelle og som må vurderes etter forslaget § 7, og begrunnelsen for en noe videre dispensasjonsadgang fremstår intuitivt som rimelig. En eventuell dispensasjon må ikke medføre risiko for trafikkskade som overstiger det som generelt kan sies å være grensen for akseptabel risiko i forslaget.

Politiet i Søndre Buskerud antar at 3 år vil være i overkant av hva som er nødvendig for å ivareta de som rammes av forslaget på en tilfredsstillende måte.

Østfold politidistrikt

Østfold politidistrikt anser at hensynet til omskolering for enkelte må veie tyngre enn raskere utfasing av regelverket, og mener derfor tre års gyldighet for overgangsbestemmelsen er en hensiktsmessig løsning. Det må i noen unntakstilfeller være adgang til å gi fornytt dispensasjon. «Tungtveiende grunner» anses som et hensiktsmessig begrep.

Politidirektoratet

Politidirektoratet har ingen innvendinger mot høringsnotatets forslag til overgangsbestemmelser. Det forutsettes at dispensasjon bare innvilges der det ikke er endringer i helsetilstanden eller andre opplysninger som tilsier at førers helsetilstand medfører en trafikksikkerhetsrisiko.

Motorførernes Avholdsforbund

Motorførernes Avholdsforbund støtter at det gis overgangsbestemmelser som åpner for å søke om fornyelse av dispensasjon i en begrenset periode når «tungtveiende grunner» foreligger, men ikke utover 3 år. Forbundet foreslår primært 2 år.

Autoriserte trafikkskolers Landsforbund

ATL mener det bør åpnes for å søke om fornyelse av dispensasjon i en overgangsperiode på tre år, hvis det er medisinsk forsvarlig. «Tungtveiende grunner» anses som et hensiktsmessig vilkår for å få fornyet dispensasjon, og spesielt aktuelt for yrkessjåfører som har hatt langvarig dispensasjon uten endret helsetilstand.

Personskadeforbundet

Personskadeforbundet har ikke har sterke motforestillinger mot de foreslåtte overgangsbestemmelsene, under forutsetning at trafikksikkerhetshensynet er vurdert og ivaretatt. «Tungtveiende grunner» vurderes som hensiktsmessig vilkår, forutsatt at dette i den enkelte sak ikke settes foran trafikksikkerhetshensynet.

Høgskolen i Nord-Trøndelag

Høgskolen i Nord-Trøndelag mener det er rimelig å gi en overgangsperiode på f.eks. 2 år dersom tungtveiende grunner tilsier det.

Norges Optikerforbund

Norges Optikerforbund viser til at for personer med tap av syn på ett øye innebærer forslaget til nye bestemmelser en betydelig innstramming sett i forhold til tidligere håndheving innen førerkortgruppe 2 og 3. Dette fordrer en fornuftig overgangsordning for eksempel for yrkessjåfører.

Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus mener det i en overgangsperiode må åpnes for at det kan gis fornyet dispensasjon ved tungtveiende grunner. Sykehuset finner det dramatisk at endringen i regelverket vil medføre at en yrkessjåfør som har kjørt skadefritt på dispensasjon gjennom mange år, nå må sørge for omskolering fordi det ikke vil bli gitt dispensasjon med varighet utover 31. august 2018. Et overgangsvindu bør ikke gjøres kortere enn de foreslåtte tre år.

Helsedirektoratets vurderinger

De fleste som har uttalt seg til forslaget til overgangsbestemmelser, støtter forslaget om å ha en overgangsordning, men det er ulike synspunkter på maksimal varighet ved eventuell fornyet dispensasjon.

Enkelte har påpekt at det er lite ønskelig at det i en periode kan bli gitt dispensasjon etter to ulike bestemmelser og med ulik vurdering, og at de nye helsekravene av hensyn til trafikksikkerheten bør gjelde alle, uten overgangsregler.

Helsedirektoratet foreslo i høringsnotatet at dispensasjoner som er gitt i henhold til någjeldende regelverk, skal gjelde inntil de utløper. I tillegg er det foreslått overgangsbestemmelser, slik at det ved «tungtveiende grunner» blir en mulighet for å få 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 trafikksikkerhetsrisiko. Varighet av dispensasjonen fastsettes ut fra behovet for nødvendig medisinsk oppfølging.

Det fremgår av høringsnotatet at 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 er foreslått å gjelde i tre år etter ikrafttreden av nytt vedlegg 1, for å gi rom for omskolering og omstilling uten å få en for lang periode med ulikt regelverk ved dispensasjonssøknader, men det er argumenter også for kortere og lengre tidsramme.

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. For førere som har oppfylt helsekravene etter tidligere regelverk og derfor ikke har hatt behov for dispensasjon, vil søknad om dispensasjon bli behandlet etter unntaksbestemmelsen i § 7.

Etter en vurdering av innspillene foreslår Helsedirektoratet å beholde overgangsbestemmelsen i høringsforslaget, men med enkelte språklige endringer. Det er ikke vesentlige innvendinger mot de foreslåtte kriteriene for å kunne få fornyet dispensasjon i en overgangsperiode. Yrkesmessig behov i en overgangsperiode vil kunne inngå i denne vurderingen, når helsetilstanden er uforandret og ikke innebærer en trafikksikkerhetsrisiko. Vurderingen må imidlertid gjøres i lys av at dispensasjonsadgangen etter de nye bestemmelsene generelt vil bli sterkt begrenset, og at helsekravene i stor grad er forskjøvet til tidligere dispensasjonsgrense. Vurderingstemaet vil bli omtalt nærmere i veilederen.

Forslaget om en overgangsperiode med mulighet for fornyelse av dispensasjon i inntil tre år etter ikrafttredelse nytt vedlegg 1 til førerkortforskriften opprettholdes.

Dispensasjon som er gitt før ikrafttredelse av nye bestemmelser, vil gjelde frem til utløpsdato, så lenge helsetilstanden er uendret.

Helsedirektoratets forslag til ny bestemmelse

§ 45. Overgangsregler dispensasjon

Vedtak om dispensasjon som er truffet i medhold av vedlegg 1 før 1. oktober 2016, gjelder frem til dispensasjonen løper ut. En slik tidsbegrenset dispensasjon som løper ut etter 1. oktober 2016, kan fornyes dersom det foreligger tungtveiende grunner og det etter en medisinsk vurdering ikke anses å utgjøre en trafikksikkerhetsrisiko. Det kan fastsettes vilkår til dispensasjonen som sikrer nødvendig oppfølging.

En dispensasjon etter første ledd kan ikke gis varighet utover 30. september 2019.