

# Endrede helsekrav for førerkort ved epilepsi

Et europeisk direktiv har ført til endringer i det norske regelverket for førerkort ved epilepsi. Dette kan få store konsekvenser, spesielt for yrkessjåfører. Vi vil her drøfte endringene og peke på uklarheter i direktivet og det norske regelverket.

På bakgrunn av et direktiv fra kommisjonen for de europeiske fellesskaper (Europa-kommisjonen) i 2009 (1) (ramme 1), er det i Norge gjort endringer i førerkortforskriftens helsekrav (2), utarbeidet nye regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort (3) og nye retningslinjer for fylkesmennenes behandling av førerkortsaker (4). Førerkortforskriftene har variert betydelig mellom de europeiske landene, og EU-direktivet er gitt for å harmonisere praksis innenfor Europa.

Praksis har ikke bare variert fra land til land, men også innad i Norge. Dette kom tydelig frem i en undersøkelse fra 2004 som viste stor uenighet blant norske nevrologer når det gjaldt mange aspekter vedrørende bilkjøring og epileptiske anfall (5). Behovet for ensartede retningslinjer, og tolkingen av disse, er derfor stort, og det er å håpe at direktivet og de nye forskriftene kan bidra til dette. I direktivet understrekes det imidlertid at hvert land kan fastsette strengere helsekrav enn de europeiske minstekravene (1), og kun deler av direktivet er implementert i den norske forskriften (2). Andre deler er anbefalt som dispensasjonsgrunner i retningslinjene for fylkesmennenes behandling av førerkortsaker (4). Å forstå fullt ut forholdet mellom direktiv, forskrift, veileder og retningslinjer er ikke lett, i hvert fall ikke for oss.

I veilederen (3) gis det uttrykk for at de nye reglene ikke medfører store endringer. Det er vi ikke enige i. Vi diskuterer her først endringer som er av betydning for kolleger som skal vurdere om personer med epileptiske anfall fyller de helsemessige kravene til å få førerkort, deretter uklarheter i direktivet og det norske regelverket.

## Endringer

I den norske veiledningen for utfylling av helseattest deles førerkort inn i tre grupper (3):

### 1) Lette førerkortklasser

(A, A1, B, B1, BE, M, S, og T):

Nytt i veiledningen er at førere med en etablert epilepsidiagnose skal være under vurdering i minst fem år etter anfall før førerkort kan utstedes med vanlig varighet, og at regelen om ett års anfallsfrihet ved nyoppstått epilepsi er absolutt og ikke kan gis dispensasjon for.

### 2) Lastebil (C1, C):

Forskriftens krav om ti år uten epileptiske anfall er uendret, men det er nytt at lege-

midler mot epilepsi ikke skal ha vært benyttet i denne perioden.

### 3) Persontransport (D1 og D):

Som før skal søker med epilepsi ikke ha hatt anfall etter fylte 18 år, ellers er reglene de samme som for C-klasser. Ved andre anfallsvise hjernefunksjonsforstyrrelser og episodiske bevissthetstap gjelder det samme, selv om EU-direktivet her krever at risiko for nye anfall skal være under 2% per år, hvilket er tatt med i den norske veiledningen.

### Både liberalisering og innskjerping

Sammenliknet med vårt tidligere regelverk innebærer EU-direktivet dels en innskjerping og dels en liberalisering. Det er en liberalisering ved førstegangs uprovosert anfall, anfall av enkel partiell type, anfall kun under søvn og anfall med klare utløsende faktorer. For personer som trapper ned den antiepileptiske medikasjonen, betyr det nye regelverket en innskjerping (3). Foreløpig er det bare de skjerpede krav til personer som ønsker å kjøre tyngre kjøretøy (klasse C, D og kjøreseddel) som er implementert i selve forskriften (2).

