

Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v. - 2007

Heftets tittel: Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort
m.v. -2006

Utgitt: 3/2007

Bestillingsnummer: IS-1437

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling kommunale helsetjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling. Oppgi bestillingsnummer: IS-1437

Forord

For mange leger har befatning med pasienters førerkortspørsmål et visst ubehagsaspekt. Rollen som "pasientens advokat" kan komme i konflikt med rollen som sakkyndig premissleverandør, når pasientens behov for å kjøre kan stride mot fellesskapets behov for beskyttelse mot potensielt risikable sjåførere. Ubekymret kan reduseres ved å klargjøre legens sakkyndigrolle. En eventuell avgjørelse om å fravike reglene tas av forvaltningen, ikke legen. Kjennskap til regelverket og hvilke opplysninger som vektlegges, letter imidlertid legens oppgave og bidrar til raskere saksbehandling for pasienten. Erfaringene med legers førerkortattester er ikke udelte positive. Området kan oppfattes som vanskelig. Endel leger har også etterspurt det faglige grunnlaget for helsekrav og retningslinjer. I denne reviderte veilederen har vi derfor gitt disse forhold noe mer inngående omtale.

Siden forrige versjon av denne veilederen (1997) er førerkortforskriften blitt revidert (større revisjon 2004, flere mindre, sist 1. januar 2005). Helsekravene er materielt uendret fra 1997, men finnes nå litt omredigert i Vedlegg 1 til [førerkortforskriften](#). Det er innført krav om førerkort for moped, med helsekrav som for kl. B. Dessuten har helsepersonelloven erstattet legeloven (2001). Legens plikt til å melde om førerkortinnehaver som ikke oppfyller helsekravene, er nå hjemlet i helsepersonellovens § 34. Melding skal nå gå til Fylkesmannen, ikke Fylkeslegen. Fylkesmannens helseavdeling har overtatt Fylkeslegens oppgaver i førerkortsaker. Det er fortsatt personer med medisinsk kompetanse som har ansvaret for sakene hos Fylkesmannen.

Forvaltningens dispensasjonspraksis er endret på visse områder, spesielt ved hjertesykdom og ved bevissthetstap av annen årsak enn epilepsi. Invasiv utredning av hjertesykdom er blitt meget vanlig. Diagnostiske kriterier og behandlingsmetoder er endret. Dette har åpnet for langt tidligere vurdering av om utvidet førerkort kan innehas, for pasienter som er invasivt utredet. De siste norske retningslinjer er tilpasset faglige råd fra European Society of Cardiology (2004). Det legges større vekt på prognosen vurdert ut fra arbeidskapasitet, venstre ventrikkelfunksjon, symptomer, generelle risikofaktorer og arytmiendens, og mindre vekt på tid siden siste kliniske manifestasjon eller intervensjon. Også for vurdering av pasienter som har hatt bevissthetstap, er det gjort tilpasninger til nye, europeiske, faglige råd. I mange tilfelle innebærer dette en "liberalisering", men det forutsetter adekvat utredning og prognostisk vurdering. Denne veilederen redegjør for hvilke opplysninger legeattesten bør inneholde og hvilke momenter forvaltningen legger vekt på.

Veiledningen utgis forløpig ikke i papirversjon. Nettversjon vil for de fleste være lettere tilgjengelig, og ikke minst kan den lettere holdes oppdatert.

Siden denne veilederen gjelder legens utstedelse av førerkortattester, redegjøres bare i begrenset utstrekning for Fylkesmannens, evt. Sosial- og helsedirektoratets, vurdering av dispensasjonssøknader ved de ulike tilstander. For den spesielt interesserte vises til ["Retningslinjer for fylkesmennenes behandling av førerkortsaker, IS-1348"](#)

Innhold

1	Generelt	8
1.1	Legens rolle som sakkyndig for myndighetene i saker om førerett og helse	8
1.2	Hensynet til pasienten vs. trafikksikkerheten	9
1.3	Lege-pasientforholdet	9
1.4	Når du mener pasienten kan kjøre til tross for ikke-oppfylte helsekrav	10
1.5	Attføringssaker, voksenhabilitering, omskolering etc.	10
1.6	Det faglige grunnlag for helsekravene	11
1.7	Hvorfor bestemmer ikke legen alene om pasienten kan kjøre?	11
2	Administrative forhold – førerkortklasser	13
2.1	Førerkortklasser	13
2.2	Trafikkstasjonen	14
2.3	Fylkesmannens helseavdeling – dispensasjon	14
2.4	Politiet – inndragning/tilbakelevering	14
2.5	Praktisk prøve	14
3	Helsekravene – vurdering av ulike tilstander	16
3.1	Tabellarisk oversikt over helsekravene	16
3.2	Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser – bevissthetsforstyrrelser	18
3.2.1	Forskriftens krav og omfang	18
3.2.2	Bevissthetstap: Årsaker og førerkortaspekter	19
3.2.3	Aktuell utredning av bevissthetstap	20
3.2.4	Fylkesmannens vurdering – dispensasjonspraksis ved "ikke-epileptiske" bevissthetsforstyrrelser	21
3.2.5	Epilepsi/mistenkt epilepsi – førerkortaspekter	21
3.2.6	Er TIA anfallslidelse i førerkortforskriftens forstand?	22
3.2.7	Når karenstiden etter en bevissthetsforstyrrelse er utløpt	23
3.3	Sinnslidelser. Psykisk utviklingshemming. Demens	23
3.3.1	Forskriftens krav	23
3.3.2	Sinnslidelser	23
3.3.3	Hyperkinetisk forstyrrelse, ADHD	23
3.3.4	Psykisk utviklingshemming	25
3.3.5	Mental svikt – Demens	25
3.4	Misbruk av rusmidler	26
3.4.1	Forskriftens krav	26
3.4.2	Førerkortvurdering	26
3.4.3	Narkotikamisbrukere i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) - Metadon, Subutex	27

3.5	Bruk og misbruk av medikamenter	27
3.5.1	Forskriftens krav	28
3.5.2	Benzodiazepiner	28
3.5.3	Narkotiske analgetika (opioider, inkl. kombinasjonspreparater med kodein, som Paralgin forte og Pinex forte)	28
3.5.4	Antidepressiva	29
3.5.5	Antipsykotika	29
3.5.6	Somadril	29
3.5.7	Antihistaminer	29
3.5.8	Antiepileptika	29
3.5.9	Anabole steroider	29
3.6	Diabetes mellitus	29
3.6.1	Forskriftens krav	30
3.6.2	Krav om legeattest for alle klasser	30
3.6.3	Klasse ABMST – kravene er oppfylt, vurder vilkår og varighet	30
3.6.4	Klasse C1, C, D1, D og kjøreseddel – kravene er ikke oppfylt	30
3.6.5	Dispensasjonspraksis generelt	31
3.6.6	Hyppige eller alvorlige hypoglykemier	31
3.7	Hjertesykdom	31
3.7.1	Forskriftens krav og omfang – kl. A, B, M, S, og T	31
3.7.2	Forskriftens krav og omfang – kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel	32
3.7.3	Attest ved hjertesykdom	32
3.7.4	Koronarsykdom: Angina pectoris og gjennomgått hjerteinfarkt	32
3.7.5	Klaffefeil – klaffeopererte	33
3.7.6	Arytmier	34
3.7.7	Hjertesvikt	36
3.7.8	Hjertetransplanterte	36
3.7.9	Høyt blodtrykk	37
3.8	Hørselssvekkelse	37
3.9	Førlighetssvekkelse	37
3.9.1	Forskriftens krav	37
3.9.2	Legeattest i førlighetssaker	38
3.10	Andre tilstander som kan gjøre føreren uskikket	38
3.10.1	Forskriftens krav og omfang	38
3.10.2	Apopleksi, hemiplegi, halvsidig neglekt	38
3.10.3	TIA – transitorisk iskemisk angrep	38
3.10.4	Nedsatt mørkeadaptasjon	39
3.10.5	Generell helsesvekkelse pga. alder og/eller sykdom	39
3.10.6	Respirasjonssvikt	39
3.10.7	Annet	39
3.11	Visus og optisk korleksjon	39
3.11.1	Forskriftens krav	39
3.11.2	Forskriftens omfang	40
3.11.3	Undersøkellesmetode, melding, attest og dispensasjonspraksis	40

3.11.4	Nedsatt mørkeadaptasjonsevne	41
3.12	Synsfelt	41
3.12.1	Forskriftens krav	41
3.12.2	Undersøkelse og attest	41
3.13	Ensidig visusreduksjon	42
3.14	Dobbeltsyn	42
4.	Utfylling av konklusjon i NA 202 (pkt. 18 - 24) m.v.	43
4.1	Er helsekravene oppfylt? – ja eller nei	43
4.2	Vilkår	43
4.3	Revurdering - varighet	43
4.4	Henvvisning til spesialist	44
4.5	Søknad om dispensasjon - klage	44
5.	Utfylling av helseattest for førerkortinnehaver over 70 år, NA 202c	45
5.1.1	Attestens varighet	45
6.	Veiledning for legens melding etter helsepersonellovens § 34	46
6.1.1	Skriftlig eller muntlig melding	46
6.1.2	Hvilken lege skal melde og når?	46
6.1.3	Klage over tilbakekall av førerett etter melding	47
6.2	Forslag til standardbrev med advarsel	48
7.	Lenker til relevante lover og forskrifter	51

Innledning

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

Reglene og veiledningen omhandler legens rolle i førerkortsaker generelt, utfylling av standard legeattest for førerkort (NA 202), helseattest for førerkortinnehaver over 70 år (NA 202c) og meldeplikten etter helsepersonelloven § 34 med forskrift (tidligere legeloven § 48). De respektive medisinske tilstander er omtalt, inklusive hvilke opplysninger som vanligvis kreves i førerkortsaker. Det er lagt inn lenker til relevant regelverk.

Noe av fremstillingen nedenfor vil også være av relevans/interesse for optikere og psykologer som arbeider med klienter. Forskriften etter helsepersonelloven § 34 om meldingsplikt til Fylkesmannen ved ikke oppfylte helsekrav vil bli utvidet til også å gjelde for disse yrkesgrupper.

1 Generelt

1.1 Legens rolle som sakkyndig for myndighetene i saker om førerett og helse

Ulike myndigheter fatter ulike typer forvaltningsvedtak om eller av betydning for enkeltpersoners rett til å føre motorvogn. Det vises til fremstillingen nedenfor i 2.2-2.4. Førerett for motorvogn samt kjøreseddel forutsetter at førerkortforskriftens helsekrav er oppfylt, eller at det er gitt dispensasjon fra helsekravene.

Legens oppgaver når det gjelder førerett og helse er

- når egenerklæringen tilsier det i forbindelse med søknad om førerett og kjøreseddel: å utfylle de aktuelle attester/ erklæringer med angivelse av om førerkortforskriftens helsekrav er oppfylt eller ikke,
- når legen finner at en pasient ikke lenger oppfyller helsemessige krav for førerett: oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet og, dersom pasientens helsetilstand antas ikke å være kortvarig (dvs. at forskriftens krav antas å ikke være oppfylt i 6 mnd. eller mer), sende melding til Fylkesmannen,
- å gi Fylkesmannen relevante opplysninger med tanke på evt. søknad om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav, i de sakene helsekravene ikke anses oppfylt.

Legen avgir altså medisinsk-faglige erklæringer som sakkyndig for ulike forvaltningsmyndigheter. Imidlertid har legen selv ingen rettslig vedtaksmyndighet, verken i spørsmålet om helsekravene er oppfylt, eller vedrørende dispensasjon fra disse krav.

Helsepersonell plikter å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig. Legers undersøkelser, medisinsk-faglige skjønn og erklæringer mv. må være basert på relevant regelverk og forvaltningspraksis, jf. nærmere nedenfor, og på de konkrete forhold i saken. Erklæringene mv. må ha slikt innhold og slik form at de gir forvaltningsmyndigheten(e) et godt grunnlag for korrekt og effektiv saksbehandling.

Det er viktig ikke å blande sammen spørsmålene om (i) helsekravene er oppfylt eller ikke, og (ii) dispensasjon kan og bør innvilges. Blant annet er saksgangen forskjellig når det gjelder de to spørsmål, jf. 2.2-2.4. (i) Helsekravene er forskriftsfestet, jf. legalitetsprinsippet. De er søkt formulert så klart som mulig, på bakgrunn av generelle vurderinger av hva hensynet til trafikksikkerheten tilsier. I en rekke saker tas avgjørelsen av om helsekravene er oppfylt, automatisk og uten problemer. Undertiden kan det imidlertid oppstå spørsmål om generell tolkning av de fastsatte helsekrav eller om hvordan en konkret sak skal vurderes medisinsk og eventuelt rettslig. Spørsmål om hvilket faktum som skal legges til grunn, kan også tenkes. (ii) Dispensasjonsspørsmålet er i langt større grad overlatt til forvaltningens konkrete skjønnsutøvelse, jf. praksis. Hensynene til trafikksikkerheten og til den enkeltes behov for førerett må her veies mot hverandre.

I det følgende gjøres rede for forskriftens bestemmelser om helsekrav, hvordan de tolkes i forvaltningspraksis, dispensasjonspraksis samt for relevante medisinske forhold. For øvrig kan tvilsspørsmål rettes til Fylkesmannens helseavdeling, trafikkstasjonen eller politiet, jf. 2.2-2.4 nedenfor.

Vi viser til [helsepersonellovens § 15](#):

"§ 15. Krav til attester, legeerklæringer o.l.

Den som utsteder attest, legeerklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, legeerklæring o.l. skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, legeerklæring o.l."

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

Den som ønsker førerett for motorvogn, kjøreseddel eller dispensasjon fra helsekravene, må selv søke om dette, eventuelt ved fullmektig/ advokat. For at en lege eventuelt skal kunne opptre som pasientens fullmektig, må han eller hun legge frem skriftlig fullmakt, hvis ikke legen også er advokat, jf. forvaltningsloven § 12 siste ledd.

Lege kan i prinsippet ikke som fullmektig for pasienten utstede legeerklæring ved søknad om førerkort. Ifølge Justisdepartementets lovavdeling følger dette av helsepersonellovens § 15 siste setning. Dette innebærer at legen må unngå attester av typen "søknad om dispensasjon på pasientens vegne", som dessuten skaper tvil om legens objektivitet. Tross gode intensjoner, fører slike søknader også ofte til vanskeligheter i lege-pasientforholdet.

