

Landets fylkesmenn

Deres ref.:
Saksbehandler: TOS
Vår ref.: 09/5071
Dato: 06.08.2009

Informasjon om justering av retningslinjer for førerkort og ICD

Vi viser til brev 15.01.2008 om endringer i helsekravene til førerkort, blant annet når det gjaldt pasienter med ICD.

Den europeiske hjerterytmeforeningen (EHRA) kom den 21. juni i år med et nytt konsensusdokument om bilkjøring og ICD (<http://europace.oxfordjournals.org/cgi/reprint/eup112>). Dokumentet er allerede kjent i fagmiljøene og av noen pasienter. Helsedirektoratet har funnet grunnlag i dokumentet for å endre våre retningslinjer for ICD og bilkjøring. Endringene representerer vesentlige liberaliseringer: Bilkjøring kan gjenopptas tre måneder etter index-arytmi som fører til sekundærprofylaktisk ICD-implantasjon og etter støt uten bevissthetstap. Arytmi med bevissthetstap gir 6 måneders kjørekarens. Å ha ICD innebærer fortsatt at forskriftens helsekrav ikke anses oppfylt. Melding skal dermed sendes ved implantasjon. Støt fra ICD vil imidlertid ikke lengre utløse skriftlig meldeplikt. Vi antar det vil redusere saksmengden på fagfeltet. Vi viser spesielt til tabellen i retningslinjene nedenfor. Det er også åpnet for at overinstansen i helt spesielle tilfelle kan gi dispensasjon for førerkortklasse C1.

Det følgende erstatter fra dags dato nåværende kapittel 23.7 i IS-1348 om ICD:

23.7 Implantert cardioverter-defibrillator (ICD)

Omfattes av forskriftens bestemmelser om anfall hvis det var arytmi med bevissthetspåvirkning (alle klasser), vedleggets § 3 nr. 7 (kl. C1, C, D1, D og kjøreseddel m.v.) og § 2 nr. 6 "andre tilstander" (alle klasser).

Generelt om ICD

ICD er et elektrisk implantat som gis til pasienter med høy risiko for alvorlig arytmi. Risikoen for arytmi kan imidlertid variere ganske mye mellom ulike pasientgrupper. Primærprofylaktisk ICD er implantert på grunnlag av generell risikovurdering (oftest redusert pumpefunksjon, dilatert ventrikel) evt. med ikke-vedvarende VT (NSVT). Sekundærprofylaktisk ICD er implantert etter alvorlig, symptomgivende arytmi eller overlevd hjertestans. ICD kan behandle ventrikkeltachycardi (VT) med tachycardibrytende pacing (ATP) eller DC-støt ("sjokk", "støt"). Ventrikkelflimmer (VF) og svært rask VT behandles med DC-støt. Støt merkes godt av pasienten, med mindre det skjer under søvn, eller arytmien har gitt bevissthetstap. Når alvorlig

rytmeforstyrrelse oppstår, vil ICD bruke noen sekunder på å stille diagnosen, og deretter ytterligere ca. 10-15 s. på å lade før støtet kan gis. Etter vellykket støt tar det ofte ytterligere noen sekunder før normal sirkulasjon gjenopprettes. Hvis støtet mislykkes, lades til nytt støt. En alvorlig arytmi kan derfor gi et kort bevissthetstap, selv om behandlingen fra ICD er vellykket. Støt pasienten ikke har merket, betyr ofte at det har vært et bevissthetstap. Noen pasienter lar også være å rapportere støt pga. de førerkortmessige konsekvensene. At pasienten ikke har merket støtet, er derfor ikke grunnlag for å anta at det ikke har førerkortmessig betydning. Ved ATP er det som regel arytmien som sådan som avgjør om det blir bevissthetspåvirkning. ICD kan gi "upassende støt" ("urettferdig støt", "inappropriate shock"), dvs. sjokk på en arytmi som ikke skulle ha utløst det, f.eks. rask atrieflimmer. Dette kan gi påvirkning av kjøreevnen, pga. sjokket i seg selv eller fordi arytmien som utløste den ga hemodynamisk påvirkning. Tekniske feil og elektrisk støy kan også gi upassende støt. ICD avleses av spesialisten med en spesielt tilpasset computer. Alvorlig arytmi og terapi fra ICD kan avleses og analyseres.