### Tyngre kjøretøy og arbeid

Konsekvensene kan bli store for tildeling av førerkort i de tyngre førerkortklasser og for dispensasjons- og tilbakeleveringspraksis. Her er det ikke lenger bare krav om ti års anfallsfrihet, men personen skal heller ikke ha brukt antiepileptika i denne perioden. Dette kan få store konsekvenser for yrkessjåfører med førerkort i klassene C og D. Dette gjelder bl.a. personer som har behov for å bringe med seg utstyr i lett lastebil (under 7,5 tonn, førerkort klasse C1), f.eks. håndverkere. Det er understreket i fylkesmennenes retningslinjer (4) at det ikke skal dispenseres fra helsekravene for disse førerkortklassene, noe vi mener det bør åpnes for – etter en individuell risikovurdering.

### Kjøreforbud ved seponering av antiepileptika

Etter 3–5 års anfallsfrihet er det vanlig å vurdere seponering av den antiepileptiske medikasjonen, noe avhengig av epilepsitypen (6). Under seponeringen har pasientene en økt risiko for anfallsresidiv (6), og det er fornuftig med kjøreforbud i denne perioden. I Norge har et slikt kjøreforbud ikke vært nedfelt i regelverket tidligere. Direktivet opererer med forbud i seks måneder etter avsluttet seponering, noe vi

mener er svært lang tid. Ifølge veilederen (3) skal det sendes melding til fylkesmannen ved seponering av antiepileptika, uavhengig av om det oppstår anfall. Dette virker unødvendig byråkratisk og er heller ikke del av direktivet. Når det ikke oppstår anfall i de tre første månedene etter seponering, er helsekravene i førerkortforskriften etter vårt skjønn oppfylt, og melding til fylkesmannen bør være unødvendig.

### Fornuftig liberalisering

Den delen av EU-direktivet som innebærer en liberalisering er inkludert som dispensasjonsgrunner i retningslinjene for fylkesmenn ved behandling av førerkortsaker ved lavere førerkortklasser (4). Dette er etter vårt skjønn fornuftig. I slike tilfeller bør det gjøres en grundig individuell spesialistvurdering. Ved spesielle former for frontallappsepilepsier er anfallene nesten alltid knyttet til søvn (7). Etter ett år med bare søvnrelaterte anfall, anser vi risikoen for å få anfall i våken tilstand å være så liten at kjøring bør kunne tillates.

### Uklarheter

EU-direktivet definerer epilepsi som en tilstand med minst to epileptiske anfall i løpet av fem år, noe som gjengis i den norske veiledningen (3). Dette avviker fra definisjonen av epilepsi gitt av International League Against Epilepsy (ILAE) som ikke opererer med en slik tidsbegrensning. ILAE mener det også foreligger epilepsi dersom en person har hatt kun ett spontant epileptisk anfall og undersøkelser avdekker noe som disponerer for flere anfall, slik som epileptiform aktivitet i EEG eller morfologiske forandringer i hjernen ved CT eller MR (8). Særlig i juridisk sammenheng er det uheldig at epilepsidefinisjonen i EU-direktivet ikke stemmer overens med ILAEs definisjon – som er den definisjonen som brukes i klinisk praksis. Videre brukes den uvanlige betegnelsen «epileptiformt anfall» (3) om epileptisk anfall, noe som er lite presist og kan skape misforståelser.

I EU-direktivet skilles det mellom uprovoserte (ved epilepsi) og provoserte epileptiske anfall (uten epilepsi). Men, mange med epilepsi kan sies å ha «provoserte» anfall idet de opplever at anfallsterskelen er lavere når de utsettes for stress, lite søvn, tretthet, lite mat og/eller bruk av alkohol (9). I de norske retningslinjene for fylkesmenn (4) betegnes provoserte anfall eller «leilighetsanfall» som «enkeltstående, epi-

leptilignende anfall med normalt EEG». Dette er en uvanlig og uklar definisjon. «Leilighetsanfall» eller «situasjonsrelaterte» anfall er diffuse begreper som etter vår mening ikke bør brukes (10).