1.2 Hensynet til pasienten vs. trafikksikkerheten

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

1.3 Lege-pasientforholdet

Også av hensyn til lege-pasientforholdet lønner det seg oftest å være ærlig, - skriftlig og muntlig, når konklusjonen i attesten er negativ eller det sendes melding om ikke oppfylte helsekrav. Enkelte leger "skriver mellom linjene" og regner med at forvaltningen forstår det egentlige innholdet, samtidig som han/hun forsøker å unngå å "støte" sin pasient. En slik fremgangsmåte kan forlede pasienten til å fremme en hensiktsløs, tidkrevende og eventuelt kostbar (dersom det benyttes advokat) klagesak.

Forvaltningen vil ha et uklart grunnlag for eventuell(e) videre skritt i behandling av saken. Hvis Fylkesmannen innhenter supplerende opplysninger fra legen, eller en sakkyndig vurdering fra annet hold, kommer ofte legens opprinnelige uttalelse i et dårlig lys. Det kan skade forholdet mellom lege og pasient mer enn om legen gir sine opplysninger og faglige råd klart og tydelig fra begynnelsen, både overfor myndighetene og pasienten. De fleste pasienter forstår og respekterer også en negativ konklusjon. Legen bør dessuten i større grad vise til at avgjørelsen tas av forvaltningen, og at eventuell uenighet i regelverket må rettes dit.

1.4 Når du mener pasienten kan kjøre til tross for ikke-oppfylte helsekrav

I mange tilfelle er søkers sykdom så lett og gir så liten risiko, at kjøring kan skje på trygg måte. Dersom sykdommen medfører at et av helsekravene ikke anses oppfylt, som for eksempel diabetes hos en søker til kl. C eller D, kan kjøring bare skje etter at Fylkesmannen har gitt dispensasjon. Helsekravene i forskriften forutsetter at dispensasjonsadgangen benyttes når risikoen ved tilstanden er lav. Helseattesten skal likevel ikke avkrysses med "ja" i pkt. 18, 19 og/eller 20, da kravene faktisk ikke er oppfylt. Er kravene ikke oppfylt, skal det krysses for "nei". Men legen bør angi dersom han/hun anbefaler at det gis dispensasjon. Gi utfyllende opplysninger på eget ark eller blanketten. Attesten sendes til Fylkesmannen. Pasienten sender en kortfattet søknad om dispensasjon, der klassene han/hun trenger fremgår.

Mange leger krysser for "ja", selv om kravene ikke er oppfylt. Dette oppdages av trafikkstasjonen, som må avvise pasientens søknad om fornyelse eller utstedelse. Prosessen frem til korrekt utfylling og dispensasjonssøknad blir da ofte vesentlig lengre og mer tungvint, for alle parter (inklusive legen), enn om legen straks krysser korrekt og opplyser pasienten at han eller hun kan søke Fylkesmannen om dispensasjon.

1.5 Attføringssaker, voksenhabilitering, omskolering etc.

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

Ved skolering til nytt yrke bør man vurdere mulighetene for å kunne utøve dette over tid. Selv om det f.eks. er lenge siden siste epileptiske anfall, eller vedkommendes diabetes har vært velregulert de siste år, må det anses usikkert å utdanne seg til bussjåfør. Legen bør fortelle pasienten det, før opplæringen starter.

1.6 Det faglige grunnlag for helsekravene

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

1. Eksisterende helsekrav må antas å ha redusert andelen trafikanter med aktuelle helseproblemer. En vitenskapelig fullt ut holdbar evaluering av den sikkerhetsmessige effekten av et helsekrav, ville forutsatt sammenlikning av befolkningsmessig og trafikkmessig like områder, med og uten kravet, over lengre tid. Det er praktisk, juridisk og etisk umulig. Man kan sammenlikne land med ulik praktisering av helsekravene. Ulik ulykkesfrekvens behøver imidlertid ikke skyldes helsekravene, men f.eks. trafikkkultur, alkoholbruk eller veistandard.
2. Årsaken til en trafikkulykke er ofte vanskelig å fastslå. Det er f.eks. ikke lett å avgjøre i ettertid om en møteulykke eller utforkjøring skyldtes et illebefinnende hos sjåføren, eller om en påkjørsel skyldtes dårlig syn eller uoppmerksomhet. Rettsmedisinske undersøkelser av avdøde sjåførere vil ikke kunne avdekke f.eks. hjerterytmeforstyrrelse, synkope eller epileptisk anfall som årsak til ulykken, og ofte ikke engang hypoglykemi.
3. Manglende systematisk rapportering av mindre uhell og manglende kobling av slik rapportering mot helseopplysninger.
4. Underrapportering av helserelaterte uhell hos personer med kjente problemer, av frykt for førerkortmessige konsekvenser.
5. De fleste trafikkulykker skyldes antakelig førers atferd. Studier av helserelaterte trafikkulykker ville derfor måttet måle relativt sjeldne utfall, med usikker definisjon, jf. pkt. 2 over.

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

Hensynene til trafikksikkerhet, rettssikkerhet, likhet, klarhet og praktiserbarhet har stått sentralt ved utarbeidelsen av forskriftens helsekrav og dette dokument. For legenes arbeid er først og fremst hensynet til trafikksikkerheten relevant. Hensynet til et konkret, rimelig eller akseptabelt resultat for søkeren kan ikke tilsidesette de nevnte øvrige hensyn i disse sakene. Helsekrav til førerkort må nødvendigvis begrense enkeltpersoners frihet, for å redusere risikoen for skader i trafikken. Alle vestlige samfunn har funnet at hensynet til sikkerheten tilsier at det gis slike begrensninger i adgangen til førerett i ulike klasser på grunnlag av helseforhold.

1.7 Hvorfor bestemmer ikke legen alene om pasienten kan kjøre?

Helsekrav til førerkort er gitt av myndighetene. Det er myndighetene som etter lov og forskrift har adgang til å fravike kravene. Legers vurderinger i førerkortsaker er meget varierende.

Noen mener det er helt i orden at en person med epilepsi kjører skolebuss, eller at en person med visus 0,15 kjører i nærmiljøet. Andre er langt mer restriktive. Noen er for restriktive. Pasienter velger lege fritt, og oppsøker gjerne en ny hvis den første ikke gav den etterspurte attest. Endel tilstander med betydning for trafikksikkerheten kan ikke oppdages av en lege som ikke kjenner pasienten, f.eks. diabetes eller epilepsi. Man har derfor ikke funnet å kunne basere førerkortregelverket kun på "godkjent legeattest". Ved å legge avgjørelsen til forvaltningen, er det tilsiktet å oppnå en mest mulig uavhengig og lik vurdering. Legens opplysninger og vurderinger tillegges imidlertid stor vekt.

2 Administrative forhold – førerkortklasser

2.1 Førerkortklasser

Kl. A1 - lett motorsykkel	Kl. C1 - lett lastebil, inntil 7,5 tonn	Kl. D1 – minibuss
Kl. A - motorsykkel	Kl. C – lastebil, over 7,5 tonn	Kl. D - buss
Kl. B - personbil, varebil, inntil 3,5 tonn og høyst 8 passasjerplasser	Kl. S – beltemotorsykkel (snøscooter)	Kl. E - tilhenger/-redskap til kl. B, C, C1, D el. D1
Kl. T – traktor	Kl. M kode 147- mopedbil ("småbil" registrert som moped)	Kl. M kode 145 og 146 – tohjuls (vanlig) moped

Det er ikke særskilte helsekrav for kl. E. Eksempelvis er helsekravene for kl. C og CE like. I denne veiledning er derfor kl. E ikke tatt med i teksten.

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

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

Førerkortfri motorvogn omfatter (førerkortforskriftens § 12-1) i korthet:

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

1.	Traktor og motorredskap, med konstruktiv hastighet ikke over 40 km/t, med eller uten tilhenger.
2.	Traktor og motorredskap, bestemt til å føres av gående, eventuelt med tilkoblet tilhenger.
3.	Motorvogn som har tillatt totalvekt ikke over 3500 kg og som er konstruert for en hastighet ikke over 10 km/t, og som bare med vesentlige konstruktive forandringer kan kjøres med større hastighet.

Disse kjøretøyene kan "føres av person som har fylt 16 år og har nødvendig ferdighet". Det vises til [førerkortforskriften](#) for fullstendig bestemmelse

2.2 Trafikkstasjonen

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

2.3 Fylkesmannens helseavdeling – dispensasjon

Fylkesmannens helseavdeling behandler søknader om dispensasjon fra helsekravene, og vurderer legens melding om ikke-oppfylte helsekrav. Forespørsler om enkeltsaker og forståelse av helsekravene rettes dit. Eventuell klage over avslått dispensasjon stiles til Sosial- og helsedirektoratet, men sendes Fylkesmannen.

2.4 Politiet – inndragning/tilbakelevering

Politiet tilbakekaller førerett, f.eks. etter melding om ikke-oppfylte helsekrav. Slik melding skal sendes Fylkesmannen. [Det vises til forskrift](#) om leges melding om at innehaveren av flysertifikat eller førerkort ikke fyller helsemessige krav fastsatt av Helsedirektoratet 13.07.1984, nå hjemlet i [helsepersonelloven](#).

Det er normalt ikke hensiktsmessig å påklage politiets vedtak om tilbakekall i slike tilfelle, da vedtaket bygger på Fylkesmannens vurdering av at helsekravene ikke er oppfylt. Hensiktsmessig fremgangsmåte er å søke Fylkesmannen om dispensasjon. Politiet tilbakeleverer førerkortet når helsekravene igjen er oppfylt eller Fylkesmannen har gitt dispensasjon. Ofte vil trafikkstasjonen måtte produsere nytt førerkort.

2.5 Praktisk prøve

Ved sammensatt helsesvikt kan det av og til være ønskelig/nødvendig med praktisk prøve som ledd i vurderingen av om helsetilstanden er forenlig med kjøring. Blant annet gjelder dette ikke sjelden ved utstedelse av NA 202c, førerkortattest for person over 70 år. Som regel avtales prøven mellom pasienten og trafikkstasjonen, etter anmodning fra legen. Dersom dette ikke lykkes, f.eks. fordi pasienten ikke vil, har politiet etter vegtrafikklovens § 34 adgang til å kreve førerprøve, når det er skjellig grunn til å tro at innehaveren ikke fyller helsekravene, eller mangler tilstrekkelige kunnskaper eller ferdigheter. Dersom legen mener praktisk førerprøve er nødvendig for å avgjøre om helsekravene er oppfylt, må legen melde dette til Fylkesmannen. Fylkesmannen kan på det grunnlag anmode politiet om å forlange praktisk prøve. I de fleste tilfelle vil det likevel kunne avtales mellom Fylkesmannen, pasienten og trafikkstasjonen. Enkelte rehabiliteringssentre har utstrakt erfaring med førerkortvurderinger, og kan brukes i stedet for trafikkstasjonen. Vi har mer blandede erfaringer med praktiske prøver utført ved private trafikkskoler, og anbefaler derfor ikke at slike prøver uten videre tillegges vekt. Etter vår erfaring bør leger be om praktisk prøve oftere enn hittil, når de er i tvil om en pasient bør fortsette å kjøre. Ikke-bestått test vil ofte overbevise vedkommende om at kjøring bør opphøre. Praktisk prøve bør imidlertid ikke benyttes når det er helt klart at forskriftens krav ikke er oppfylt, f.eks. pga. svekket syn eller innskrenket synsfelt.

Når problemet er anfallsvis opp tredende hjernefunksjonsforstyrrelser, f.eks. besvimelser eller andre typer "anfall", er praktisk prøve uten verdi.

3 Helsekravene – vurdering av ulike tilstander

Det gis først en tabellarisk oversikt over helsekravene slik de fremgår av attestblanketten, med meget kortfattet kommentar og henvisning til aktuelt avsnitt i denne veilederen. Deretter gis regler, retningslinjer og/eller utfyllende kommentarer for hver tilstand, i attestens rekkefølge. Disse er mest utfyllende på områder som erfaringsmessig er problematiske. Helsekravene og fremstillingen av dem nedenfor legges til grunn ved spørsmål om så vel innvilgelse som tilbakekall av førerett.

3.1 Tabellarisk oversikt over helsekravene

NA 202 pkt. 1-17 er attestens faktadel, og vil i de fleste tilfelle lett vise om helsekravene for de ulike klasser er oppfylt. Er ett punkt besvart med "ja", vil ett eller flere krav ikke være oppfylt for en eller flere klasser. Dette vil fremgå av tabellen, som også finnes på blanketten. Det er viktig at legen forholder seg til dette i avkrysningen av konklusjonspunktene, pkt. 18-20!

"X" i kolonnen angir at krav ikke er oppfylt. Det skal da krysses for "nei" i konklusjonspunktene, pkt. 18, 19 og/eller 20! Se avsnitt 1.4. Legen står ikke fritt til å gi konklusjon i strid med premissene. "(X)" i kolonnen angir at kravene kan være uoppfylt. Legen må vurdere dette i henhold til veiledningen. Det vises til de respektive punkter. Ved tvil kan Fylkesmannen rådspørres.

Spørsmål besvart med "ja"	A, B, M, S og T	C 1, C	D1, D og kjøreseddel	Kommentar	Kap. i denne veilederen
1.a				Attest fra spesialist i indremedisin eller nevrologi skal fremlegges	3.2
1.b	X	X	X	Det må evt. søkes dispensasjon	
1.c		X	X	Det må evt. søkes dispensasjon	
1.d			X	Det må evt. søkes dispensasjon	
2	(X)	(X)	(X)	Attest fra spesialist i psykiatri bør fremlegges	3.3
3	X	X	X	Se avsnitt 3.4	3.4
4	X	X	X	Se avsnitt 3.5 ang. vurdering/doser	3.5
5		X	X	Foreslå gyldighetstid for førerkort i kl. A, B, M, S eller T, pkt. 22. For førerkort i andre klasser må det søkes dispensasjon.	3.6
6		X	X	Det kreves spesialistattest. Se veiledningen. Fylkesmannen avgjør om det kan gis dispensasjon.	3.7
7					

8			X		3.8
9		X	X	For førerkort i kl. A, B, S, M eller T avgjør trafikkstasjonen om manøvreringsevnen er betryggende	3.9
10	X	X	X	Legen bør uttale seg om forventet progresjonshastighet. Fylkesmannen kan dispensere fra helsekravene, og trafikkstasjonen vurderer den praktiske kjøreevnen.	3.9
11	(X)	(X)	(X)	Se avsnitt om dette	3.10
12				Visus med og uten korreksjon, samt korreksjonens styrke, <u>skal</u> angis. Avkryss korrekt om kravene er oppfylt. Henvi evt. til optiker, dersom legen ikke selv kan/vil <u>undersøke</u> dette.	3.11
13					
14	X	X	X	Donders' prøve benyttes. Ved kjente eller mistenkte utfall, skal øyelegeattest med synsfeltdiagrammer fremlegges	3.12
15		X	X		
16	X	X	X	Kjøreforbud i 6 mnd. Deretter må det vurderes om forskriftens krav er oppfylt for de respektive klasser	3.13
17		X	X	Øyelegeattest bør fremlegges ved evt. søknad om dispensasjon	3.14
18				Påse at konklusjonen ikke er i strid med avkrysningene av pkt. 1-17. Er krav ikke oppfylt, kan det søkes om dispensasjon. (Legen har <u>ikke</u> adgang til å "gi dispensasjon" ved å krysse feilaktig for "ja".) Feilaktig avkrysning påfører søker forsinkelse i førerkortsaken!	4.1
19					
20					
21				Foreslå de vilkår det evt. er medisinsk grunn til, jf. veiledningen	4.2
22				Foreslå varighet i henhold til tilstandens stabilitet	4.3

X: Krav ikke oppfylt.

