



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Vejledning om helbredskrav til kørekort

Styrelsen for Patientsikkerhed

August 2017

# Kolofon

---

Titel på udgivelsen: Vejledning om helbredskrav til kørekort

Udgivet af:

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67

2300 København S

Telefon: 72 28 66 00

E-post: [stps@stps.dk](mailto:stps@stps.dk)

Udgivelsesår: 2017

Version: Nr. 1.0.

Versionsdato: August 2017

Publikationen er tilgængelig på <http://stps.dk/da/udgivelser>

ISBN-nr.: 978-87-998966-9-1

# Indhold

---

<b>1</b>	<b>Generelle forhold og introduktion til begreber</b>	<b>6</b>
1.1	Vejledningens opbygning	6
1.2	Hvornår skal der vedlægges en lægeattest i forbindelse med ansøgning om kørekort?	6
1.3	Ansvarsfordeling mellem forskellige myndigheder	7
1.4	Lægeattesttyper og kørekortkategorier	7
1.5	Udfyldelse af kørekortattesten og dokumentation af helbredskrav	8
1.6	Anbefaling af vilkår og begrænset gyldighedsperiode for kørekortet	9
1.7	Anbefaling af VHK, KKP og vurdering ved bilinspektør	9
<b>2</b>	<b>Lægeligt kørselsforbud</b>	<b>11</b>
2.1	Fornyelse af kørekort	11
2.2	Lægeligt kørselsforbud i henhold til autorisationslovens § 44 – lægens pligter	12
2.3	Information til patienten ved lægeligt kørselsforbud og journalføring	13
2.4	Tvivl eller uenighed om føreregnetheden	14
2.5	Instrukser om kørselsforbud	14
2.6	Indberetning til Styrelsen for Patientsikkerhed	15
2.7	Anmeldelse til politiet ved umiddelbar fare	15
<b>3</b>	<b>Synet (A) og hørelsen (B)</b>	<b>16</b>
3.1	Synet (A)	16
3.2	Synsstyrke	17
3.3	Synsfelt	19
3.4	Fremadskridende øjensygdom af betydning for synsevnen	20
3.5	Nedsat kontrastfølsomhed, følsomhed over for blænding eller natteblindhed	21
3.6	Hørelsen (B)	22
<b>4</b>	<b>Neurologiske lidelser</b>	<b>24</b>
4.1	Epilepsi og kramper (F1)	24
4.2	Synkoper (besvimelse) og andre bevidsthedsforstyrrelser (F2)	29
4.3	Søvn- og vågenhedsforstyrrelser (J)	33
4.4	Andre neurologiske sygdomme (F3)	36
<b>5</b>	<b>Hjerte- og karsygdomme (D)</b>	<b>38</b>
5.1	Hjertesygdomme	38
5.2	Cerebrovaskulær sygdom (F3)	45
<b>6</b>	<b>Diabetes (E)</b>	<b>49</b>

6.1	Generelle forhold	49
6.2	Lægeligt kørselsforbud	49
6.3	Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort	50
6.4	Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort	52
<b>7</b>	<b>Psykiske sygdomme og demens</b>	<b>54</b>
7.1	Psykiske sygdomme og hyperkinetiske lidelser (G1)	54
7.2	Demens og andre kognitive forstyrrelser (G2)	56
<b>8</b>	<b>Alkohol- og narkotikamisbrug</b>	<b>60</b>
8.1	Alkoholmisbrug (H1)	60
8.2	Narkotikamisbrug (H2)	61
<b>9</b>	<b>Trafikfarlig medicin (H3)</b>	<b>65</b>
9.1	Generelle forhold	65
9.2	Stærk smertestillende medicin	66
9.3	Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler	69
9.4	Andre euforiserende lægemidler: Cannabisholdige lægemidler og heroin	71
9.5	Behandling med anden trafikfarlig medicin	72
<b>10</b>	<b>Andre sygdomme</b>	<b>74</b>
10.1	Bevægeapparatet (C)	74
10.2	Nyresygdomme (I)	75
10.3	Respirationsinsufficiens og iltbehandling ved bilkørsel (J)	76
10.4	Andre helbredsmæssige forhold af trafiksikkerhedsmæssig betydning	77
<b>11</b>	<b>Ophævelse og ikrafttrædelse</b>	<b>78</b>
<b>12</b>	<b>Indeks</b>	<b>79</b>

# Introduktion

---

Denne vejledning henvender sig primært til læger, der som led i deres arbejde kommer i kontakt med patienter som allerede har et kørekort, eller patienter som skal til at erhverve kørekort. Vejledningen kan bruges, når praktiserende læger, og nogle gange andre speciallæger, skal vurdere helbredstilstanden hos en patient i forbindelse med overvejelser om et lægeligt kørselsforbud eller ansøgning om udstedelse eller fornyelse af kørekort. Konkret drejer det sig om følgende situationer:

- Når en læge skal vurdere, om der bør udstedes et lægeligt kørselsforbud i henhold til autorisationslovens § 44 på grund af en helbredstilstand/sygelig tilstand hos en patient, som indebærer risiko for trafiksikkerheden (se kapitel 2.2.).
- Når en læge skal udfylde lægeattest om kørekort, idet følgende kaldt kørekortattesten: »Blanket til helbredsmæssige oplysninger ved udstedelse af kørekort«.
- Når en læge skal udfylde den såkaldte diabetesattest: »Lægeerklæring om diabetes i forbindelse med helbredsmæssige oplysninger ved udstedelse af kørekort«.
- Når en læge skal afgive en anden udtalelse i forbindelse med en patients ansøgning om udstedelse eller fornyelse af kørekort.