Akutte symptomatiske anfall er derimot klart definert av ILAE (10). Slike provo-

serte anfall kan opptre i løpet av den første uken etter akutte hjernelesjoner eller i forløpet av metabolske forstyrrelser, intoksikasjoner eller abstinens. Diagnostikken kan være vanskelig. En akutt oppstått hjernelesjon kan eksempelvis senere gi opphav til spontane, «uprovoserte» anfall, dvs. epilepsi. Stor varsomhet må utvises med bilkjøring i tiden etter slike akutte symptomatiske anfall, selv om det definisjonsmessig ikke foreligger epilepsi. Denne type anfall er ikke spesifikt omtalt i EU-direktivet, noe vi opplever som en mangel.

Personer med strukturell hjernepatologi eller hjernefunksjonsforstyrrelser som gir økt risiko for anfall med bevissthetstap, kan ifølge EU-direktivet innvilges førerkort i D-klassene bare hvis den årlige risiko for anfall er under 2%. Hvordan man er kommet til 2%, og hvordan vi som nevrologer skal estimere en anfallsrisiko på under 2%, er for oss gåtefullt.

Ved påvist epilepsi krever den norske veilederen at personer som får innvilget førerkort «skal være under førerkortvurdering» i fem år før førerkort med vanlig varighet kan utstedes (3). Om slike vurderinger skal skje hos nevrolog, er ikke spesifisert. De fleste personer med epilepsi bør som hovedregel ha fast kontakt med en nevrolog, men fastleger bør også kunne fornye legeattestene hos anfallsfrie pasienter.

### Rom for klinisk skjønn

Avdeling for kompleks epilepsi – SSE har i mange år fungert som øverste medisinske instans i vurdering av førerkortsaker. Vi ser for oss at den nye og strengere førerkortforskriften vil få som konsekvens at flere pasienter må henvises, og at et strengere regelverk vil kreve mer omfattende utredninger for at man med rimelig grad av sikkerhet skal kunne uttale seg om fremtidig risiko for anfall.

Større likhet i regelverket mellom de europeiske landene er udelte positivt. Vår erfaring er at alle førerkortsaker er forskjellige, og selv om det nye regelverket er ganske konkret, kommer man ikke utenom at man i slike saker også må utøve et sunt klinisk skjønn. Dette synes vi kommer for dårlig frem i EU-direktivet.

### Avsluttende kommentar

I våre dager er muligheten til å kjøre bil blitt viktig for manges livskvalitet. Tap av førerkort får ofte store konsekvenser for dem det gjelder i så vel arbeid som i fritid.

I førerkortsaker står vi ofte overfor vanskelige avveielser mellom hensynet til generell trafikksikkerhet og hensynet til den enkelte persons behov for førerkort (11). Det er foreløpig uklart om den nye forskriften vil bidra til at vi kan gi helsemyndighetene bedre og mer balanserte råd og derved pasientene en mer rettferdig og faktabasert behandling. Vi ser for oss at det norske regelverket forholdsvis snart vil bli ytterli-

gere revidert i lys av ny kunnskap og nye erfaringer med de gjeldende bestemmelser.

#### Rasmus Lossius

*rasmus.lossius@ous-hf.no*

#### Karl O. Nakken

Avdeling for kompleks epilepsi – SSE  
Oslo universitetssykehus

#### Eylert Brodtkorb

Avdeling for neurologi og nevrofysiologi  
St. Olavs hospital  
og  
Institutt for nevromedisin  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Trondheim

Rasmus Lossius (f. 1947) er spesialist i neurologi og overlege ved Avdeling for kompleks epilepsi – SSE.

#### Ingen oppgitte interessekonflikter.

Karl O. Nakken (f. 1945) er spesialist i neurologi og seksjonsoverlege ved Avdeling for kompleks epilepsi – SSE.

#### Ingen oppgitte interessekonflikter.

Eylert Brodtkorb (f. 1948) er spesialist i neurologi, overlege ved Avdeling for neurologi og nevrofysiologi og professor ved Institutt for nevromedisin.

#### Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

- Kommissionens direktiv 91/112/EF af 25. august 2009 om ændring af Rådets direktiv 91/439/EØF om kørekort. [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ: L: 2009: 223: 0026: 0030: DA: PDF \[19.5.2011\].](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ: L: 2009: 223: 0026: 0030: DA: PDF [19.5.2011].)
- Forskrift om førerkort m.m. [www.lovdataba.no](http://www.lovdataba.no) [18.12.2010].
- Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v. IS-1437. [www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00313/IS-1437\\_F\\_rerkort\\_\\_313689a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00313/IS-1437_F_rerkort__313689a.pdf) [19.5.2011].
- Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker [IS-1348]. [www.helsedirektoratet.no/forererkort](http://www.helsedirektoratet.no/forererkort) [19.5.2011].
- Brodtkorb E, Bråthen G, Bovim G et al. Uenighet om epilepsi og bilkjøring. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1100–2.
- Lossius MI, Hessen E, Stavem K et al. Consequences of antiepileptic drug withdrawal: a randomized, double-blind study (Akershus Study). *Epilepsia* 2008; 49: 455–63.
- Picard F, Brodtkorb E. Familial frontal lobe epilepsies. I: Engel J jr., Pedley T, red. *Epilepsy. A comprehensive textbook*. 2. utg.. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 2495–502.
- Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005; 46: 470–2.
- Nakken KO, Refsland G, Lillestølen KM et al. Anfallutløsende faktorer ved epilepsi – hva mener pasientene? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2172–4.
- Beghi E, Carpio A, Forsgren L et al. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure. *Epilepsia* 2010; 51: 671–5.
- Lossius R, Kinge E, Nakken KO. Epilepsy and driving: considerations on how eligibility should be decided. *Acta Neurol Scand Suppl* 2010; 122: 67–71.

Mottatt 11.1. 2011, første revisjon innsendt 25.3. 2011, godkjent 19.5. 2011. Medisinsk redaktør Siri Lunde.

## Ramme 1

Europakommisjonens helsekrav til personer med epileptiske anfall (ikke i sin helhet implementert i den norske førerkortforskriften). Man opererer her med to kategorier kjøretøy (1)

Gruppe 1: Person- eller varebil < 3,5 tonn

- Pasienter med epilepsi kan kjøre etter ett års anfallsfrihet, men under forutsetning av «løpende vurdering» i fem år.
- Pasienter med ett enkelt uprovosert epileptisk anfall kan kjøre etter seks måneders anfallsfrihet
- Pasienter med ett provosert anfall der det er liten sannsynlighet for at de utløsende faktorene gjentar seg, kan kjøre uten begrensning etter vurdering og uttalelse fra nevrolog
- Pasienter med kun anfall under søvn eller med kun enkle partielle anfall (uten tap av bevissthet) kan kjøre dersom anfallssemiologien har holdt seg uforandret i ett år
- Ved seponering av antiepileptiske medikamenter skal pasienten rådes til ikke å kjøre under selve seponeringen og i de første seks månedene etter seponeringen
- Etter epilepsikirurgi kan bilkjøring tillates etter ett års anfallsfrihet

Gruppe 2: Store kjøretøy og buss > 3,5 tonn og kjøretøy med ni eller flere seter

- Pasienter som har hatt ett provosert epileptisk anfall og der det er liten sannsynlighet for at de utløsende faktorene gjentar seg, kan kjøre etter individuell vurdering av nevrolog
- Pasienter med ett enkeltstående uprovosert anfall kan kjøre etter fem års anfallsfrihet og vurdering av nevrolog
- For pasienter med epilepsi kreves ti års anfallsfrihet etter avsluttet medisinering
- Ved intracerebrale strukturelle forandringer (for eksempel arteriovenøs misdanning eller intracerebral blødning) kan kjøring tillates kun dersom nevrolog vurderer risikoen for anfall til å være < 2% per år, selv om det ikke har forekommet anfall. Den samme risikovurderingen gjelder for bevissthetstap av andre årsaker enn epilepsi eller når årsaken er ukjent