(X): Krav kan være ikke oppfylt, se avsnitt om tilstanden.

3.2 Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser – bevissthetsforstyrrelser

3.2.1 Forskriftens krav og omfang

Kl. A, B, M, S eller T (vedlegg 1 § 2 nr. 3):

"Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet i løpet av de siste 12 måneder.

Kl. C1, C (vedlegg 1 § 3 nr. 5):

- Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet siste 10 år.

Kl. D1, D m.v. (vedlegg 1 § 4 nr. 1):

- Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet etter fylte 18 år.

Et anfall hos en 17 åring medfører f.eks. ti års karenstid, mens anfall hos en 18 åring diskvalifiserer livet ut (fordi § 4 er formulert som tilleggskrav til § 2 og § 3)..

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

"Anfallsmessig" innebærer relativt plutselig opptreden og mulighet for gjentakelse.

"Hjernefunksjonsforstyrrelser" omfatter ikke bare epileptiforme krampeanfall, men også nedsatt bevissthet, oppmerksomhet, konsentrasjon og/eller reaksjonsevne, f.eks. ved partielle epileptiske anfall, hypoglykemi eller forbigående sviktende sirkulasjon til hjernen (f.eks. ved synkope). Forskriftens begrep er dermed vidtfavnende. Flertallsformen i forskriftsteksten sikter til de ulike typer anfall, og innebærer ikke at det må ha vært mer enn ett anfall. *Forskriften omfatter altså ikke bare (mistenkt) epilepsi!*

Etter ett anfall med bevissthetstap av usikker årsak, er det i utgangspunktet en ikke ubetydelig risiko for gjentakelse, selv om man ikke kan stille epilepsidiagnose. Det er irrelevant for de trafikksikkerhetsmessige følger av et nytt anfall om årsaken er f.eks. hjerterytmeforstyrrelse, epilepsi, alkoholutløste krampeanfall, abstinenskramper, reflekssynkope (kardioinhibitorisk, vasovagal eller "carotid sinus"), narkoleptisk innsovningsanfall, katapleksi, aortastenose eller migraine accompagnée. Uklar årsak utelukker ikke residiv. Årsaken kan imidlertid være meget viktig for sannsynligheten for nytt anfall, og er derfor vesentlig for vurderingen av førerkortspørsmålet.

Selv om forskriftens begrep er vidtfavnende, jf. ovenfor, vil ikke ethvert bevissthetstap uten videre omfattes. Anfallet må i så fall være helt klart irrelevant i trafikksammenheng eller ikke innebære noen risiko for gjentakelse. Eksempler kan være bevissthetstap ved hjernerystelse, krampeliknende fenomener under innledning til eller oppvåkning fra narkose, besvimelse ved skade/blodtap, banal, enkeltstående vasovagal synkope (uten utvikling til grand mal-preget anfall). Miksjonssynkope og defekasjonssynkope skal ikke meldes med mindre det også har vært anfallssuspekterte episoder utenom disse situasjonene. Banal, enkeltstående synkope under interkurrent sykdom, f.eks. kraftig gastroenteritt, skal heller ikke meldes. Det må anvendes klinisk skjønn. Primært foretas dette av legen, i neste instans av Fylkesmannen.

Anfall legen på kvalifisert grunnlag mener er helt klart uten residivrisiko, skal ikke meldes. Anfall der residiv, og spesielt under kjøring, ikke kan utelukkes, skal meldes. Anfall som har gitt skade (eks. fall) eller har opptrådt under kjøring, medfører høy risiko og skal meldes.

3.2.2 Bevissthetstap: Årsaker og førerkortaspekter

Dette er ikke en lærebok i indremedisin, kardiologi eller nevrologi. Det gis likevel en kortfattet, ikke fullstendig, oversikt, som støtte for de overveielser legen ofte må gjøre i tilknytning til at en pasient har hatt anfall.

Ved epileptiforme anfall skyldes bevissthetsforstyrrelsen en primær forstyrrelse i hjernens elektriske aktivitet. Anfallet kan starte fokalt, med psykiske eller sensoriske fenomener ("aura"), lokaliserte rykninger eller være primært generalisert. Det kan også være partielt, med enkle eller mer komplekse symptomer. Epileptiforme anfall har ofte postictal uklarhet, som tegn på at normal hjerneaktivitet ikke restitueres før etter noe tid.

Synkope betyr avbrudd, og omfatter et forbigående avbrudd i bevissthet og muskeltonus. Ved synkope er det sirkulatoriske mekanismer som gir inadekvat sirkulasjon i hjernen, og derved utløser anfallet med hjernefunksjonsforstyrrelse (til forskjell fra epileptiforme anfall, jf. ovenfor). I korthet kan slike mekanismer være bradycardi eller blokk, tachyarytmi, vasodilatasjon eller en kombinasjon. Hjertemuskel sykdommer, koronarsykdom og klaffefeil kan gi bevissthetstap, hvilket har meget alvorlig prognose, om effektiv behandling ikke kan settes inn. Epilepsiliknende kramper kan følge et stykke ute i en synkope, uten at det derved dreier seg om epilepsi ("konvulsiv synkope"). Det er ikke alltid lett å skille synkope fra epileptiformt anfall. Jo tidligere krampene opptrer, og jo mer uttalt postictal forvirring, desto mer sannsynlig er det at det ikke dreier seg om synkope, men om epileptiformt anfall. Strukturelle forandringer i hjernen (anamnestisk kjent eller påvist ved CT/MR), epilepsi i familien eller tidligere større hodetraume trekker i retning av epilepsi. Endel synkopetyper har typiske trekk, som kan støtte diagnosen, og derved tale imot epilepsi. Omstendighetene og forløpet gir vesentlige deler av den diagnostiske informasjonen, og anamnesen (sykehistorien) er meget vesentlig. Det er viktig å få informasjon fra den eller de som observerte synkopen eller var involvert i behandlingen primært, og journalføre disse opplysningene. *Slike opplysninger bør absolutt medsendes til Fylkesmannen, gjerne ved kopi av originaler (f.eks. ambulansejournal, inntaksjournal, legevaktjournalnotat).*

Det skilles mellom "alvorlige" og "banale" synkoper. Alvorlig synkope kan være hyppig forekommende, plutselig innsettende, gi personskade (sår, brudd, hjernerystelse) eller opptre under "høyrisikoaktivitet" (bilkjøring, arbeid med maskiner eller i høyde). Banale synkoper er sjelden forekommende, med tilstrekkelig lang forvarslingsfase (eks. kvalme, uvel følelse) til at vedkommende rekke å sette eller legge seg ned, og skal ikke ha gitt skade eller opptrådt under høyrisikoaktivitet (bilkjøring, arbeid i høyder eller med maskiner). Grensedragningen er ikke alltid helt klar. I tråd med faglige retningslinjer har begrepene sentral betydning for vurderingen.

Reflekssynkope (neurally mediated syncope) skyldes feilreaksjon i de mekanismer

som tilpasser hjerterefrekvens, hjertets sammentrekningskraft og tonus i blodårene til kroppens stilling og situasjon. Det oppstår derved blodtrykksfall og dårlig sirkulasjon til hjernen. Det kan være ulike utløsende årsaker og mekanismer. (Banal, enkeltstående reflekssynkope behøver ikke meldes. Brått innsettende, alvorlig synkope, samt synkope som har gitt skade eller opptrådt under bilkjøring, skal meldes.)

Vasovagal synkope er en reflekssynkope som ofte utløses av smerte eller psykiske stimuli, ofte med et element av ortostatisk stress.

"Situasjonssynkope" er en reflekssynkope utløst av visse kroppslige aktiviteter, oftest vannlating ("miksjonssynkope"), defekasjon eller kraftig hoste ("hostesynkope"). (Synkope som bare har opptrådt under miksjon eller defekasjon, behøver ikke meldes, da de neppe vil kunne residivere under kjøring. Hostesynkope kan derimot opptre under kjøring.)

Carotid sinus-synkope er reflekssynkope utløst ved stimulering av trykksensorer i halspulsåren, f.eks. ved kraftig halsvridning, stram krage eller berøring. Relativt sjelden hos yngre personer. (Med mindre utløsende årsak var helt ekstraordinær, og ikke kan tenkes å opptre under kjøring, skal slike meldes.)

Ortostatisme opptrer oftest hos eldre personer, og medikamenter bidrar ofte. Ortostatisme er sjelden tema i førerkortsaker. (Behøver ikke meldes hvis den ikke har inntrådt i sittende stilling, og hvis det ikke har vært mer brått innsettende synkoper, som gir mistanke om annen mekanisme.)

TIA, transitorisk iskemisk attack, er sjelden årsak til synkope. Precerebral karsykdom kan gi TIA. Større forsnævninger kan dessuten gi forbigående blodtrykksfall til deler av hjernen. Disse tilstandene bør usannsynliggjøres hos personer med risiko for åreforkalkningssykdom (eldre, røykere, annen kjent åreforkalkning). TIA behandles med platehemmende midler eller antikoagulantia, og reduksjon av risikofaktorer (røyking, kolesterol, blodtrykk). Ved behandling og adekvat intervensjon mot risikofaktorer kan prognosen etter noe tid vise seg å være god.

"Synkope av usikker årsak" er en eksklusjonsdiagnose: Ingen holdepunkter for reflekssynkope, situasjonssynkope, hjertesykdom, hypoglykemi, epilepsiliknende anfall eller andre av de spesifikt omtalte årsaker. Det er da vanskelig å vurdere prognosen. At årsaken er ukjent, vil ofte tale imot dispensasjon fra førerkortforskriftens anfallsbestemmelser. I førerkortsaker er det derfor viktig å finne en sannsynlig årsak, som gir grunnlag for å vurdere prognosen.

3.2.3 *Aktuell utredning av bevissthetstap*

God anamnese, orienterende blodprøver og EKG gir minst 50% av den diagnostiske informasjon. Mistanke om epilepsi styrkes av nevrologiske fenomener i innledningsfasen, postictal forvirring, tidligere krampeanfall, tidligere større hodetraume, strukturelle forandringer i hjernen, moderate alkoholmengder eller søvndeprivasjon som utløsende faktor, eller epilepsi hos nære slektninger. Dersom det ikke er klinisk mistanke om epilepsi, er EEG eller nevrologisk vurdering ofte ikke indisert.

Klinisk epilepsimistanke følges med nevrologisk vurdering, EEG, evt. gjentatt,

søvndeprivert EEG, evt. langtids-EEG/video-overvåkning. Synkope som følge av hjertesykdom har alvorlig prognose, både med tanke på residiv og plutselig død, og må usannsynliggjøres: Sykehistorie, klinisk undersøkelse, EKG, ekkokardiografi ved bilyd eller klinisk mistanke om hjertesykdom, arbeids-EKG ved mistanke om koronarsykdom eller dersom synkopen var anstrengelsesrelatert. Rytmeregistrering (24-timers EKG/"R-test"/Holter-monitorering, eventuelt implantert rytmeregistrator) er aktuelt ved mistanke om rytmeforstyrrelse som årsak. Tilt-test (vippetest) brukes i utredning av reflekssynkope. På grunn av utilfredsstillende spesifisitet og sensitivitet er testen bare nyttig ved klinisk mistanke om reflekssynkope der annen årsak er usannsynlig. Testen kan styrke eller avkrefte mistanken om reflekssynkope, og klargjøre mekanismer, som holdepunkt for hvilken behandling som kan ventes å være effektiv. Ny test for evaluering av behandlingseffekt er ikke indisert. Testen utføres ved mange indremedisinske avdelinger og hos noen privatpraktiserende spesialister. Når det er mistanke om sykdom i blodårene til hjernen (precerebrale kar) som årsak, anbefales MR-angiografi og/eller ultralydundersøkelse av disse først.

3.2.4 Fylkesmannens vurdering – dispensasjonspraksis ved "ikke-epileptiske" bevissthetsforstyrrelser

Fylkesmannen er avhengig av at behandlende leger har foretatt adekvat utredning og vurdering av årsaken til bevissthetsforstyrrelsen. Legen bør oppsummere denne, gjerne vedlegge kopier av undersøkelsesresultater/spesialistvurderinger, og gi sin vurdering av residivfare. Unngå å trekke inn førerkortbehovet. Det klarer pasienten bedre selv. Spesielt viktig er det om behandling er satt inn, slik at man derved kan anta svært lav residivrisiko. Det er imidlertid Fylkesmannen, ikke legen, som avgjør om/når dispensasjon kan gis. Dispensasjon kan gis når det er meget gode holdepunkter for så lav anfallsrisiko at det ikke er rimelig å legge forskriftens krav til anfallsfri periode til grunn. Legens vurdering av om årsaken er funnet og eliminert, er derfor svært viktig for utfallet av dispensasjonssaken. Uklar årsak taler oftest imot dispensasjon. Det er vanskelig å gi dispensasjon hvis utredningen har vært utilstrekkelig, eller den ikke er referert adekvat i attest og vedlegg. Dispensasjon gis lettest for kl. ABMST. Fordi skadepotensialet i en lastebil eller under passasjertransport er større, er dispensasjonspraksis vesentlig mer forsiktig for henholdsvis kl. C og D/kjøreseddel. Fylkesmannens retningslinjer er relativt omfattende på området. Det vises evt. til [IS-1348 pkt. 12](#), for den spesielt interesserte leser.

3.2.5 Epilepsi/mistenkt epilepsi – førerkortaspekter

Epileptiske anfall medfører som regel en ikke ubetydelig residivfare, og medfører at forskriftens helsekrav ikke anses oppfylt, dvs. at meldeplikt inntreffer. Pasienten kan ikke gjenoppta kjøring før karenstiden er utløpt eller dispensasjon gitt. Det er intet grunnlag i forskrift eller veiledning for praksis med muntlig kjøreforbud i f.eks. 3 måneder etter et anfall. Ved dispensasjonssøknad kreves alltid attest fra nevrolog. Attesten må angi tidspunkt for siste anfall, type anfall, bevissthetsforandring, omstendighetene omkring anfallet/anfallene, resultat av klinisk undersøkelse, EEG, eventuelt cerebral CT/MR, og en vurdering av residivfare/prognose. Anfallsforebyggende behandling kan kontrolleres ved serumkonsentrasjonsmålinger

av virkestoffet, og resultatet bør angis der medikamentell behandling er viktig for anfallsfrihet.