Vejledningen præciserer de krav til omhu og samvittighedsfuldhed, som læger i henhold til autorisationsloven bør udvise ved vurdering af spørgsmål om helbred og bilkørsel.

Vejledningen kan også læses af borgere, der har brug for at vide, hvornår man lægefagligt vurderer, at en borger på grund af sygdom, svækkelse, indtagelse af bevidsthedspåvirkende stoffer, påvirkning af op- stemmende eller bedøvende midler eller af andre lignende årsager »er ude af stand til at føre køretøjet på fuldt betryggende måde«, jf. færdselslovens § 54, stk. 2. Heraf fremgår det klart, at motorkøretøj ikke må føres eller forsøges ført af nogen, som er omfattet af ovenstående.

Når der efter kapiteloverskrifterne står et bogstav, henviser det til det tilsvarende afsnit i kørekortattesten (»Blanket til helbredsmæssige oplysninger ved udstedelse af kørekort«).

Kapitel 5.1 om hjertesygdomme træder først i kraft den 1. januar 2018. Der er dog meget begrænsede afvigelser i forhold til det hidtidige regelsæt (Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9584 af 10. oktober 2013 om vurdering af helbredskrav til førere af motorkøretøjer).

Vejledningen knytter sig til følgende lovgivning:

- Færdselsloven LBK nr. 38 af 5. januar 2017 med senere ændringer.
- Bekendtgørelse om kørekort nr. 815 af 21. juni 2017 med senere ændringer (omtales herefter som Køre- kortbekendtgørelsen).
- Cirkulære om kørekort nr. 9163 af 25. marts 2015 med senere ændringer. Sundhedsloven LBK nr. 1188 af 24. september 2016 med senere ændringer.
- Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, LBK nr. 1356 af 23. oktober 2016 med senere ændringer.

# 1 Generelle forhold og introduktion til begreber

---

## 1.1 Vejledningens opbygning

I vejledningens første kapitel bliver de vigtigste begreber og lægens opgaver i forbindelse med udstedelse og fornyelse af kørekort introduceret.

Derefter kommer et kapitel om det lægelige kørselsforbud. Her fremgår de generelle retningslinjer for, hvornår en læge bør udstede et lægeligt kørselsforbud. Det lægelige kørselsforbud kan blive aktuelt, hvis lægen bliver opmærksom på helbredsforhold hos en patient, som kan udgøre en fare for trafiksikkerheden.

Vejledningens kapitel 3 til 10 handler om de specifikke helbredsmæssige forhold, som kan få en betydning for vurderingen af, om en patient er i stand til at føre motorkøretøj på betryggende vis. Kapitlerne om de helbredsmæssige forhold indeholder følgende afsnit, hvor det er relevant:

- Generelle forhold
- Lægeligt kørselsforbud – vejledning til hvornår det bør udstedes
- Undersøgelsesmetoder – hvis dette er relevant
- Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort
- Eventuelle særlige dokumentationskrav ved det pågældende fagområde, som ikke er beskrevet i kapitel 1.5.

## 1.2 Hvornår skal der vedlægges en lægeattest i forbindelse med ansøgning om kørekort?

Ansøgninger om førstegangserhvervelse af kørekort og ansøgninger om udvidelse og fornyelse af kørekort skal indsendes eller afleveres til Borgerservice.

En lægeattest til kørekort («Blanket til helbredsmæssige oplysninger ved udstedelse af kørekort», herefter benævnt kørekortattest) skal altid vedlægges i følgende tilfælde:

- Ved udstedelse af det første kørekort, undtagen kørekort til lille knallert.
- Ved udvidelse af kørekort til vogntog bestående af en person- eller varebil og et påhængskøretøj med en tilladt totalvægt på over 750 kg, og hvor vogntogets samlede tilladte totalvægt ikke overstiger 4.250 kg og til traktor/motorredskab.
- Ved generhvervelse af førerretten, når denne har været inddraget af lægelige grunde eller på grund af afhængighed af euforiserende eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer eller på grund af manglende ædruelighed.
- Udstedelse af dansk kørekort på baggrund af kørekort, der ikke er erhvervet i et EU- eller EØS-land, medmindre kørekortet er erhvervet på Færøerne eller i Grønland.
- Kørekortets gyldighedstid er individuelt fastsat efter kørekortbekendtgørelsens § 83, stk. 1.

- Ved ansøgning om udvidelse eller fornyelse af kørekort til kategori C1, C1/E, C, C/E, D1, D1/E, D og D/E samt kørekort til erhvervmæssig personbefordring og kørekort med påtegning om godkendelse som kørelærer.

Reglerne er nærmere beskrevet i cirkulære nr. 9163 af 25. marts 2015 om kørekort.