Trafikkrisikoen ved ICD – reviderte retningslinjer

Trafikksikkerhetsrisikoen ved ICD er knyttet til arytmiepisode med bevissthetstap eller sirkulatorisk påvirkning. Et DC-støt kan være smertefullt og det kan gi kraftige kroppsbevegelser, som i seg selv kan være farlig under kjøring. En ICD-bærer vil alltid ha en viss risiko for berettiget støt, i størrelsesorden ca. 7,5% til 30% per år. Risikostratifisering er vanskelig. Enkelte studier tyder på at risikoen for støt ikke fortsetter å falle med tiden på samme måte som risikoen for anfall av andre typer. Av praktiske grunner, og for å få et praktiserbart regelverk, er hendelsesfri observasjonstid likevel det viktigste kriteriet i førerkortsaken, differensiert etter implantasjonsindikasjon. Risikoen anses imidlertid aldri så lav at det kan dispenseres for høyere førerkortklasser.

Det er sparsomt med virkelig gode data om trafikkrisikoen hos ICD-bærere. Retningslinjene her er gitt under hensyn til en litteraturgjennomgang ved en ekspertgruppe i regi av EHRA, den europeiske hjerterytmeforeningen (<http://europace.oxfordjournals.org/cgi/reprint/eup112>). Gruppen har forsøkt å estimere risikoen, ikke bare for støt fra ICD, men for at støt gir bevissthetspåvirkning. Hvor lang tid som tilbringes i trafikken, er sentralt i risikoestimatet. Dessuten risikoen for at en bevissthetspåvirkning fører til ulykke som involverer andre personer. Disse to forholdene er avgjørende for at gruppen fortsatt ikke anbefaler dispensasjon for yrkesmessig kjøring, organisert persontransport eller tunge kjøretøy. Litteraturen som refereres har enkelte motstridende funn/konklusjoner, ikke alle anbefalingene er etter vår oppfatning like godt underbygget. Når en ICD-pasient har synkopert, må vurderingen etter vår oppfatning ses i sammenheng med dispensasjonspraksis for synkoper ellers. Helsedirektoratet har gitt disse, reviderte retningslinjene i samsvar med hovedanbefalingene i ekspertgruppens rapport. Vi har lagt stor vekt på at retningslinjene skal kunne praktiseres. Revisjonen innebærer en liberalisering av tidligere praksis, en reduksjon i antallet meldinger etter helsepersonellovens § 34, og redusert saksmengde.

Attest

Det senter som kontrollerer ICD-behandlingen skal ha avgitt attest. Attesten skal redegjøre for indikasjon, tid for siste innslag av ICD og gi en vurdering av om det er forsvarlig å gjenoppta kjøring. Attest fra primærlege eller kardiolog uten ICD-kompetanse godtas ikke.

Observasjonstid- dispensasjonspraksis for lavere klasser

Det stilles krav om en viss observasjonstid etter "hendelser" før kjøring kan gjenopptas og/eller dispensasjon for lavere klasser gis. Tabellen nedenfor oppsummerer "hendelsene", angir minste observasjonstid, om meldeplikt etter helsepersonellovens § 34 utløses og Fylkesmannens respons. Det er alltid en forutsetning for dispensasjon at behandlende spesialist anbefaler det, da det i noen tilfelle kan være forhold som taler for høyere risiko. Dessuten er det en forutsetning at pasienten møter til kontroller, følger legens råd og ikke lar være å rapportere hendelser. Observasjonstidene nedenfor skal oppfattes som meget sterkt førende for nedre grense, og Fylkesmannen skal ikke gå under disse. Bilkjørings spørsmål er ofte sensitive, og en enhetlig praksis er ønskelig. Ved implantasjon av sekundærprofylaktisk ICD, løper observasjonstiden fra index-arytmien eller hjertestansen (ikke fra dato for implantasjon av ICD som tidligere).