Fylkesmannen gir dispensasjon bare når det er gode grunner til å anta vesentlig lavere anfallsrisiko enn forskriften legger til grunn for kravet om 12 mnd. anfallsfrihet. Attestutstedende lege bør derfor evt. redegjøre for slike forhold. Det er ingen "automatikk" i dispensasjon etter halv tid. Praksis vedrørende dispensasjon ut over kl. ABMST er svært streng. Personer som har hatt epileptisk anfall, må antas å ha en ikke ubetydelig risiko for nytt anfall, og dette anses som den alt overveiende hovedregel uforenlig med kjøring av tung lastebil eller persontransport. For detaljer i dispensasjonsvurderingene vises til [IS-1348 pkt. 12.6](#). Vi nevner likevel noen vanlige vurderingstemaer:

Anfall som bare opptrer om natten: Slik epilepsi vil ikke sjelden skifte karakter, bl.a. med anfall også om dagen, selv etter mange års stereotyp opptreden. Det er ikke mulig å forutsi hvem som vil endre anfallstype. Anfall med "innledende varsler": En kan ikke stole på at anfall som har prodromer eller innledende aura, vil fortsette å opptre slik. Anfall kan opptre uten innledende symptomer. Dessuten kan oppmerksomheten og dømmekraften være nedsatt under auraen, og dette sammen med pasientens plutselige ønske om å kjøre ut og stanse kan forårsake ulykke. Anfall utløst av fotisk stimulering betraktes som vanlige anfall i førerkortsammenheng. Anfall utløst av hyperventilering i hvile indikerer lav anfallsterskel, og bør betraktes som vanlige anfall i førerkortsammenheng. Normalt standard-EEG kan sees hos pasienter med gjentatte epileptiske anfall, og tilsier dermed ikke lav anfallsrisiko. Subklinisk epileptogen aktivitet kan opptre sporadisk, slik at det er en tilfeldighet om den oppfanges ved en standardregistrering av vel 20 minutters varighet. Søvndeprivert EEG har høyere, men ikke perfekt, sensitivitet. Normal CT eller MR av hjernen tilsier at det ikke foreligger strukturell årsak, men utelukker på ingen måte nye anfall. Igangsatt antiepileptisk behandling må anses å redusere risikoen, men gis på den annen side kun når risikoen i utgangspunktet er ansett som relativt høy. Bakenforliggende progressiv lidelse, eller strukturell forandring i hjernen gir ofte høyere residivrisiko. Tidligere dårlig anfallskontroll, økende anfallshyppighet og endret anfallstype tilsier høyere risiko. Spontan epileptogen aktivitet i EEG tilsier høyere risiko, og kan være tegn på "subkliniske" anfall hos personer som tror seg anfallsfrie. Upålitelighet med hensyn til opplysninger om anfall, medikamentbruk og kontroller taler sterkt mot dispensasjon. Ved anfall utløst av alkoholmisbruk legges vesentlig vekt på sannsynligheten for avhold, realistisk vurdert.

3.2.6 Er TIA anfallslidelse i førerkortforskriftens forstand?

Etter ett enkeltstående tilfelle der behandlende lege mener residivrisikoen er liten, kan en etter igangsatt behandling som regel regne forskriftens krav for oppfylt for kl. ABMST. Ved residiverende TIA er helsekravene ikke oppfylt og legen skal sende melding. For Fylkesmannens vurdering av dispensasjon skal tilgrunnliggende årsak være utredet (tromboserendens, atrieflimmer, klaffefeil, atherosklerose i hoved- eller halspulsårene), og forebyggende behandling (røykeslutt!, Albyl E, Plavix, Marevan eller annet) utprøvd over noe tid. Gjentatte TIA, tross behandling, eller som har gitt bevissthetstap, skal meldes. Enkeltstående TIA, uten bevissthetstap, behøver ikke føre til melding for innehaver av førerkort kl. ABMST. For innehavere av kl. C1CD1D eller kjøreseddel, skal det sendes melding. Etter

igangsatt, effektiv behandling, kan Fylkesmannen vurdere om førerkortklassene kan tilbakeleveres. Legen bør i den sammenheng uttale seg om prognosen.

3.2.7 Når karenstiden etter en bevissthetsforstyrrelse er utløpt

Når karenstiden (på ett år for kl. ABMST) er utløpt, kan vedkommende henvende seg til politiet med utfylt NA 202, med tilleggsattest eller påtegning fra indremedisiner eller nevrolog (avhengig av hva som var relevant). Det er altså ikke nødvendig med ny behandling hos Fylkesmannen etter utløpt karenstid. Legen må huske å fylle ut hele NA 202, inkludert tilrådning om varighet og eventuelle vilkår. Som regel bør førerkortet gis begrenset varighet første gang, f.eks. ett år. Ved fortsatt anfallsfrihet kan pasientens faste lege utstede attest, og varigheten av førerkortet ofte gjøres vesentlig lengre, eller førerkortet kan gis vanlig gyldighetstid.

3.3 Sinnslidelser. Psykisk utviklingshemming. Demens

3.3.1 Forskriftens krav

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

3.3.2 Sinnslidelser

Forskriftens helsekrav anses oppfylt ved lettere psykiske lidelser. Hvis det har forekommet flere psykotiske episoder, eller en psykotisk episode for mindre enn ett år siden, er forskriftens helsekrav ikke oppfylt. Helsekravene anses heller ikke oppfylt ved personlighetsavvik dersom det er holdepunkter for nedsatt dømmekraft, impulskontroll eller atferdsforstyrrelser som kan være farlige i trafikken. Førerkort kan da bare innehas etter at Fylkesmannen evt. har gitt dispensasjon. Vurderingen må være mer restriktiv når det dreier seg om tungt kjøretøy eller persontransport.

Ved akutt psykose, særlig manisk, er det særlig viktig at meldeplikten etter helsepersonelloven § 34 etterleves uten opphold, dersom ikke politiet allerede har inndratt førerkortet etter kjøreepisode. Telefonisk melding kan være nødvendig for å hindre kjøring under akutt psykose.

Ved opplysning om (gjennomgått) alvorlig sinnslidelse kreves attest fra behandlende lege. Attesten bør vurdere vedkommendes funksjon som bilfører. Om nødvendig kan Fylkesmannen kreve attest fra spesialist i psykiatri. For kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v. er det rimelig å kreve mer inngående spesialistvurdering.

3.3.3 Hyperkinetisk forstyrrelse, ADHD

Forskriftens krav og omfang

Alle klasser (vedlegg 1 § 2 nr. 4 og nr. 6 jf. §§ 3 og 4):

- Det må ikke være alvorlig sinnslidelse, vesentlig mental retardasjon eller personlighetsavvik som medfører nedsatt dømmekraft, impulskontroll eller adferdsforstyrrelser, som kan være farlige i trafikken

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

Sykdommen medfører oppmerksomhetssvikt, særlig i forhold til oppgaver som krever konsentrasjon over tid. Uro, rastløshet og manglende evne til å strukturere oppgaver er vanlige symptomer. Ofte forekommer utagerende atferd og nedsatt impulskontroll. Flere vitenskapelige undersøkelser har vist en vesentlig overhyppighet av risikoatferd i trafikken, særlig hos yngre trafikanter, men evnen til bilkjøring viser store individuelle variasjoner.

Ved søknad om førerkort første gang, uansett førerkortklasse, eller ved fornyelse eller søknad om førerkort i ny klasse, anses derfor ikke førerkortforskriftens helsekrav som oppfylt hvis søkeren har fått diagnostisert hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD.

Hvis søkeren har førerett fra tidligere, og det deretter diagnostiseres hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD, vil den kjøreatferden søkeren har hatt, ha betydning for de lettere førerkortklassene. For de "tyngre" førerkortklassene (C1(E), C(E), D1(E), D(E)), vil det i alle tilfeller være nødvendig med en konkret vurdering av hver enkelt søker.

Således kan det anses at førerkortforskriftens helsekrav er oppfylt hvis en motorvognfører får diagnostisert hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD og allerede har førerkort i klasse A, B, S, M eller T, og viser en forsvarlig kjøreatferd, gjennom å ha kjørt anmerkingsfritt i minst to år. Å ha kjørt anmerkingsfritt innebærer i hovedsak å ikke ha fått prikkbelastninger i førerkortet, ikke ha vært innblandet i trafikkuhell eller -ulykker, og ikke ha vært under etterforskning for brudd på vegtrafikkloven.

Hvis en bilfører derimot allerede har førerkort i klasse (C1(E), C(E), D1(E) eller D(E)), eller har kjøreseddel, og det diagnostiseres hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD, anses førerkortforskriftens helsekrav som ikke å være oppfylt, jf. førerkortforskriftens vedlegg 1 § 2 nr. 6 som i følge §§ 3 og 4 også gjelder for de "tunge" klassene.

Hvis behandlende/attestutstedende lege etter en mer konkret vurdering finner at søkerens/bilførerens helsetilstand gjør eller kan gjøre bilkjøring uforsvarlig eller utilrådelig, er førerkortforskriftens helsekrav ikke oppfylt. De symptomene ved hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD som særlig kan gjøre bilkjøring uforsvarlig eller utilrådelig, er impulsiv atferd som kan antas å skape farlige situasjoner i trafikken, eller oppmerksomhetssvikt som gjør bilkjøring utilrådelig.

Attest

Ved søknad om dispensasjon skal det foreligge uttalelse fra behandlingsansvarlig lege/instans. Attesten skal beskrive symptomer og effekt av behandling, om denne følges opp adekvat og om det er alvorlig personlighetsavvik eller rusmisbruk. Når det er holdepunkter for oppmerksomhetssvikt, utagerende atferd eller manglende impulskontroll på grensen til det uforsvarlige, eller når vurderingen av andre grunner

er særlig vanskelig, kan en praktisk prøve gi holdepunkter for om tilstanden er forenlig med kjøring. Den kan imidlertid være lite sensitiv for problemer som kan oppstå i en uventet stressituasjon, og den kan være for kort til å avdekke konsentrasjonsproblemer. Prøven må derfor være minst så omfattende som en vanlig "oppkjøring", og for enkle trafikkbilder må unngås. Prøven må ikke erstatte en medisinsk vurdering.

Fylkesmannens dispensasjonspraksis

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

3.3.4 Psykisk utviklingshemming

Ved psykisk utviklingshemming er forskriftens helsekrav ikke oppfylt, jf. vedlegg 1 § 2 nr. 4 jf. § 3 og § 4.

Moderne trafikk stiller store krav til dømmekraft og konsentrasjonsevne.

Alderskravene for å inneha førerkort er uttrykk for samfunnets krav til modenhet, selvkontroll og dømmekraft. Selv om en psykisk utviklingshemmet gjennom praktisk trening kan bestå en praktisk prøve, er det ikke sikkert at funksjonsevnen ellers er tilstrekkelig, f.eks. i en akutt oppstått vanskelig situasjon. Avgjørelsen om hvorvidt det kan gis dispensasjon bør baseres på grundig spesialistvurdering, evt. med nevropsykologisk undersøkelse. Ønske om integrering av psykisk utviklingshemmede må ikke gå på bekostning av trafikksikkerheten. De medisinske forhold ved vurderingen bør avklares før det investeres store ressurser (og forventninger) i kjøreopplæring. Vær oppmerksom på tilleggslidelser, f.eks. anfall eller synsfeltutfall. Søkeren må uansett bestå praktisk og teoretisk førerprøve under tilnærmet ordinære betingelser. Fylkesmannen kan gi dispensasjon for kl. A, B, M, S og T bare dersom mental alder noenlunde tilsvarer alderskravene for førerkort, spesialistens tilrådning er klart positiv, og den praktiske kjøreevnen er funnet god. Det gis ikke dispensasjon for kl. C1, C, D1, D eller kjøreseddel m.v.

3.3.5 Mental svikt – Demens

Ved mer enn helt ubetydelig demens er forskriftens helsekrav ikke oppfylt, jf. vedlegg 1 § 2 nr. 4 jf. § 3 og § 4. Diagnosen er klinisk, jf. for eksempel ICD-10. Flere symptomer og tegn ved demens kan være farlige i trafikken: Redusert oppmerksomhetsevne, visuospatiell svikt (nedsatt evne til å forstå og handle i rom), apraxi, redusert hukommelse, redusert dømmekraft og forlenget reaksjonstid. Både agnosi (nedsatt evne til å gjenkjenne objekter) og neglekt (svekket oppmerksomhet mot en side) er meget risikofylte i trafikken. Pasienten kan ha dårlig sykdomsinnsikt, hvilket kan redusere evnen til å kompensere for funksjonssvikten. En dement kan kjøre seg vill, kjøre for sakte, ikke klare å følge skilting, kjøre feil i rundkjøringer, velge feil kjørebane, kjøre på rødt lys, og ha problemer i kryss.

Holdepunkter for demens av trafikkmessig betydning kan dessuten være opplysninger om innblanding i (nesten)ulykker, endret kjøreatferd, behov for "copilot", forelegg for forseelser, eller at pårørende er blitt redd for å sitte på. Pårørende kan imidlertid av og til holde tilbake informasjon om dårlig kjøreatferd. Mental svikt øker risikoen ved svekkelse av syn eller helse forøvrig. Husk at eldre ikke sjelden har kataract (øker blindingstendensen), glaucom (parasentrale

synsfeltutfall), maculadegenerasjon (nedsatt visus), nedsatt mørkeadaptasjonsevne og nedsatt kontrastfølsomhet. Årsaken til den mentale svikten kan dessuten diskvalifisere i seg selv. For eksempel kan cerebralt insult gi homonyme synsfeltutfall, epilepsi, neglekt og/eller førlighetsproblemer.

Ingen nevropsykologisk test har udiskutabel verdi for å avgjøre trafikkrisiko. Mini Mental Status (MMS) er en utbredt klinisk test av mentale funksjoner. I tillegg til kliniske opplysninger som kan gi holdepunkter for en bedømmelse av mental funksjon, kan følgende veiledende retningslinjer for vurdering ved MMS gis:

MMS 26 - 30	Oftest tilstrekkelig til kjøring, med mindre andre forhold taler imot.
MMS 20 - 25	Ofte uforenlig med kjøring. Videre utredning og/eller praktisk prøve bør vurderes.
MMS < 20	Diskvalifiserer for kjøring, dersom <u>Fylkesmannen</u> ikke finner <u>meget gode</u> holdepunkter for det motsatte.