Ved ansøgning om fornyelse af kørekort til stor knallert, personbil, motorcykel, almindelig bil med stort påhængskøretøj, traktor og motorredskab, hvor kørekortet udløber på grund af alder, er der ikke længere krav om en kørekortattest. Der er dog sager, hvor kommunen eller politiet har oplysninger om, at der for ansøgere med et aldersbegrænset kørekort tidligere har været udstedt et tidsbegrænset kørekort på grund af helbredsproblemer. I disse sager skal ansøger vedlægge en kørekortattest.

### 1.3 Ansvarsfordeling mellem forskellige myndigheder

Hvis ansøgers egen læge har vurderet, at ansøger har en eller flere af de helbreds-mæssige tilstande, som er nævnt i kørekortattesten, vil kommunen sende sagen til politiet. Politiet vil i de fleste tilfælde bede Styrelsen for Patientsikkerhed om en sundhedsfaglig vurdering af sagen. Styrelsen vurderer derefter, om helbredskravene til kørekort er opfyldt. Det kan være nødvendigt at bede om yderligere oplysninger. Hvis det er tilfældet, bliver politiet bedt om at indhente disse oplysninger fra ansøgeren.

Når de nødvendige oplysninger foreligger, og Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet sagen, sender styrelsen sin vurdering til politiet. Vurderingen indeholder en anbefaling til politiet, og politiet kan herefter træffe afgørelse om at udstede eller forny kørekortet til ansøger, eventuelt med relevante vilkår for kørekortet. Politiet sender herefter sædvanligvis sin afgørelse direkte til borgeren, og kommunen bliver underrettet herom. Ansøgeren kan klage over afgørelsen til politiet, som derefter vil oversende sagen til Færdselsstyrelsen, der træffer afgørelse i klagesagerne.

### 1.4 Lægeattesttyper og kørekortkategorier

Kørekortattesten, som formelt hedder "Blanket til helbreds-mæssige oplysninger ved udstedelse af kørekort", findes blandt andet på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside ([stps.dk](http://stps.dk)). Den skal normalt udfyldes af ansøgers egen læge og må i henhold til kørekortbekendtgørelsen ikke være mere end tre måneder gammel ved indlevering til Borgerservice. Hvis en anden end ansøgers egen læge udfylder attesten, skal der anføres en saglig begrundelse for det.

Når lægen skal udfylde attesten, skal lægen vide, hvilken kategori af køretøj ansøgeren ønsker kørekort til. Der stilles generelt højere helbreds-mæssige krav til ansøgere til kørekort til motorkøretøjer i Gruppe 2 end til ansøgere om kørekort til Gruppe 1-køretøjer på grund af den fare, det udgør at køre et tungt køretøj eller transportere andre mennesker erhvervs-mæssigt.

Den særlige diabetesattest hedder formelt "Lægeerklæring om diabetes i forbindelse med helbreds-mæssige oplysninger ved udstedelse af kørekort" og kan også blandt andet findes på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside. Den skal udfyldes og sendes med ved ansøgning om kørekort i Gruppe 2, hvis ansøger bliver behandlet med medicin, som kan medføre hypoglykæmi (insulin m.m.). Ved ansøgning om Gruppe 1-kørekort skal den udfyldes og sendes med, hvis diabetessygdommen er ustabil eller har medført komplikationer. Se i øvrigt kapitel 6 om diabetes.

Lægen skal, sammen med kørekortattesten og eventuelt en diabetesattest, vedlægge relevant journalmateriale og eventuelt en medicinliste, såfremt medicinlisten er relevant for vurderingen af borgerens evne til at føre motorkøretøj. Al dokumentation skal, sammen med ansøgningen og kørekortattesten, lægges i en lukket kuvert, hvis det bliver udleveret til ansøgeren. Kuverten må ikke åbnes af ansøgeren. Lægen skal ifølge kørekortbekendtgørelsen udlevere en kopi af kørekortattesten til ansøgeren.

#### **1.4.1 Kørekortkategorier**

- **Gruppe 1**

AM: (Stor knallert)

A1: Lille motorcykel

A2: Mellemstor motorcykel

A: Stor motorcykel

B: Almindelig bil

B/E: Almindelig bil med stort påhængskøretøj

TM: Traktor og motorredskab

- **Gruppe 2**

C1: Lille Lastbil

C: Stor lastbil

D1: Lille bus

D: Stor bus

C1/E, C/E og D1/E, D/E: Stort påhængskøretøj

Øvrige rettigheder under Gruppe 2:

Erhverv B og D1, D: kørekort til erhvervsmæssig personbefordring

Godkendelse som kørelærer

#### **1.5 Udfyldelse af kørekortattesten og dokumentation af helbredskrav**

Lægen skal i forbindelse med udfyldelsen af hver enkelt kørekortattest vurdere og afpasse den relevante dokumentation for den konkrete ansøgers helbredstilstand. I kørekortattesterne skal der ikke redegøres for helbredsforhold, som er uden betydning for trafiksikkerheden. Omvendt skal der



redegøres for helbredsforhold, som lægen vurderer, er af konkret trafiksikkerhedsmæssig betydning, selv om lidelsen ikke er konkret omtalt i blanketten.