Hendelse	Observasjonstid før kjøring/disp.	Legens skriftlige meldeplikt etter helsepersonellovens § 34	Fylkesmannens respons
Implantasjon av primærprofylaktisk ICD, jf. ovenfor, uten synkope eller hemodynamisk betydningsfull VT	Disp. kan gis når spesialisten anbefaler det, som regel når ICD er kontrollert og funnet velfungerende.	Skal meldes. Gi evt. samtidig anbefaling om dispensasjon	Behandle dispensasjonssaken for lavere klasser. Gi evt. melding til politiet om inndragning av høyere klasser og kjøreseddel mv.
Implantasjon av sekundærprofylaktisk ICD, og i tilfelle som ikke omfattes av tabellcellen over	Tre mnd., når spesialisten anbefaler det.	Skal meldes. Anbefaling om evt. dispensasjon kan gis etter 3 mnd.	Send melding til politiet. Gjør evt. oppmerksom på muligheten for å søke disp. for lavere klasser etter tre mnd.
ATP uten bevissthetspåvirkning	Ingen, dersom spesialisten mener det er lav risiko. Ved økende arytmiforekomst eller når spesialisten mener det er økt risiko, kan det være nødvendig å fraråde kjøring til risikoen igjen er ansett lav.	Som regel ikke.	
Berettiget DC-støt uten bevissthetspåvirkning	Tre mnd., dersom spesialisten mener det er forsvarlig	Nei. Muntlig advarsel til pasienten	
Arytmi med bevissthetspåvirkning, med eller uten terapi fra ICD	Seks måneder	Ja	Melding til politiet. Opplysning om mulighet for å søke dispensasjon etter seks måneder
Upassende DC-støt	Til spesialisten mener forholdet er rettet, slik at risikoen for nye støt er lav	Som regel ikke. Muntlig advarsel	

Bytte av ICD (generatorbytte), bytte eller revisjon av ledninger	Til spesialisten mener det er forsvarlig å kjøre	Som regel ikke. Muntlig advarsel	
Hjertestansoverlever, som har avslått tilbud om ICD	Seks mnd.	Ja	Melding til politiet. Opplysning om mulighet for å søke dispensasjon for lavere klasser etter seks måneder. Vurdering av kognitiv funksjon kan være nødvendig.

Varighet og vilkår

Det skal stilles vilkår om at søker følger anbefalte kontroller og skriftlig erklærer at han/hun vil følge eventuelle råd fra lege om å avstå fra bilkjøring etter innslag fra ICD eller uheldig arytmi-situasjon, jf. ovenfor. Som regel gis førstegangsdispensasjon for ett år. Deretter kan man som regel følge spesialistens råd om varighet. Dersom det er god sikkerhet for at kontroller følges og råd angående bilkjøring blir fulgt, kan dispensasjonen gis ubegrenset varighet, dersom spesialisten anbefaler det.

Utvidet førerkort

ICD-bærere har en langt høyere risiko for akutt illebefinnende enn normalbefolkningen, og høyere enn de fleste koronarpasienter. Derfor skal Fylkesmannen ikke gi dispensasjon for kl. C1, C, D1, D, kjøreseddel eller kompetansebevis for utrykningskjøring. Risikoen er knyttet til hvor lang tid som tilbringes i trafikken og kjøretøyets skadepotensiale. EHRAs ekspertgruppe har derfor anbefalt at lavrisikopasienter kan få kjøre lett lastebil i helt spesielle tilfelle, når det utgjør en liten del av annen virksomhet. Helsedirektoratet vil følge denne anbefalingen, men ønsker å holde en restriktiv praksis. Dispensasjon for kl. C1 skal derfor inntil videre bare gis av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet kan gi dispensasjon for kl. C1 til pasienter som har fått ICD på primærprofylaktisk indikasjon og ikke har hatt bevissthetstap. Det vil ikke bli gitt dispensasjon dersom kjøringen har preg av sjåførvirksomhet, så som budbilsjåfør, distribusjonssjåfør, massetransport osv.

Endringen trer i kraft straks. Nettversjonen av IS-1348 vil bli oppdatert når revidert versjon er klar senere i år.

Vennlig hilsen

Bente Moe e.f.
seniorrådgiver

Arne-Birger Knapskog
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi: Hjerteforum/Norsk Cardiologisk Selskap

Saksbehandler: Torkel Steen, spesiallege

Helsedirektoratet • Divisjon primærhelsetjenester

Avd. omsorg og tannhelse
Arne-Birger Knapskog, tlf.: 24 16 30 34

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no