Vær oppmerksom på at utdanningsnivå påvirker testresultatet. I tillegg til MMS-resultatet taler følgende sterkt *mot* kjøring: Kritikkløshet, manglende sykdomsinnsikt, konkrete problemer i trafikken (se over). Neglekt, agnosi og apraxi må alltid anses som uforenlig med kjøring. Rask progresjon taler imot kjøring. Fordi demens ofte er progredierende, må det anbefales revurdering etter for eksempel. 1/2 - 1 år, jf. attestens pkt. 22.

Når vurderingen er vanskelig, kan en praktisk prøve gi holdepunkter for om funksjonsnedsettelsen er forenlig med kjøring. Testen kan imidlertid være lite sensitiv for problemer som kan oppstå i en uventet stressituasjon, og den kan være for kort til å avdekke konsentrasjonsproblemer. [Se avsnitt 2.5](#) om praktisk prøve. Prøven kan supplere, men må ikke erstatte en medisinsk vurdering!

3.4 Misbruk av rusmidler

3.4.1 Forskriftens krav

Alle klasser (vedlegg 1 § 2 nr. 5 jf. §§ 3 og 4):

"Det må ikke være misbruk av alkohol eller andre rusmidler, og ikke bruk av beroligende eller bedøvende midler i doser som reduserer årvåkenhet eller kjøreevne."

3.4.2 Førerkortvurdering

Kroniske rusmiddelmisbrukere vil være påvirket store deler av tiden.

Førerkortforskriftens helsekrav kan derfor ikke anses oppfylt. Dersom misbruket relativt nylig har opphørt, vil Fylkesmannen kunne gi dispensasjon fra forskriftens helsekrav, forutsatt dokumentert alkohol-, stoff- og/eller medikamentfrihet. Abstinens kan evt. verifiseres ved kliniske kontroller sammenholdt med blod- eller urinprøver.

Dersom det dreier seg om betydelig alkoholoverforbruk (for eksempel i forbindelse med abstinenskramper eller kramper under delir), kan en ha nytte av blodprøven CDT (carbohydrat deficient transferrin), leverprøver og MCV, i tillegg til klinisk bedømmelse. Det kan være aktuelt å inngå en "behandlingsavtale" mellom lege og pasient som grunnlag for støtte til dispensasjonssøknad. Førerkortet kan virke motiverende i denne sammenheng. Det er ikke klare retningslinjer for hvilken rusfri "observasjonstid" Fylkesmannen bør kreve. De samlede holdepunkter for rusfrihet, f.eks. tidligere misbrukshistorie, om pasienten er i jobb der misbruk vil oppdages, sosialt kontaktnett, etterlevelse av kontroller osv., tillegges betydelig vekt. Legen bør redegjøre for dette. Attest fra arbeidsgiver kan være relevant. Klasse C1, C, D1, D og kjøreseddel bedømmes vesentlig strengere enn klasse A, B, M, S og T.

3.4.3 *Narkotikamisbrukere i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) - Metadon, Subutex*

Substitusjonsbehandling med Metadon eller Subutex må antas å medføre en viss sikkerhetsrisiko. Helsekravene er ikke oppfylt, og kjøring kan kun skje etter at Fylkesmannen evt. har gitt dispensasjon. Buprenorfin (Subutex) er en partiell opioidantagonist, og synes derfor å gi en noe lavere sikkerhetsrisiko enn metadon. Etter tilvenning er sikkerhetsrisikoen begrenset. Tilvenning til opioider skjer i vesentlig større utstrekning enn til f.eks. benzodiazepiner. Narkomani må antas å medføre betydelig risiko, og en kan ikke vente at mangel på førerkort hindrer bilkjøring. Risikoen ved substitusjonsbehandling i LAR må veies mot risikoen ved fortsatt misbruk. Fylkesmannen kan gi personer i LAR dispensasjon for førerkort i kl. A, B, S, M og T dersom den behandlende/attestutstedende lege etter en grundig vurdering finner at en klient fyller kravene til å inneha førerkort i en eller flere av disse klassene og forutsatt at:

- behandlingen skjer under betryggende oppfølging og kontroll ved rehabiliteringsinstans ved tiltak godkjent av SHDir, og med navngitt forskrivende lege
- dosen er innstilt og har vært stabil over en seksmånedersperiode
- det ikke er bruk av andre beroligende eller bedøvende midler og
- bruk av illegale stoffer er helt opphørt.

Søker må forplikte seg til absolutt avhold fra sidemisbruk og å følge oppsatte kontroller. Det forutsettes at legen er seg bevisst den umiddelbart inntredende meldeplikt ved tilbakefall. Så lenge det er nevneverdig fare for at misbruket kan fortsette, skal det ikke gis anbefaling om førerkort. Det har vært gitt dispensasjon for kl. C ved særlig betryggende kontrollopplegg og forhistorie. Det kan ikke påregnes dispensasjon for kl. D1, D, utrykningskjøring eller kjøreseddel.

3.5 Bruk og misbruk av medikamenter

Vegtrafikkloven forbyr kjøring under påvirkning av alkohol eller andre "bedøvende midler". For alkohol er grensen satt til 0,2 promille alkohol i blodet.

En rekke medikamenter kan nedsette oppmerksomhet, reaksjonsevne eller kritisk sans like mye som alkohol. At et medikament er forskrevet på medisinsk indikasjon, reduserer i seg selv ikke risikoen.

3.5.1 **Forskriftens krav**

Alle klasser (vedlegg 1 § 2 nr. 5 jf. §§ 3 og 4):

"Det må ikke være misbruk av alkohol eller andre rusmidler, og ikke bruk av beroligende eller bedøvende midler i doser som reduserer årvåkenhet eller kjøreevne."

Ved kortvarig bruk av medikamenter ut over det som kan anses forenlig med kjøring, skal legen advare pasienten. Dersom bruken må antas å vare, eller har vart, mer enn 6 måneder, utløses meldeplikten etter [helsepersonellovens § 34 jf. forskrift 13.07.1984](#) om leges melding om at innehaveren av flysertifikat eller førerkort ikke fyller helsemessige krav § 2.

3.5.2 **Benzodiazepiner**

Sedasjon, som dels er den tilsiktede virkning, kan gjøre bilkjøring risikofylt. 20-25 mg oxazepam tilsvarer omtrent 10 mg diazepam. Inntak av dette kan gi en påvirkningsgrad som tilsvarer en alkoholkonsentrasjon i blodet på 0,8 promille. Det er holdepunkter for at det bare i liten grad skjer tilvenning til de trafikkmessig risikable virkningene av benzodiazepiner. Ved bruk av 15 mg eller mer diazepam (tilsvarende 30 - 40 mg oxazepam) per døgn er man som regel uskikket til å kjøre. Også lavere doser kan imidlertid være risikofylte, spesielt hvis medikamentet tas om dagen, før kjøring, eller ved samtidig bruk av andre legemidler (spesielt opioider, sederende antipsykotika, antidepressiva, antihistaminer eller muskelavslappende midler), eller hos syke, svekkede eller eldre personer. Særlig varsomhet bør utvises under doseøkning. Tiden mellom inntak og bilkjøring bør være lengst mulig, for eksempel ved dosering om kvelden når kjøringen skjer om dagen. Premedikasjon og sedasjon for polikliniske inngrep vil, når dosen er adekvat for klinisk effekt, som regel kontraindisere bilkjøring de neste 12 timer. Terapeutiske doser hypnotika tatt om kvelden diskvalifiserer som regel ikke for kjøring dagen etter. Halveringstiden for mange benzodiazepiner er lang. Ved mer enn moderate doser må man derfor regne med påvirkning hele døgnet.

3.5.3 **Narkotiske analgetika (opioider, inkl. kombinasjonspreparater med kodein, som Paralgin forte og Pinex forte)**

Disse har sederende og dels euforiserende egenskaper. Ved langtidsbruk skjer en viss tilvenning, så disse effektene reduseres noe. Pasienter som bruker en fast dose, på klar medisinsk indikasjon, kan derfor oftest anses skikket til å kjøre, hvis det ikke er nevneverdig sedasjon. Forsiktighet bør utvises like etter inntak og ved doseøkning. Brukere av doser utover Felleskatalogens veiledende maksimaldoser bør som regel betraktes som uskikket til å kjøre.

Eksempelvis vil 8 tabl. Paralgin forte per døgn oftest gjøre bilkjøring kontraindisert. Ved kombinasjoner med andre medikamenter med sederende effekt (særlig benzodiazepiner, men også sederende antipsykotika, antidepressiva, antihistaminer eller muskelrelaxerende midler) inntreffer risikoen på vesentlig lavere doser. Syke, svekkede eller eldre mennesker bør også vurderes med forsiktighet. Under doseøkning, og de første 12 uker av behandlingen, vil de fleste være uskikket til å kjøre bil. Dersom forbruket har preg av overforbruk, må brukeren ikke kjøre bil.

3.5.4 Antidepressiva

Sedasjon og akkomodasjonsparese (tricykliske antidepressiva) kan medføre trafikklfare. Bilkjøring bør unnlates under innstilling og doseøkning, evt. også av hensyn til sykdommen som indiserer legemiddelet. Ved fast dose er bilkjøring oftest ikke kontraindisert med mindre det er uakseptabel sedasjon.

3.5.5 Antipsykotika

Sedasjon, sykdommen og uønskede motoriske virkninger kan gjøre kjøring risikofylt. Bilkjøring bør unngås under innstilling, ved doseøkning, og inntil reaksjonen på legemiddelet er kjent. Etter tilvenning til fast dose kan brukeren ofte kjøre sikkert. Risikoen kan imidlertid øke ved kombinasjon med andre legemidler, og er vanskelig å forutsi. Medikasjon og sykdom må vurderes samlet.

3.5.6 Somadril

Karisoprodol ("Somadril") metaboliseres til meproamat, som tidligere var registrert som sovemiddel, og har halveringstid 9-17 timer. Bilkjøring bør ikke finne sted, med mindre det er klart at pasienten ikke er nevneverdig sedert. Somadril er ikke godkjent til annet enn kortvarig behandling, men er hyppig misbrukt. Ved kombinasjon med andre B-preparater er bilkjøring nesten alltid kontraindisert.

3.5.7 Antihistaminer

Moderne, selektive H1-blokkere, har ikke betydning for trafiksikkerheten. Sederende antihistaminer (f.eks. Vallergran og Phenergan), kontraindiserer kjøring den dagen medikamentet er tatt.

3.5.8 Antiepileptika

Disse kan ha uttalte sedative og uheldige psykomotoriske effekter. Fenobarbital og fenytoin antas å være mer sederende enn valproat, mens karbamazepin ofte har en mellomstilling. Medikamentvalg og dosering er en spesialistoppgave. Etter tilvenning til fast dose av ett medikament, som gir serumkonsentrasjon i terapeutisk område og adekvat anfallskontroll, vil bilkjøring som regel ikke være kontraindisert. Kombinasjoner vil ofte gi mer sedasjon enn monoterapi. Spesialisten bør vurdere om medikasjonen påvirker kjøreevnen når det gis spesialistattest for førerkort. Det er oftest epilepsien, ikke medikamentene (dersom medikamentregimet er godt), som utgjør et problem i forhold til kjøring.

3.5.9 Anabole steroider

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

3.6 Diabetes mellitus

3.6.1 Forskriftens krav

Kl. A, B, S, M og T - ingen særskilte krav. Hvis det har vært hypoglykemi med bevissthetsforstyrrelse, anvendes vedlegg 1 § 2 nr. 3:

- Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet i løpet av de siste 12 måneder.

Kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v. vedlegg 1 § 3 nr. 6 jf. § 4:

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

En medikamentbehandlet diabetiker fyller altså ikke førerkortforskriftens helsekrav for disse klasser.

3.6.2 Krav om legeattest for alle klasser

For alle førerkortklasser kreves attest (NA 202) og tilleggsattest (NA 202b), fra vedkommendes faste lege eller spesialist i indremedisin, dersom søkeren har medikamentelt behandlet diabetes. Veiledning til utfylling av NA 202b finnes på baksiden av blanketten. NA 202 skal gis i tillegg.

3.6.3 Klasse ABMST – kravene er oppfylt, vurder vilkår og varighet

Velregulert diabetes hindrer vanligvis ikke at førerkortforskriftens helsekrav anses oppfylt for disse klasser. Tilstanden bør revurderes (attestens pkt. 22), vanligvis etter 10 år, tidligere hvis sykdommen er under mindre tilfredsstillende kontroll, eller hvis det er komplikasjoner under utvikling. Følgende vilkår bør anbefales i attestens pkt. 21:

"Førerkort bør gis mot at søkeren forplikter seg til å:

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

3.6.4 Klasse C1, C, D1, D og kjøreseddel – kravene er ikke oppfylt

Insulinbehandling (og i noen tilfelle tablettbehandling) kan føre til bevisstløshet og kramper med svært kort varsel. Hypoglykemi kan også nedsette dømmekraft og oppmerksomhet uten at bevisstheten tapes helt (nevrohypoglykemi). Det er ikke uvanlig at evnen til å merke hypoglykemi i tide reduseres, og at tendensen til hypoglykemi øker, med årene, selv hos en velkontrollert diabetiker.

Det antas at medikamentelt behandlet diabetes medfører en ikke helt ubetydelig risiko i trafikken. Helsekravene er følgelig ikke oppfylt for klassene C1, C, D1, D og kjøreseddel hos en person som behandles for diabetes, og det skal krysses for "nei" i attestens pkt. 19 og 20! (Forskriften skiller ikke mellom tablettbehandling og insulin (insulinanaloger), for å unngå at førerkorthensyn påvirker valg av behandling.)

Spørsmålet om en pasient med diabetes får førerkort kl. C1, C, D1, D eller kjøreseddel, avgjøres av Fylkesmannen, etter søknad om dispensasjon.

Dispensasjonspraksis legger betydelig vekt på risikoen hos den enkelte søker, og i noen grad på behovet for den aktuelle førerkortklasse. Pasienten må selv søke dispensasjon og legen må gi sin faglige vurdering i attesten.

3.6.5 *Dispensasjonspraksis generelt*

Diabetes type II gir i de fleste tilfelle meget sjelden hypoglykemi. Dispensasjonspraksis er derfor liberal, spesielt for fornyelser, når det ikke er komplikasjoner eller andre forhold som taler for høy risiko. Legen bør uttale seg om insulinresistens og tendens til hypoglykemi.

Ved diabetes type I anses risikoen å være høyere, jf. ovenfor. Det er ikke lett å forutse hvilke diabetikere som vil få problematiske hypoglykemier, og som derfor kan forårsake en ulykke. Yrkessjåførvirksomhet anses derfor som uheldig. Fylkesmannen kan gi dispensasjoner for fornyelser til meget velregulerte søkere, uten hypoglykemiproblemer. Førstegangssøknader gis som regel avslag. Det vises til [IS-1348 pkt. 22](#) for detaljer.