Ved nogle særlige helbredstilstande vil der være brug for en udtalelse fra en speciallæge med særligt kendskab til den konkrete sygdom, før Styrelsen for Patientsikkerhed kan vurdere, om ansøgeren er egnet til at få udstedt eller fornyet sit kørekort. Det fremgår af kørekortattesten, ved hvilke helbredstilstande dette er aktuelt. Speciallægen skal vurdere, hvilken indflydelse ansøgerens sygdom kan have på evnen til at føre motorkøretøj samt give en anbefaling af, hvorvidt ansøgeren er egnet til at føre motorkøretøj, og om der eventuelt er behov for særlige indretninger af køretøjet mv.

Som grundlag for lægens vurdering kan en epikrise eller relevante dele af journalen fra den behandlende specialafdeling være tilstrækkelig, forudsat at oplysningerne beskriver ansøgers aktuelle situation og er dækkende. Det skal være muligt for Styrelsen for Patientsikkerhed at vurdere ansøgers føreregnethed eller beskrive denne på baggrund af oplysningerne.

I nogle tilfælde, hvor journal og/eller udtalelse fra den behandlende læge ikke er tilstrækkelig for Styrelsen for Patientsikkerheds behandling af sagen, vil styrelsen anmode om yderligere oplysninger, for eksempel en speciallægeudtalelse, hvis denne ikke foreligger. Speciallægeudtalelsen skal i det tilfælde kun omfatte oplysninger om ansøgers føreregnethed og tage aktuel stilling til, om kørekort kan erhverves eller beholdes ved den givne helbredstilstand.

Det er ansøgeren af kørekortet, der afholder den eventuelle udgift til den dokumentation, som Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er behov for til en tilstrækkelig belysning af helbredsforholdene.

## **1.6 Anbefaling af vilkår og begrænset gyldighedsperiode for kørekortet**

Det er kommunerne og politiet, der træffer afgørelse om udstedelse og fornyelse af kørekort. De tager også stilling til eventuelle vilkår i kørekortet. De nærmere regler fremgår af kørekortbekendtgørelsen. Et vilkår kan for eksempel være krav til en særlig indretning af køretøjet, eller at kørekortets gyldighed er kortere end normalt på grund af helbredsmæssige forhold. Kørekortbekendtgørelsen giver også mulighed for andre begrænsninger, for eksempel et vilkår om udelukkende at måtte køre i dagtimerne.

Styrelsen for Patientsikkerhed kan i sin sundhedsfaglige vurdering af en sag anbefale politiet, at kørekortet inddrages eller kun gives på særlige vilkår.

## **1.7 Anbefaling af VHK, KKP og vurdering ved bilinspektør**

Hvis der er tvivl om, hvorvidt en ansøger har et tilstrækkeligt godt helbred til at kunne føre motorkøretøj, kan politiet kræve, at ansøgeren gennemfører en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK). Formålet med køretesten er at undersøge, om ansøgeren har nogle helbredsmæssige problemstillinger, som har en negativ indflydelse på evnen til at køre motorkøretøj, samt om ansøgeren eventuelt har brug for en særlig indretning af køretøjet.

Både egen læge og Styrelsen for Patientsikkerhed kan på baggrund af samtlige oplysninger om ansøgers helbred anbefale en VHK. Dette kan for eksempel ske ved kognitive problemer,

eksempelvis lettere demenstilstande. Ved svær demens anbefaler Styrelsen for Patientsikkerhed oftest umiddelbart afslag på ansøgningen. Hvis der under en VHK bliver konstateret manglende kundskaber eller færdigheder af væsentlig betydning for evnen til at føre motorkøretøjer, kan politiet beslutte at indkalde ansøgeren til en kontrollerende køreprøve (KKP).

En vejledende helbredsmæssig køretest med det formål at afprøve kørefærdigheden foregår på offentlig vej i enten en skolebil eller egen bil. Turen vil foregå i almindelig trafik med afprøvning af generelle kørefærdigheder. Der udføres normalt ikke vejledende helbredsmæssig køretests i Gruppe 2-køretøjer.

En kontrollerende køreprøve består af både en teoretisk og en praktisk køreprøve og bliver bedømt ud fra samme kriterier som køreprøven for førstegangserhvervelse af kørekort. Prøven skal bestå for eksempel ved ansøgning om generhvervelse af førerretten efter frakendelse, og hvis politiet har begrundet tvivl om, hvorvidt en kørekortindehaver fortsat er i besiddelse af den nødvendige evne til at føre motorkøretøj, det nødvendige kendskab til færdselsreglerne eller den nødvendige forståelse for hensynet til andre trafikanter.

Både egen læge og Styrelsen for Patientsikkerhed kan anbefale, at sagen bliver vurderet ved politiets bilinspektør, hvis ansøger har fysiske funktionsnedsættelser. Det er afgørende, at det klart fremgår af kørekortattesten. Bilinspektøren tager i den forbindelse stilling til, om der skal foretages tilpasninger af et køretøj, og i nogle sager bliver der efterfølgende foretaget en køretest. En beslutning om, at en ansøger har brug for en tilpasning, vil medføre et vilkår for kørekortet om særlig indretning af køretøjet.

## 2 Lægeligt kørselsforbud

---

- **Lægens ansvar og anmeldelsespligt i forbindelse med kørekort.**

### 2.1 Fornyelse af kørekort

Alle kørekort til motorkøretøjer i Gruppe 1 (se kapitel 1.4.) skal fornyes hvert 15. år. Disse administrative fornyelser kræver ikke kørekortattest, med mindre det tidligere kørekort har været tidsbegrænset på grund af helbredsmæssige forhold.