3.6.6 *Hyppige eller alvorlige hypoglykemier*

Hvis det er hyppige hypoglykemier, eller hypoglykemi som pasienten ikke oppdager i tide, kan sykdommen omfattes av bestemmelsene om anfallssykdom, jf. 3.2. Meldeplikten inntreffer, spesielt hvis hypoglykemi har forårsaket et kjørehell. Fylkesmannen kan gi dispensasjon når det er godtgjort at endret behandling eller kontrollopplegg har eliminert risikoen for nye episoder. Legen bør redegjøre for og begrunne dette.

3.7 Hjertesykdom

Tidligere skilte forskriften, ihvertfall på papiret, mellom hjertesykdom og gjennomgått hjerteinfarkt. I tråd med nye definisjoner av hjerteinfarkt er dette skillet utgått.

3.7.1 *Forskriftens krav og omfang – kl. A, B, M, S, og T*

For førerkort i klasse A, B, M, S og T, er det ikke spesielle krav ang. hjertesykdom. Hjertesykdom kan imidlertid komme inn under betegnelsen "andre sykdomstilstander" i vedleggets § 2 nr. 6. Eksempler på tilstander der det kan være aktuelt å anse forskriftens krav for ikke oppfylt, er pasienter som er anbefalt ICD på grunn av høy risiko for alvorlig rytmeforstyrrelse (som har takket nei), hovedstammestenoze (frem til vellykket intervensjon), angina i hvile eller ved lett psykisk belastning. Ofte vil disse tilstandene ha varighet kortere enn 6 mnd., pga. økt medikamentell behandling eller revaskularisering. Melding til Fylkesmannen for formell førerkortinndragelse vil da ikke være nødvendig, spesielt hvis pasienten har forståelse for det midlertidige kjøreforbudet. Meldeplikten inntreffer når helsetilstanden antas ikke å være kortvarig, dvs. 6 mnd. Hvis hjertesykdommen har gitt bevissthetsforstyrrelser, anvendes bestemmelsene om dette, jf. kap. 3.2.

3.7.2 Forskriftens krav og omfang – kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel

Forskriftens vedlegg 1, § 3 nr. 7: "Det må ikke være symptomgivende hjertesykdom, tegn på koronarsykdom, koronarsykdom i sykehistorien eller vanskelig kontrollerbar blodtrykkssykdom."

Forskriften omfatter altså koronarsykdom, uansett om den for tiden gir symptomer eller krever behandling. Koronaropererte og personer som har gjennomgått PCI (PTCA, "blokking") har koronarsykdom, og omfattes. Begrepet "symptomgivende hjertesykdom" er nærmere spesifisert i de enkelte punkter nedenfor, og omfatter bl.a. visse klaffefeil.

3.7.3 Attest ved hjertesykdom

Attest fra søkers faste lege er som regel tilstrekkelig ved kl. A, B, S, M og T ved angina pectoris, gjennomgått koronaroperasjon/PCI eller hjerteinfarkt, med mindre opplysningene tilsier at sykdommen kan være en så alvorlig fare for trafikksikkerheten at den anses å omfattes av "andre sykdomstilstander", jf. kap. 3.10. Fylkesmannen kan likevel be om spesialistattest. For øvrige klasser skal det foreligge attest fra spesialist i indremedisin/sykehuspoliklinikk. Om dette er vanskelig tilgjengelig, og søker er utredet i løpet av det foregående år, kan attest fra primærlege godtas når den er vedlagt kopier fra spesialistutredning. Dokumentasjonen skal uansett redegjøre for de forhold som er nevnt i de relevante avsnitt nedenfor, medikasjon, om videre utredning er planlagt og gi en vurdering av prognosen. Utredningen skal være foretatt i løpet av det siste året før søknaden, da sykdommen kan progrediere.

3.7.4 Koronarsykdom: Angina pectoris og gjennomgått hjerteinfarkt

Kl. A, B, S, M og T:

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

Kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v.:

Forskriftens krav er ikke oppfylt. Pasienten kan ikke inneha førerkort i noen av disse klassene uten at Fylkesmannen har gitt dispensasjon. Risikoen for plutselig illebefinnende er avgjørende for Fylkesmannens vurdering av om dispensasjon kan gis.

Denne avhenger av om det er symptomer på hjertesvikt eller fortsatt angina, arbeidskapasiteten ved A-EKG, om det oppstår arytmi, hypotensjon eller iskemitegn ved A-EKG, om det har vært ventrikulære arytmier og ikke minst venstre ventrikkels funksjon. Det legges også vekt på risikofaktorer som diabetes, røyking, hyperkolesterolemi, fysisk inaktivitet og overvekt. Kravene til dokumentasjon og Fylkesmannens retningslinjer gjenspeiler disse prinsippene.

3.7.4.1 **Når kan undersøkelser med tanke på dispensasjon foretas?**

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

3.7.4.2 **Opplysninger spesialistattesten skal inneholde:**

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

Det er viktig at spesialisten gir en vurdering av prognosen, spesielt med tanke på risikoen for illebefinnende. Dersom attesten gis fra sykehuspoliklinikk av ikke-spesialist, bør spesialist kontrasignere. Attesten kan ha meget stor betydning for søkeren. Korrekt, utfyllende attest kan sikre rask og riktig avgjørelse hos Fylkesmannen. Innhenting av supplerende opplysninger er tidkrevende.

3.7.5 **Klaffefeil – klaffeopererte**

Personer med hjerteklaffesykdom som har gitt symptomer, og personer som er operert for klaffefeil, anses å ha symptomgivende hjertesykdom, jf. forskriftens krav for kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v.

Omfattes av forskriftens krav for kl. A, B, S, M og T bare dersom det har vært symptomer/funn som omfattes av andre punkter i forskriften, spesielt bevissthetsforstyrrelser.

Etter vellykket klaffeplastikk legger Fylkesmannen vekt på følgende opplysninger: Symptomer, arytmitendens, hjertesvikttendens, ventrikkelfunksjon og behov for antikoagulasjon. Attesten må redegjøre for disse forhold.

Fylkesmannen kan gi dispensasjon for alle klasser, dersom alle de nevnte forhold er tilfredsstillende. Vurdering med tanke på førerkortattest bør gjøres når

rekonvalesenstid og evt. kontrollundersøkelser er tilbakelagt, og tilstanden anses stabil.

Etter implantert, kunstig klaff legger Fylkesmannen vekt på følgende opplysninger: Type og plassering (MVR gir oftest høyere risiko enn AVR, mekanisk krever permanent antikoagulasjon), symptomer, arytmitendens, hjertesviktendens, ventrikkelfunksjon og stabilitet/effekt/etterlevelse av antikoagulasjonsbehandling. Attesten må redegjøre for disse forhold. Vurdering med tanke på førerkortattest bør gjøres når rekonvalesenstid og evt. kontrollundersøkelser er tilbakelagt, og tilstanden, inkludert antikoagulasjonsbehandling, anses stabil. Fylkesmannen fører en strengere dispensasjonspraksis for mekaniske ventiler enn klaffeplastikker. Det legges vesentlig vekt på stabilitet av antikoagulasjonsbehandling, ventrikkelfunksjon og arytmitendens. Som regel gis det ikke dispensasjoner for førstegangsutstedelser, og ikke ut over førerkort i kl. C1, C, D1 for privat bruk og kjøreseddel for drosje. For detaljer henvises til [IS-1348 pkt. 23.5.1 og 23.5.2](#).

3.7.6 **Arytmier**

Bestemmelsene om anfallssykdom gjelder også for hjertearytmier som påvirker bevissthetsen. Malign arytmie kan dessuten omfattes av vedleggets § 2 nr. 6 "andre tilstander", selv etter karenstiden etter siste bevissthetspåvirkning, dersom risikoen for tilbakefall tilsier at bilkjøring er uforsvarlig. Kjennskap til årsaken, effekt av behandling og prognosen for grunnsykdommen er avgjørende. Attesten må derfor redegjøre for dette. Fylkesmannen kan gi dispensasjon fra bestemmelsene om anfallsfri periode når årsaken er kjent og behandlingen ansett som effektiv. For persontransport krever Fylkesmannen særlig gode holdepunkter for lav risiko.

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

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

3.7.6.1 **Atrieflimmer**

Årsak og behandling er viktig for prognosen og eventuell risiko i trafikken. Bare dersom sykdommen har gitt symptomer som kan være farlige i trafikken, omfattes den av forskriftens krav for kl. A, B, S, M og T (vedleggets § 2 nr. 6 "andre tilstander"). Dispensasjon kan da gis i samsvar med retningslinjene for de symptomer/funn sykdommen har gitt.

Atrieflimmer er symptomgivende hjertesykdom, og helsekravene for kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v. er ikke oppfylt. For Fylkesmannens vurdering av dispensasjon kreves utredning, som grunnlag for risikovurderingen og for å utelukke annen

hjertesykdom som omfattes av forskriftens krav: Underliggende koronarsykdom skal være usannsynliggjort ved negativ sykehistorie og arbeids-EKG (evt. isotopundersøkelse eller angiografi), klaffefeil og hjertesvikt ved ekkokardiografi. Ved atrieflimmer som etter adekvat utredning ikke er funnet å skyldes annen hjertesykdom, og som ikke har gitt andre symptomer enn uregelmessig puls, kan Fylkesmannen gi dispensasjon for kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v.

3.7.6.2 **Pacemaker**

Behandling med pacemaker omfattes av forskriftens krav til kl. A, B, S, M og T bare dersom det har vært symptomer/funn som omfattes av andre punkter i forskriften (spesielt bevissthetstap). Pacemakerpasienter må anses å ha symptomgivende hjertesykdom, og omfattes av forskriftens krav til kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v., og bestemmelsene om anfall, dersom det var slike før implantasjonen. Risikoen for bevissthetstap er avgjørende for om det kan gis dispensasjon. Denne avhenger av grunnsykdommen og pacemakerens funksjon. Fylkesmannen kan gi dispensasjon for kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v. når pacemaker er kontrollert og funnet helt velfungerende etter implantasjonen, og behandlende spesialist mener pacemakern har eliminert risikoen for bevissthetstap. (Kravet om minst tre måneders observasjonstid er bortfalt, i tråd med europeiske faglige retningslinjer.) Det er en forutsetning at grunnsykdommen ikke omfattes av førerkortforskriftens helsekrav. Dersom det ikke er sendt melding om anfall tidligere, og en pasient vellykket får pacemaker etter synkope pga. f.eks. AV-blokk eller annen bradyarytmi, kan melding angående lavere førerkortklasser unnlates. For høyere førerkortklasser bør det sendes melding, og samtidig informeres om at tilstanden anses betryggende behandlet med pacemaker, slik at dispensasjon straks anbefales.

3.7.6.3 **Radiofrekvensablasjonsbehandling**

Dersom arytmi med bevissthetspåvirkning er vellykket ablasjonsbehandlet, kan Fylkesmannen gi dispensasjon fra bestemmelsene om anfall når spesialisten attesterer at behandlingen har eliminert residivrisikoen. For høyere klasser og kjøreseddel skal det være minst tre måneders observasjonstid som holdepunkt for dette. Etter denne observasjonstid bør spesialisten utføre de undersøkelser som anses nødvendige for å vurdere behandlingsresultat/residivfare, og redegjøre for dette i sin attest. Dersom arytmien som er behandlet ikke har gitt, og ikke kan antas å gi bevissthetsforstyrrelser, får ablasjonsbehandling ingen førerkortmessige konsekvenser.

3.7.6.4 **Implantert cardioverter/defibrillator – ICD**

Omfattes av forskriftens bestemmelser om anfall (alle klasser), vedleggets § 3 nr. 7 (kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v.) og § 2 nr. 6 "andre tilstander" (alle klasser). Det skal altså sendes melding til Fylkesmannen angående førerkort når en pasient har fått innlagt ICD. I tråd med anbefalinger fra European Society of Cardiology (2004), og praksis i endel europeiske land, er kjøreforbudet permanent for førerkort kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel for persontransport. Førerkort i kl. ABMST kan tilbakeleveres etter dispensasjon gitt av Fylkesmannen. Dispensasjonspraksis avhenger av:

- Årsaken til implantasjonen (profylaktisk, arytmie uten bevissthetspåvirkning, arytmie med bevissthetspåvirkning).
- Tid siden siste hendelse (som hendelse regnes implantasjon, tachycardibrytende pacing og defibrillering).
- Grunnsykdommens prognose, samt arytmitendens registrert i minnet.

Attesten skal redegjøre for disse forhold og om det anses forsvarlig å gjenoppta kjøring. Attesten gis av den spesialist som kontrollerer pasientens ICD. Attest fra lege uten spesiell kjennskap til ICD-behandling godtas ikke.

Fylkesmannen kan gi dispensasjon for kl. ABSMT etter følgende observasjonstider når spesialisten gir fyldestgjørende attest i henhold til ovenstående, og klart anbefaler dispensasjon:

- Ved profylaktisk ICD, der det ikke har vært arytmie eller innslag av ICD: Dispensasjon kan gis så snart behandlende spesialist mener bilkjøring er forsvarlig. Det kreves altså ingen fast observasjonstid hvis det ikke har vært bevissthetspåvirkning før implantasjonen og ikke innslag av ICD etterpå. Anbefaling om dispensasjon kan gis samtidig med meldingen.
- Der det ikke har vært arytmie med bevissthetspåvirkning forut for implantasjonen, men indikasjonen likevel var behandlingstrengende arytmie: 6 måneder fra siste hendelse.
- Der det har vært arytmie med bevissthetspåvirkning: 12 måneder fra siste hendelse.
- Der terapi fra ICD har vært gitt, men helt uten bevissthetspåvirkning eller andre symptomer som etter spesialistens oppfatning kan være farlig i trafikken: 6 måneder fra siste hendelse. (Dette vil antakelig nesten utelukkende gjelde tachycardibrytende pacing.)

Siden forrige utgave av veilederen er altså bestemmelsene om ICD blitt mer differensiert, og mer liberale for visse pasientgrupper. Praktiseringen forutsetter adekvate attester og at legene etterlever forskrift og retningslinjer.

3.7.7 Hjertesvikt

Hjertesvikt medfører en ikke ubetydelig risiko for plutselig død eller illebefinnende, og kommer inn under de samme forskriftsbestemmelser og retningslinjer som koronarsykdom. Se pkt. 3.7.4.