Per 1. juli 2017 er aldersgrænserne for gyldighed af kørekort til Gruppe 1 blevet ophævet<sup>1</sup>). Der er således ikke længere et særskilt krav om fornyelse af kørekort ved 75 år eller efterfølgende. Alle kørekort, der bliver udstedt til Gruppe 1, hvor ansøgeren ikke har helbredsmæssige forhold af betydning for kørekort, har en gyldighed på 15 år. Det betyder også, at der ikke vil være krav om kørekortattest ved fornyelse af kørekort til Gruppe 1-køretøjer for ældre, der ikke har helbredsmæssige forhold af betydning for kørekort, og at der således ikke vil blive foretaget en generel regelmæssig myndighedsvurdering af, om ældre kørekortindehavere fortsat opfylder de helbredsmæssige krav til at kunne føre motorkøretøjer. Ifølge lovforslaget blev det ved afskaffelsen af de særlige regler forudsat, at der skete en tydeliggørelse og en skærpelse af lægernes forpligtelse til at være opmærksomme på sammenhængen mellem helbredet og bilkørsel. Lægernes forpligtelser i denne henseende er beskrevet i dette kapitel og præciseret for så vidt angår de enkelte helbredsmæssige tilstande i kapitel 3 til 10.

Kørekort til motorkøretøjer i Gruppe 2 (se kørekortkategoriernes placering i grupperne i kapitel 1.4.) bliver efter de nugældende regler kun udstedt med en gyldighedsperiode på fem år. Kørekort til denne gruppe, som er udstedt før 2013, udløber, når indehaveren fylder 50 år, dog senest den 18. januar 2033. Kørekort, som er udstedt før 1996, udløber, når indehaveren fylder 70 år, dog senest den 18. januar 2033.

En kørekortfornyelse, som kræver en lægeundersøgelse, iværksættes ved, at ansøgerens egen læge udfylder de relevante lægeattester og vedlægger relevant dokumentation (se kapitel 1.5.), som ansøgeren afleverer til kommunen. Lægen kan også sende dokumenterne direkte til kommunen. Hvis der er lægelige problemstillinger ud over almindelige forhold, sender kommunen sagen videre til politiet. I de fleste tilfælde vil politiet herefter inddrage Styrelsen for Patientsikkerhed. Styrelsen er lægefaglig rådgiver for politiet og anbefaler en afgørelse på baggrund af de sundhedsfaglige forhold.

## 2.2 Lægeligt kørselsforbud i henhold til autorisationslovens § 44 – lægens pligter

I denne vejledning bruges begrebet lægeligt kørselsforbud om den periode, hvor en læge har vurderet, at patienten ikke kan føre motorkøretøj på betryggende måde på grund af sit helbred, og hvor lægen har aftalt dette med patienten. Begrebet *lægeligt kørselsforbud* anvendes i daglig tale, selv om lægen ikke har egentlig juridisk kompetence til at udstede et forbud mod at føre motorkøretøj. Kun politiet kan give et **egentligt** kørselsforbud. Såfremt en læge i sit faglige virke bliver bekendt med, at det lægelige kørselsforbud ikke overholdes, skal lægen sædvanligvis indberette det til Stvrelsen for Patientsikkerhed.

Det er væsentligt for trafiksikkerheden, at alle læger kender pligten til at udstede kørselsforbud i henhold til autorisationslovens § 44. Lægen skal kunne håndtere at udstede et lægeligt kørselsforbud, journal- føre kørselsforbuddets indhold og aftaler med patienten og ophæve kørselsforbuddet igen, når det ikke er givet permanent. Det er den til enhver tid behandlingsansvarlige læge, der har ansvaret for, at der bliver taget stilling til, om der bør udstedes et kørselsforbud.

Fjernelsen af aldersgrænserne for fornyelse af ældres kørekort til Gruppe 1-køretøjer medfører, at lægerne får et større ansvar på kørekortområdet, og der er derfor et behov for øget fokus på muligheden for at udstede et lægeligt kørselsforbud. Lægen skal desuden have fokus på at foretage indberetning til Styrelsen for Patientsikkerhed, hvis lægen bliver opmærksom på en overtrædelse af forbuddet.

En læge er forpligtet til at udstede et lægeligt kørselsforbud, hvis lægen bliver opmærksom på, at en patient udsætter andres liv eller helbred for nærliggende fare ved at føre motorkøretøj, fordi patienten efter lægens vurdering ikke har den nødvendige mentale eller fysiske færdighed hertil. Ifølge autorisationslovens § 44 er lægen forpligtet til at søge faren afbødet først og fremmest ved henvendelse til patienten selv og dernæst, hvis nødvendigt, ved indberetning til Styrelsen for Patientsikkerhed. Kun ved situationer, hvor lægen vurderer, at akut indgriben er påkrævet, bør politiet kontaktes. Se mere herom i kapitel 2.7

Lægen er kun forpligtet til at udstede kørselsforbud i de tilfælde, hvor lægen konstaterer væsentlige ændringer i en patients helbredsforhold, og lægen vurderer, at patienten ikke længere kan føre motorkøretøj på betryggende måde. Der er ikke grundlag for at udstede et kørselsforbud, hvis en patient får en kronisk sygdom, som er velbehandlet, og patienten dermed ikke pludselig kan komme til at udgøre en fare for trafiksikkerheden.

Kørselsforbud bør for eksempel gives ved:

- Nyopstået eller tilbagefald af neurologisk lidelse som for eksempel krampeanfald, hjerneblødning med påvirkning af opfattelsesevne og/eller fysisk formåen,
- Hjertesygdom med risiko for pludselig påvirkning af bevidstheden,
- Ændring af synsfelt og/eller synsstyrke i en grad, så patienten ikke længere opfylder synskravene med korrektion,
- Behandling med og indtagelse af visse lægemidler.

I denne vejlednings kapitel 3 til 10 er der anført retningslinjer for kørselsforbud for alle større sygdoms- grupper af betydning for trafiksikkerheden. Lægen skal så vidt muligt tage stilling til alle de

enkelte kategorier af kørekort, som patienten har, da kravene til patienter med kørekort til store køretøjer generelt er større end til små køretøjer. Lægen skal altså vurdere, om patientens helbred opfylder denne vejlednings helbredskrav til samtlige patientens kørekortkategorier, eller om der bør udstedes kørselsforbud gældende for enkelte kategorier.

Pligten til at udstede et lægeligt kørselsforbud gælder kun i forbindelse med et læge/patientforhold, det vil sige, når lægen får oplysninger om patientens helbred i forbindelse med sin virksomhed som læge for patienten. Som altovervejende hovedregel vil handlepligten opstå, fordi patienten henvender sig til lægen for at blive udredt eller behandlet for den konkrete tilstand. Handlepligten kan dog også indtræde i situationer, hvor patienten henvender sig på grund af et andet problem, men hvor det på grund af patientens fremtræden eller adfærd er åbenlyst for lægen, at den pågældende ved fortsat bilkørsel vil udsætte andres liv eller helbred for nærliggende fare.

Hvis lægen ud fra patientens mundtlige eller skriftlige tilkendegivelser eller ud fra patientens øvrige adfærd er overbevist om, at patienten er indstillet på at følge det lægelige kørselsforbud, skal lægen blot journalføre kørselsforbuddet. Der er ikke krav om, at patienten skal underskrive et skriftligt kørselsforbud. En læge kan også udstede et kørselsforbud til en patient uden dennes fremmøde, for eksempel pr. telefon eller via mail. Lægen skal imidlertid sikre sig, at patienten har forstået kørselsforbuddet, for eksempel ved at spørge patienten herom under samtalen eller følge op på en skriftlig meddelelse med en telefonopringning.

Det er den læge, der i sin faglige virksomhed vurderer, at patienten ikke kan føre motorkøretøj på betryggende vis, der har handlepligten, uanset om lægen er egen læge eller sygehuslæge. Det er altså den på ethvert tidspunkt behandlingsansvarlige læge, der skal sikre, at der bliver givet et kørselsforbud og taget stilling til kørselsforbuddets tidsmæssige udstrækning. Bliver et kørselsforbud udstedt under indlæggelse eller ved ambulantly behandling, er det sygehuslægens ansvar at lade informationen om kørselsforbud og stillingtagen til en eventuel senere ophævelse af kørselsforbud gå videre til egen læge i forbindelse med udskrivningsbrevet. Videregivelsen af informationen herom sker i den forbindelse i overensstemmelse med sundhedslovens § 41, stk. 2, nr. 2.

## **2.3 Information til patienten ved lægeligt kørselsforbud og journalføring**

### **2.3.1 Information**

Hvis en læge har vurderet, at der bør udstedes et kørselsforbud, skal lægen altid informere patienten om følgende:

- at vedkommende skal indstille sin motorkørsel (kørselsforbud),
- årsagen hertil,
- hvor længe forbuddet gælder, samt
- hvornår kørselsforbuddet skal revurderes, eller om kørselsforbuddet er permanent.

Hvis beslutningen om kørselsforbud bliver truffet af en sygehuslæge, skal denne læge informere patienten om, at det kan være egen læge, der skal foretage en eventuel opfølgende vurdering af føreregnetheden, samt hvornår dette tidligst kan ske.

Hvis lægen ordinerer medicin, der kan have indvirkning på patientens evne til at føre motorkøretøj, skal lægen informere patienten herom og oplyse, hvilke konsekvenser det har for fortsat motorkørsel. Læge- midler og kørsel er nærmere omtalt i kapitel 9.

Hvis en sygdom i øvrigt har indvirkning på patientens evne til at føre motorkøretøj, skal lægen også informere patienten herom og oplyse, hvilke konsekvenser det har for fortsat motorkørsel. Det skal endvidere sikres, at der sker opfølgning.

### **2.3.2 Journalføring**

Udstedelse af kørselsforbud skal fremgå af patientjournalen. Årsagen til kørselsforbuddet skal journalføres, og det skal journalføres, hvad patienten er blevet informeret om i forbindelse med udstedelsen af kørselsforbuddet. Det skal desuden journalføres, hvad patienten eventuelt har tilkendegivet i forbindelse med udstedelsen af kørselsforbuddet, det vil sige, om patienten er indforstået med at overholde forbuddet.