3.7.8 Hjertetransplanterte

Omfattes av forskriftens krav til kl. A, B, S, M og T bare dersom det har vært symptomer/funn som omfattes av andre punkter i forskriften. En hjertetransplantert må anses å ha symptomgivende hjertesykdom, og omfattes av forskriftens krav til kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v. Fylkesmannen kan vurdere dispensasjon, forutsatt at følgende dokumenteres:

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

Søknaden må være eksplisitt anbefalt av behandlende spesialist. Det følges en

forsiktig dispensasjonspraksis. Dispensasjon må i tilfelle revurderes årlig etter ovenstående kriterier. Det gis ikke dispensasjon for kl. D1 eller D, og ikke for førstegangsutstedelser.

3.7.9 Høyt blodtrykk

Det er ikke faste retningslinjer for hvilke blodtrykksverdier som kan aksepteres. Blodtrykk som gir hodepine, brystmerter, tungpust eller retinopathi grad IV omfattes av vedleggets § 2 nr. 6 "andre tilstander" (kl. ABSMT) og vedleggets § 3 nr. 7 (kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v.). Fylkesmannen gir ikke dispensasjon (C- og D-klasser) før blodtrykket er kommet under kontroll (forskriftens krav oppfylt for ABSMT). Legens attest bør redegjøre for utredning med tanke på årsak, igangsatt behandling og effekten av denne.

3.8 Hørselssvekkelse

For kl. D1, D, kjøreseddel m.v. gjelder (vedleggets § 4 nr. 2): Talestemme må oppfattes på 4 meters avstand uten høreapparat. For andre klasser er det ikke krav til hørsel.

Hørselsundersøkelsen utføres på vanlig måte, med pasientens rygg mot undersøkeren.

Til tross for synets store betydning, er hørselen ikke uten betydning for evnen til å bli oppmerksom på hendelser i trafikken. Av hensyn til passasjersikkerheten stilles strenge krav til sanseevne hos fører av buss og minibuss. Føreren bør dessuten kunne høre passasjerene. Forskriften krever derfor at talestemme skal oppfattes på 4 m. avstand uten høreapparat for førerkort i kl. D1, D og kjøreseddel. For øvrige klasser er det ikke spesifikke krav til hørsel.

3.9 Førlighetssvekkelse

3.9.1 Forskriftens krav

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

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

For kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel gjelder (vedleggets § 3 nr. 8 jf. § 4) følgende tilleggskrav:

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

3.9.2 Legeattest i førerlighetssaker

Attester skal redegjøre for førerlighetsreduksjonen, dens årsak og prognose, og spesielt om den kan anses stasjonær, evt. hvilken progresjonshastighet som kan forventes. Attest fra spesialist i nevrologi eller fysikalsk medisin kan være nødvendig. Da personer med førerlighetsproblemer ikke sjelden har andre helseproblemer (f.eks. anfallslidelse, nedsatt syn, medikamentbruk), skal det alltid foreligge NA 202. Den praktiske kjøreevnen, evt. med spesialutstyr, vurderes av trafikkstasjonen. For kl. C1, C, D1 og D, kreves normal kraft og koordinasjon i ben og armer.

Myndighet til å dispensere fra forskriftens bestemmelser om førerlighet (jf. pkt. 3.9.1 over) har

- Fylkesmannen såfremt førerlighetsreduksjonen ikke er stasjonær
- Regionvegkontoret dersom førerlighetsreduksjonen er stasjonær

3.10 Andre tilstander som kan gjøre føreren uskikket

3.10.1 Forskriftens krav og omfang

Forskriftens helsekrav kan ikke gjøres så detaljerte at de dekker enhver tilstand som kan være farlig i trafikken. Følgende samlepunkt er derfor tatt med, og gjelder alle klasser (vedlegg 1 § 2 nr. 6 jf. §§ 3 og 4):

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

Tilstanden omfattes når det er holdepunkter for at den kan gjøre eller gjør føreren uskikket. Hvorvidt en tilstand omfattes av dette punkt, må langt på vei bygge på medisinsk skjønn. Avgjørende må være om tilstanden kan medføre en risiko i trafikken som kan sammenliknes med risikoen ved de i førerkortforskriften spesifiserte tilstander. Ved tvil kan Fylkesmannen rådspørres. Vurderingen må være mest forsiktig ved utvidet førerkort eller kjøreseddel. Nedenfor er angitt noen tilstander som kan komme inn under denne bestemmelsen. Også andre tilstander kan omfattes.

3.10.2 Apopleksi, hemiplegi, halvsidig neglekt

Lammelser omfattes av bestemmelsene om førerlighet, jf. kap. 3.9. I enkelte tilfelle går f.eks. en hemiplegi tilbake uten motoriske eller sensoriske utfall. Halvsidig uoppmerksomhet (neglekt), kan imidlertid bestå, og medfører en uakseptabel trafikkrisiko. Neglekt kan være vanskelig å påvise, og pasienten har ofte manglende sykdomsinnsikt. Nevropsykolog eller slagavdeling kan ha kompetanse til å påvise neglekt. Svikt i evnen til romlig orientering og apraxi kan også være farlig i trafikken.

3.10.3 TIA – transitorisk iskemisk attack

[Se avsnitt 3.2.6](#)

3.10.4 Nedsatt mørkeadaptasjon

Se under [pkt. 3.12](#) og [pkt. 3.13](#) nedenfor.

3.10.5 Generell helsesvekkelse pga. alder og/eller sykdom

Se også avsnitt 3.3.5 om demens. Mental og/eller fysisk svekkelse kan medføre trafikksikkerhetsrisiko. Vurdering av skikkethet som fører kan i slike tilfelle være meget vanskelig. En praktisk kjøreprøve ved trafikkstasjonen kan være til hjelp, jf. [kap. 2.5](#). Dersom tilstanden antas å være progressiv, bør eventuelt førerkort ha kort gyldighet, jf. attestens pkt. 21. Politiet har forøvrig rett til (vegtrafikklovens § 34) å tilbakekalle førerett når det er skjellig grunn til å tro at førerkortinnehaverens kunnskaper eller kjøreferdighet ikke er tilfredsstillende. Tilbakekall av førerett ved generell svekkelse av fysisk eller psykisk helse må derfor ikke nødvendigvis bygge på medisinske vurderinger. Pårørende eller andre som bekymrer seg for kjøreferdigheten, må kunne gjøre politiet oppmerksom på forholdet, uten nødvendigvis å involvere lege.

3.10.6 Respirasjonssvikt

Respirasjonssvikt defineres som arteriell $pO_2 < 8$ kPa eller $pCO_2 > 6,7$ kPa når det pustes luft ved havnivå. Ved respirasjonssvikt nedsettes konsentrasjonsevne, kritisk sans, hukommelse og reaksjonsevne. Dette kan være en sikkerhetsrisiko ved bilkjøring, og forskriftens krav kan som regel ikke anses oppfylt for noen førerkortklasse. Det skal derfor sendes melding til Fylkesmannen. Dersom oksygentilførsel holder pO_2 høyere enn 8 kPa og det ikke er klinisk påvirkning av evt. hypercapni (høy pCO_2), kan Fylkesmannen gi dispensasjon for førerkort i kl. A, B, M, S og T på vilkår av at det benyttes oksygen under kjøring, forutsatt at behandlende spesialist anbefaler dette. I slike tilfelle kan det gis anbefaling om dispensasjon på vilkår om oksygenbruk under kjøring, samtidig med at det sendes melding. Personer med respirasjonssvikt kan få ganske brå forverrelser av oksygentensjon og CO_2 -nivå, f.eks. under fysiske eller psykiske belastninger. Det kan derfor ikke påregnes dispensasjon for kl. C1, C, D1, D eller kjøreseddel m.v.

3.10.7 Annet

Lavtersklet angina, [se avsnitt 3.7.4](#)
Maligne hjertearytmier, [se avsnitt 3.7.6](#)
Hjertetransplantasjon, [se avsnitt 3.7.8](#)
ICD, [se avsnitt 3.7.6](#)
ADHD, [se avsnitt 3.3.3](#)

3.11 Visus og optisk korreksjon

3.11.1 Forskriftens krav

Kl. A, B, M, S eller T (vedleggets § 2 nr. 1):

- Synsstyrken må være minst 0,5 når begge øyne undersøkes samtidig. Dersom

optisk korreksjon er nødvendig for å oppnå denne synsstyrke, plikter føreren å bruke slik korreksjon under kjøring. Dersom synsstyrken på ett øye er mindre enn 0,05, må synsstyrken på det andre øyet være minst 0,6, eventuelt med optisk korreksjon. 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 pga. manglende samsyn.

Kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v. (vedleggets § 3 nr. 1 og nr. 2, jf. § 4):

- Synsstyrken må være minst 0,8 på det ene øyet og 0,5 på det andre. Dersom optisk korreksjon er nødvendig for å oppnå ovennevnte synsstyrke, må ukorrigert synsstyrke på hvert øye være minst 0,05. Dersom ukorrigert synsstyrke er mindre enn 0,05 på ett eller begge øyne, må synsstyrken som nevnt over oppnås med briller ikke sterkere enn 8 dioptrier, eller med kontaktlinser uavhengig av styrke, forutsatt at disse tolereres godt. Hvis optisk korreksjon er nødvendig for å tilfredsstille kravene til synsstyrke, plikter føreren å bruke korreksjon under kjøring.

3.11.2 Forskriftens omfang

Det vises til forskriftsteksten. Nedre visusgrense er (som tidligere) 0,5 for kl. A, B, M, S og T, begge øyne undersøkt sammen. Hvis visus er svakere enn 0,05 på ett øye, må det andre øyet ha visus minst 0,6. For kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel kreves minst 0,8 respektive 0,5.

I tillegg er høyeste tillatte brillekorreksjon 8 dioptrier. Kravet angående tillatt korreksjon dekker følgende to forhold:

1. Ukorrigert visus er $\geq 0,05$ på hvert øye. Det er da intet krav til styrken på korrigerende glass, så lenge disse bringer visus opp over forskriftene minstekrav, jf. over.
2. Ukorrigert visus er $< 0,05$ på ett eller begge øyne. Da kreves at *brilleglass* ikke skal være sterkere enn 8 dioptrier. Det er ingen øvre grense for kontaktlinsers styrke, forutsatt at disse tolereres godt. Som dokumentasjon av god toleranse godtas attest fra godkjent kontaktlinsetilpasser eller øyelege, om at kontaktlinsene har vært brukt daglig eller omtrent daglig over minst ett år, uten påviselige skadevirkninger.

3.11.3 Undersøkellesmetode, melding, attest og dispensasjonspraksis

Visusundersøkelse foretas med Snellens tavle eller tilsvarende. Undersøkelsen kan foretas av offentlig godkjent optiker hvis det ikke foreligger øyesykdom. Optikeren må da fylle ut og signere attestens synsdel.

Dersom en person ikke fyller visuskravene, skal melding sendes. Kjøring kan ikke gjenopptas før Fylkesmannen eventuelt har gitt dispensasjon. Det kreves attest fra øyelege, der visusnedsettelsens årsak og prognose skal angis. Visus skal angis med og uten korreksjon. Godt syn er viktig for sikker kjøring. Dispensasjonspraksis er restriktiv. Det anses som regel ikke sikkerhetsmessig forsvarlig å gi dispensasjon for kjøring kun i nærområdet. Ved søknad om dispensasjon fra bestemmelsene om visus på begge øyne for førerkort kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel, legges betydelig

vekt på årsaken til den ensidige visusnedsettelsen. Det vises til [IS-1348 pkt. 6.6.2](#).

3.11.4 Nedsatt mørkeadaptasjonsevne

Det kreves attest fra øyeavdeling. Vesentlig nedsatt mørkeadaptasjonsevne kan være farlig i trafikken, bl.a. på grunn av mange og ikke alltid godt opplyste tunneler. Førerkortforskriftens helsekrav kan dermed ikke anses oppfylt ved vesentlig nedsatt mørkeadaptasjonsevne. På grunn av tunnelene, og av kontrollhensyn, har Vegdirektoratet stilt seg avvisende til å gi førerkort begrenset til kjøring i dagslys.

3.12 Synsfelt

3.12.1 Forskriftens krav

Kl. A, B, S, M eller T (vedlegg 1 § 2 nr. 2):

- Synsfeltet må være normalt på minst ett øye.

Kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel m.v. (vedlegg 1 § 3 nr. 3, jf § 4):

- Synsfeltet må være normalt på begge øyne.

3.12.2 Undersøkelse og attest

Normalt synsfelt er viktig i trafikken for å oppdage personer, kjøretøyer eller gjenstander som kommer inn fra sidene. Donders' metode brukes som screeningundersøkelse. Påviste eller mistenkte synsfeltutfall må kartlegges med perimetri. Goldmanperimetri anses trafikkmessig mest relevant, til tross for at metoden brukes lite i klinisk sammenheng. Goldmanperimetri er fortsatt tilgjengelig ved regionsykehusene, ved en del sentralsykehus og hos noen privatpraktiserende spesialister. Undersøkelsen skal utføres med stort objekt. Hvert øye skal undersøkes for seg, og det skal gjøres en binokulær registrering, fordi utfallene gjensidig kan overlappes av det andre øyets intakte synsfelt. Goldman kan erstattes av autoperimetri dersom det er påvist tilsynelatende komplett homonym hemianopsi. Parasentrale skotom bør undersøkes med autoperimetri. Også her gjelder at det bør undersøkes binokulært i tillegg til hvert øye for seg. Homonym hemianopsi og (spesielt nedre) kvadrantanopsi anses meget farlig i trafikken.

Førerkortforskriftens helsekrav er ikke oppfylt for noen klasse, og Fylkesmannens dispensasjonspraksis er forsiktig. Ved synsfeltutfall som skyldes skade i sentralnervesystemet, bør det dessuten undersøkes om pasienten har neglekt. Attesten bør inneholde følgende opplysninger når der søkes om dispensasjon fra kravene til synsfelt:

- Synsfeltdiagrammer, jf. ovenfor.
- Årsaken til utfallene, når de oppsto og om de anses stabile.
- Evt. holdepunkter for praktiske problemer knyttet til utfallene (kollisjon med inventar, orienteringsproblemer).
- Visus.
- Annen helsesvikt med betydning for evnen til å kompensere for utfallene, f.eks. nedsatt mental funksjon.
- Dersom en søker med betydelige utfall likevel mener å kunne kjøre sikkert, kan den praktiske kjøreevnen vurderes med simulatorundersøkelse ved SINTEF. Dette er ressurskrevende (kostnaden bæres av søker), og bør ikke utføres som

standardmetode, men forbeholdes vanskeligere dispensasjonssaker. Det anbefales å rådføre seg med Fylkesmannen først. Det vises til [IS-1348 pkt. 7.4.1](#). Kjøretest ved trafikkstasjonen vil kunne avsløre grovt sviktende kjøreevne, men vil være lite sensitiv for evnen til å oppdage plutselige, uventede hendelser. Kjøretest ved lokal trafikkskole er som regel uegnet til å vurdere synsfeltutfall.

3.13 Ensidig visusreduksjon

Ved vesentlig svekkelse eller tap av syn på ett øye er det kjørekarens i 6 måneder. Deretter må det vurderes om visus og synsfelt tilfredsstiller kravene for den aktuelle klasse.

3.14 Dobbeltsyn

Manglende samsyn hindrer ikke at førerkortforskriftens helsekrav anses oppfylt. Manifest dobbeltsyn er imidlertid til hinder for å inneha førerkort i kl. C1, C, D1, D eller kjøreseddel.

4 Utfylling av konklusjon i NA 202 (pkt. 18 - 24) m.v.

4.1 Er helsekravene oppfylt? – ja eller nei

Det skal kun krysses for "ja" dersom forskriftens krav er oppfylt for den/de aktuelle klasser, i samsvar med tabellen ovenfor og denne veiledning. Er kravene ikke oppfylt, kan pasienten søke om dispensasjon, jf. pkt. 24. Det er Fylkesmannen, ikke behandlende lege, som avgjør om dispensasjon kan gis.

4.2 Vilkår

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

4.3 Revurdering - varighet

Forutsetningen for legens adgang til å gi anbefaling om *førerkortets eller kjøreseddelens* varighet på NA 202, er at helsekravene er oppfylt. (Er kravene ikke oppfylt, kan pasienten søke om dispensasjon.)

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

- Diabetes mellitus (førerkort i kl. A, B, S, M eller T): 10 år hos personer under ca. 50 år, når sykdommen er velkontrollert og ukomplisert. Kortere hos eldre, ved rask progresjon av komplikasjoner, eller ved dårlig kontroll. For øvrige klasser kreves dispensasjon, og det er Fylkesmannen som fastsetter gyldighetstid av denne. Legen bør foreslå i NA 202b.
- Visusreduksjon p.g.a. netthinnesykdom. Spesialistvurdering. Ett år vil ofte være passende ved for eksempel senil maculadegenerasjon.
- Angina pectoris: Ingen tidsbegrensning for innehavere av kl. A, B, M, S eller T. For øvrige klasser kreves dispensasjon, og det er Fylkesmannen som fastsetter gyldighetstid av denne. Attestutstedende lege bør foreslå varighet av evt. dispensasjon, etter en vurdering av prognose/residivfare. Ett år kan være passende ved førstegangs vurdering, mens inntil 5 år kan foreslås når tilstanden har vært stabil i flere år.
- Anfall med bevissthetstap, etter utløpet av karenstiden som gjelder for klassen: Foreslå gyldighet svarende omtrent til første planlagte kontroll, evt. ett år.

Etter flere års anfallsfrihet må gyldigheten kunne settes lengre, evt. vanlig varighet. Ved enkeltstående anfall, eller ved anfall som man i ettertid ikke antar har betydning for trafiksikkerheten, kan det anbefales vanlig gyldighet. Før utløpet av karenstiden kreves dispensasjon, og det er Fylkesmannen som fastsetter gyldighetstid.

- Demens. Vurder progresjon hittil. Et halvt til ett år vil ofte være passende.
- Medikament- og/eller rusmisbruk. Vurder risikoen for tilbakefall. Et halvt til ett år vil ofte være passende. Ved langvarig rusfrihet kan lang eller vanlig varighet anbefales.

4.4 Henvisning til spesialist

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

4.5 Søknad om dispensasjon - klage

Det er pasienten, ikke legen, som kan søke om dispensasjon, jf. kapitlene 1.1 og 1.4. Vedtaksretten ligger hos Fylkesmannen, ved klage Sosial- og helsedirektoratet. Fylkesmannen baserer sin avgjørelse på *begrunnet* søknad fra søkeren, på legens opplysninger og gjeldende retningslinjer. Utredningen bør derfor være ført så langt at man kan ha en begrunnet oppfatning om risiko og prognose, og det må vedlegges tilstrekkelige opplysninger. Hvis Fylkesmannen gir dispensasjon, kan søkeren henvende seg til politiet (for tilbakelevering av inndratt førerkort) eller trafikkstasjonen (for utstedelse, produksjon av nytt førerkort). Hvis Fylkesmannen gir avslag, er det klagerett etter forvaltningsloven. Søkeren må sende eventuell klage innen 3 uker etter at vedtaket er kommet frem til ham/henne, eller be om utsatt klagefrist. Klagen *stiles* til Sosial- og helsedirektoratet, men *sendes* Fylkesmannen. Det er viktig at pasienten begrunner, og eventuelt dokumenterer, sitt behov for førerkort eller kjøreseddel i aktuell(e) klasse(r). Fylkesmannen kan omgjøre sitt vedtak, eller sende saken til Sosial- og helsedirektoratet for avgjørelse. Fylkesmannen vedlegger tidligere mottatte dokumenter til Sosial- og helsedirektoratet. Kun opplysninger som eventuelt er tilkommet etter Fylkesmannens vedtak bør medsendes klagen.

5 Utfylling av helseattest for førerkortinnehaver over 70 år, NA 202c

Førerkortforskriftens § 4-1 første ledd krever at den som har førerett i kl. A, B, M, S eller T, etter fylte 70 år medbringer gyldig legeattest under kjøring. (Ellers er føreretten ikke gyldig.) Legens oppgave i denne sammenheng er å fastslå om forskriftens helsekrav er oppfylt. Det gjelder de samme helsekrav for førere over 70 år som for andre. Selv om skjemaet (NA202c) er enklere enn ordinær helseattest NA202, må anamnese og undersøkelse gi grunnlag for å avklare om helsekravene er oppfylt. Attest skal *ikke* utstedes hvis legen ikke kan krysse av for at pkt. 1 - 7 er i orden, eller hvis helsekravene av andre grunner ikke er oppfylt. Dersom helsekravene ikke er oppfylt, har pasienten ikke førerrett, med mindre Fylkesmannen har gitt dispensasjon.

5.1.1 Attestens varighet

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

Det har vært eksempler på at pasient som er nektet NA 202c av sin faste lege, har oppsøkt annen lege, som har gitt attest under inadekvat kjennskap til pasienten. Dersom innehaver av førerkort ikke lenger fyller helsekravene, pålegger helsepersonellovens § 34 med forskrift legen plikt til å advare pasienten skriftlig, med kopi til Fylkesmannen. Dersom forholdet som utløser meldeplikten avdekkes i forbindelse med utfylling av NA 202c, kan slik melding gis ved at skjemaet avkrysses ved pkt. 8, og utleveres pasienten. Det må sendes kopi til Fylkesmannen, og vedlegges supplerende opplysninger. Dersom kravene ikke er oppfylt, og det ønskes dispensasjon, må pasienten selv søke, og vedlegge legens vurdering i form av attest. [Se kapittel 4.5](#) ovenfor.

6 Veiledning for legens melding etter helsepersonellovens § 34

[Helsepersonelloven § 34](#) med forskrift pålegger legen å advare innehaver av førerkort eller luftfartssertifikat som ikke tilfredsstiller helsekravene. Gjenpart av advarselen skal sendes Fylkesmannen, som ved melding til politiet bevirker tilbakekall av føreretten. Ved luftfartssertifikat sendes meldingen til Luftfartstilsynet, Flymedisinsk seksjon, Postboks 243, 8001 Bodø.

6.1.1 Skriftlig eller muntlig melding

Hvordan legen skal melde, er avhengig av hvor lenge den diskvalifiserende tilstand antas å vare: Forventet varighet mindre enn seks måneder gir *muntlig meldeplikt* overfor pasienten. Noter i journalen at advarsel er gitt. Pasienten er juridisk forpliktet til ikke å kjøre (jf. førerkortforskriftens vedlegg 1 § 1 siste setning). Erfaringsmessig kjører mange likevel. *Skriftlig melding* til pasienten og Fylkesmannen (*ikke* politiet eller trafikkstasjonen) skal sendes dersom tilstanden ventes å vare lengre enn seks måneder. Meldeplikten går foran taushetsplikten, jf. helsepersonellovens § 23 nr. 5 jf. § 34. Supplerende medisinske opplysninger bør følge meldingen, så Fylkesmannen har grunnlag for å vurdere om det skal meldes videre til politiet.

Det er antakelsen om at tilstanden vil føre til at helsekravene ikke er oppfylt mer enn seks måneder som utløser meldeplikten til Fylkesmannen. Det er altså ikke nødvendig at tilstanden allerede har vart i mer enn seks måneder. Etter anfall med bevissthetstap som omfattes av førerkortforskriften, se kapittel 3.2, vil karenstiden eksempelvis være lengre enn seks måneder. Det er dermed skriftlig meldeplikt. (Det vises til kap. 3.2 angående hvilke anfall som skal meldes, og når melding kan unnlates.) Det finnes ingen hjemmel for muntlig å pålegge kjøreforbud i f.eks. 3 mnd. etter et anfall. Det skal også meldes når det avdekkes antatt varig tilstand som diskvalifiserer for visse førerkortklasser, f.eks. hjertesykdom eller diabetes som krever medikamentell behandling. Dersom man mener tilstanden medfører så lav risiko at det bør kunne gis dispensasjon, kan man gi attest med opplysninger om dette sammen med meldingen.

Det er ubehagelig å medvirke til at ens pasient mister førerkortet. Legens oppgave i denne sammenheng er imidlertid å vurdere de faktiske, medisinske forhold. Avveiningen mot sosiale forhold/førerkortbehov bør overlates til Fylkesmannen. Hensikten med meldeplikten er å beskytte medtrafikanter mot trafikkfarlige sjåførere. Ved å unnlate å melde påtar legen seg et stort ansvar. Det vises til kapittel 1 (legg inn link).

6.1.2 Hvilken lege skal melde og når?

Meldeplikten gjelder i prinsippet enhver lege som har befatning med pasientens aktuelle tilstand.

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

6.1.3 *Klage over tilbakekall av førerett etter melding*

Det er politiet som fattet vedtak om tilbakekall av førerett. Hvis førerkortforskriftens helsekrav ikke er oppfylt, vil klage over politiets vedtak om tilbakekall eller over trafikkstasjonens vedtak om ikke å utstede førerkort, være hensiktsløs. Førerkort kan i slike tilfelle ikke tilbakeleveres eller utstedes hvis Fylkesmannen ikke har gitt dispensasjon fra forskriftens helsekrav. I slike tilfelle bør pasienten derfor søke Fylkesmannen om dispensasjon, i stedet for å klage over eventuelle vedtak fattet av politi eller trafikkstasjon. Dersom den undersøkte mener Fylkesmannen feilaktig har vurdert kravene som ikke oppfylt, bør han eller hun gjøre Fylkesmannen oppmerksom på det og be om at vurderingen omgjøres.

6.2 Forslag til standardbrev med advarsel

Pasientens navn

Adresse

Fødselsnummer

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

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

☐ A, B, M, S, T (motersykkel, person/varebil, moped, beltemotersykkel, traktor)

☐ C1, C (lett lastebil, lastebil)

☐ D1, D og kjøreseddel (minibuss, buss, kjøreseddel for persontransport)

De gis med dette en skriftlig advarsel som bestemt i forskrift av 13. juli 1984 hjemlet i § 34 i helsepersonelloven.

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

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

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

Til Fylkesmannen vedlegges følgende supplerende opplysninger:

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

Med vennlig hilsen

Kopi: Fylkesmannen i pasientens hjemfylke

Førerkortforskriftens vedlegg 1 – Helsekrav

§ 1. Generelle bestemmelser om helse.

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

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

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

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

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

1.	Synsstyrken må være minst 0,5 når begge øyne undersøkes samtidig. Dersom optisk korreksjon er nødvendig for å oppnå denne synsstyrken, plikter føreren å bruke slik korreksjon under kjøring. Dersom synsstyrken på ett øye er mindre enn 0,05, må synsstyrken på det andre øyet være minst 0,6, eventuelt med optisk korreksjon. 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 normalt på minst ett øye.
3.	Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet i løpet av de siste 12 måneder.
4.	Det må ikke være alvorlig sinnslidelse, vesentlig mental retardasjon eller personlighetsavvik som medfører nedsatt dømmekraft, impulskontroll eller adferdsforstyrrelser, som kan være farlige i trafikken.
5.	Det må ikke være misbruk av alkohol eller andre rusmidler, og ikke bruk av beroligende eller bedøvende midler i doser som reduserer årvåkenhet eller kjøreevne.
6.	Det må ikke være andre sykdomstilstander som gjør eller kan gjøre føreren uskikket til å føre motorvogn.
7.	Førlighetskrav:
a)	Førligheten må være tilstrekkelig for sikker manøvrering av motorvognen.
b)	Når førlighetsreduksjon antas å være stasjonær, avgjør regionvegkontoret ved eventuell praktisk prøve om manøvreringsevnen er betryggende, eventuelt med ekstraustyr på kjøretøyet.
0	Endret ved forskrift 5 nov 2004 nr. 1448 (i kraft 1 jan 2005).

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

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

1.	Synsstyrken må være minst 0,8 på det ene øyet og 0,5 på det andre. Dersom optisk korreksjon er nødvendig for å oppnå ovennevnte synsstyrke, må ukorrigert synsstyrke på hvert øye være minst 0,05.
2.	Dersom ukorrigert synsstyrke er mindre enn 0,05 på ett eller begge øyne, må synsstyrken som nevnt over oppnås med briller ikke sterkere enn 8 dioptrier, eller med kontaktlinser uavhengig av styrke, forutsatt at disse tolereres godt. Hvis optisk korreksjon er nødvendig for å tilfredsstille kravene til synsstyrke, plikter føreren å bruke korreksjon under kjøring.
3.	Synsfeltet må være normalt på begge øyne.
4.	Det må ikke være dobbeltsyn.
5.	Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet de siste 10 årene.
6.	Det må ikke være diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre antidiabetika.
7.	Det må ikke være symptomgivende hjertesykdom, tegn på koronarsykdom, koronarsykdom i sykehistorien eller vanskelig kontrollerbar blodtrykkssykdom.
8.	Med hensyn til førlighet kreves det normal kraft og koordinasjon i begge ben og armer, og naturlig grep i begge hender.

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

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

1.	Anfallsvis opptredende hjernefunksjonsforstyrrelser (herunder epilepsi og bevissthetsforstyrrelser av annen eller usikker årsak) må ikke ha forekommet etter fylte 18 år.
2.	Talestemme må oppfattes på 4 meters avstand uten høreapparat.

7 Lenker til relevante lover og forskrifter

[Vegtrafikkloven](#)

[Førerkortforskriften \(hele\)](#)

[Førerkortforskriftens vedlegg 1](#) – Helsekrav

[Helsepersonelloven \(hele\)](#)

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

[Forskrift til helsepersonellovens § 34](#) om meldeplikt

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

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