## **2.4 Tvivl eller uenighed om føreregnetheden**

Det er ikke alle ændringer i en patients helbredsforhold, som vil forpligte lægen til umiddelbart at udstede et kørselsforbud.

Hvis lægen er i tvivl eller ikke har tilstrækkelige oplysninger til at fastslå, om patienten udgør en nærliggende fare ved fortsat kørsel, er lægen ikke forpligtet til at udstede kørselsforbud. Hvis patienten er indforstået med det, kan lægen påbegynde en kørekortsag. En kørekortsag kan påbegyndes ved at udfylde en kørekortattest, som patienten afleverer til kommunen. Sagen vil herefter blive behandlet på samme måde som ved en ansøgning om udstedelse af et nyt kørekort eller fornyelse af et kørekort, hvor ansøgeren har helbredsmaessige forhold af betydning for evnen til at føre motorkøretøj.

Lægen kan også overveje at tilbyde denne fremgangsmåde, hvis patienten og lægen ser forskelligt på, om der skal være et lægeligt kørselsforbud eller ej. Patienten kan på denne måde få afprøvet den lægelige vurdering, men kørselsforbuddet gælder som minimum, til sagen er afgjort af politiet. Såfremt det ikke findes hensigtsmæssigt at tilbyde at åbne en kørekortsag, eller patienten ikke vil give sit samtykke hertil, må lægen vurdere, om patienten har til hensigt at overholde kørselsforbuddet. Hvis dette ikke er tilfældet, skal lægen indberette det til Styrelsen for Patientsikkerhed, hvis der er nærliggende fare for andres liv eller helbred. Se nærmere i kapitel 2.2. og 2.6.

## **2.5 Instrukser om kørselsforbud**

I det omfang det er relevant for det enkelte behandlingssted eller den enkelte sygehusafdeling, bør der foreligge skriftlige instrukser om udstedelse af kørselsforbud.

Instrukserne skal i givet fald blandt andet indeholde retningslinjer om:

- Ansvars- og kompetenceforhold
- Hvem, der anses for at være behandlingsansvarlig læge, og i hvilke tilfælde der er behov for en vurdering af relevant speciallæge
- Beslutningsprocessen, herunder nødvendige procedurer om involvering af patienten

- Hvilke kriterier der skal være opfyldt forud for beslutning om kørselsforbud
- Evalueringsprocedurer, der sikrer, at der følges op på et givet kørselsforbud
- Involvering af samarbejdspartnere (Styrelsen for Patientsikkerhed eller politi) og fremgangsmåden ved eventuel tvivl eller uenighed
- Journalføring

## 2.6 Indberetning til Styrelsen for Patientsikkerhed

Hvis en læge vurderer, at patienten ikke er indstillet på at overholde det lægelige kørselsforbud eller konstaterer, at det bliver brudt, skal lægen som udgangspunkt indberette det til Styrelsen for Patientsikkerhed efter indhentelse af patientens samtykke. Indberetning til styrelsen kan også ske uden samtykke, men det kræver, at der skal være tale om en nærliggende fare, således at der reelt er fare for andres liv eller helbred. Videregivelsen af oplysningerne uden patientens samtykke kan ske med hjemmel i sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 1, jf. autorisationslovens § 44.

En indberetning til Styrelsen for Patientsikkerhed skal som minimum indeholde en kort baggrund for indberetningen, om der er givet et lægeligt kørselsforbud, om patienten har accepteret dette, hvilket kendskab lægen har til fortsat kørsel, og hvilke kørekortkategorier lægen har kendskab til, at patienten har.

Når Styrelsen for Patientsikkerhed modtager en indberetning fra en læge i henhold til autorisationslovens § 44, foretager styrelsen en konkret vurdering af, om indberetningen er overensstemmende med kravene til indberetning, det vil sige, at der rent faktisk foreligger en nærliggende fare som defineret i autorisationslovens § 44. Er kravene i indberetningen opfyldt, vil politiet blive kontaktet. Herefter anmoder politiet sædvanligvis borgeren om at indlevere en aktuel kørekortattest, vedlagt eventuelle speciallægeudtalelser om førerevnen. Politiet vil herefter anmode styrelsen om en sundhedsfaglig vurdering. Fremgår det af indberetningen, at der er tale om en situation, hvor kørsel umiddelbart bør bringes til permanent ophør, vil styrelsen anbefale politiet, at kørekortet umiddelbart inddrages.

Autorisationslovens § 44 giver ikke lægen mulighed for uden patientens samtykke at videregive helbredsoplysninger til andre myndigheder end Styrelsen for Patientsikkerhed. Lægen kan således ikke kontakte for eksempel kommunens borgerservice.

## 2.7 Anmeldelse til politiet ved umiddelbar fare

Lægen skal anmode om politiets bistand i helt særligt akutte situationer, hvor det er nødvendigt uden ophold at inddrage kørekortet. Der vil være tale om situationer, hvor lægen vurderer, at der vil opstå en **umiddelbar fare for patientens og/eller andres liv og helbred**, såfremt den helt akutte situation ikke afbødes. Det kan f.eks. være i en situation, hvor en patient er beruset, påvirket af lægemidler eller akut syg og ude af stand til at køre forsvarligt.

Lægen kan i denne akutte situation videregive helbredsoplysninger til politiet uden patientens samtykke, når videregivelsen er nødvendig for berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre, jf. sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 2. Lægen bør forinden have forsøgt at indhente patientens samtykke til videregivelse af helbredsoplysningerne.

## 3 Synet (A) og hørelsen (B)

---

### 3.1 Synet (A)

#### 3.1.1 Generelle forhold

En fører af et motorkøretøj skal have et syn, der er så tilstrækkeligt godt, at føreren kan køre motorkøretøj på betryggende vis. I kørekortsammenhænge er det relevant at se på synsstyrken, synsfeltet, synsevnen i mørke, følsomhed over for blænding, kontrastfølsomhed, dobbeltsyn og andre synsfunktioner, som kan bringe færdselssikkerheden i fare.

Kravene til ansøgere/førere af motorkøretøjer i Gruppe 2 er generelt større end i Gruppe 1.

#### 3.1.2 Lægeligt kørselsforbud

Såfremt et eller flere af de specifikke synskrav ikke er opfyldt, bør der sædvanligvis udstedes et lægeligt kørselsforbud til de pågældende kørekortkategorier. De enkelte krav fremgår af de følgende afsnit om synsstyrke, synsfelt og andre tilstande af betydning.

Hvis patienten ikke fuldt ud opfylder synskravene, er der dog mulighed for, at kørsel af Gruppe 1-køretøjer alligevel kan tillades. Dette kræver påbegyndelse af en kørekortsag som beskrevet i kapitel 2.4, hvor der skal gennemføres en øjenlægeundersøgelse og en vejledende helbredsmæssig køretest.

Ved fremadskridende øjensygdom eller tiltagende synsfeltdefekt skal den behandlingsansvarlige læge være særligt opmærksom på at udstede kørselsforbud, når lægen opdager, at synskravene ikke længere er opfyldt.

#### 3.1.3 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

I forbindelse med udfyldelse af kørekortattesten skal lægen ved sin undersøgelse af synet særligt lægge vægt på synsstyrken, synsfeltet, synsevnen i mørke, følsomhed over for blænding og kontrastfølsomhed. Lægen skal også være opmærksom på dobbeltsyn og visse andre øjensygdomme, som kan bringe trafik- sikkerheden i fare. Der er ikke krav til farvesyn.

Det vil i en række sammenhænge være relevant, at der foreligger en aktuel undersøgelse og udtalelse fra en speciallæge i øjensygdomme om førerevnen.



## 3.2 Synsstyrke

### 3.2.1 Krav til synsstyrken

- **Gruppe 1**

Synsstyrken skal – eventuelt med korrigerende briller eller kontaktlinser – være på mindst 0,5 på de to øjne tilsammen (binokulære syn). Der er ingen øvre grænser for korrektionens styrke.

Blindhed eller svagtsynethed på det ene øje er tilladt, hvis det seende øje opfylder kravet om en synsstyrke på mindst 0,5, eventuelt med korrigerende briller eller kontaktlinser. Det kræver dog, at egen læge eller speciallæge i øjensygdomme vurderer, at denne tilstand har eksisteret så længe, at patienten har vænnet sig til det.

- **Gruppe 2**

Synsstyrken skal – eventuelt med korrigerende briller eller kontaktlinser – være på mindst 0,8 på det bedste øje og mindst 0,1 på det dårligste øje. Bruger patienten briller, må brillestyrken ikke overstige plus 8 dioptrier (korrektion for langsynethed), fordi større korrektion medfører ringformet synsfeltsudfald fra brillekanten. Patienten skal kunne tåle korrektionen godt. Der er ikke nogen begrænsning på brug af kontaktlinser.

Brug af indopererede linser er ikke sammenligneligt med brug af briller eller kontaktlinser, og der er ikke ovenstående begrænsninger ved brug af indopererede linser fraset situationer, hvor der også anvendes briller.

### 3.2.2 Lægeligt kørselsforbud

Såfremt patienten ikke opfylder kravene i de pågældende kørekortkategorier til synsstyrke, bør lægen som udgangspunkt udstede et lægeligt kørselsforbud.

For Gruppe 1-førere gælder, at et nyligt konstateret tilfælde af dobbeltsyn eller et så stort tab af synsevne på det ene øje, at vedkommende funktionelt er blevet enøjet, bør efterfølges af et kørselsforbud i en individuelt fastsat periode.

Før genoptagelse af kørsel skal kørekortet fornyes. Er tilstanden reversibel, kan det dog være tilstrækkeligt at udstede et lægeligt kørselsforbud, indtil tilstanden er normaliseret.

Fornyelse af kørekort sker ved, at der påbegyndes en kørekortsag som nærmere beskrevet i kapitel 2.4.

»Tvivl eller uenighed om føreregnetheden«. Kravene er nærmere beskrevet i nedenstående afsnit »Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort«. Dobbeltsyn vil som udgangspunkt ikke være foreneligt med kørsel med Gruppe 2-køretøjer, men må vurderes nøje i hvert enkelt tilfælde med henblik på at fastlægge dobbeltsynets beliggenhed og udstrækning og det binokulære synsfelt. Da der til Gruppe 2 kræves syn på begge øjne, er behandling med klap ikke tilstrækkelig for at få kørselsforbuddet ophævet.

Hvis en fører af et køretøj i Gruppe 2 får et alvorligt tab af synsevne på det ene øje, bør lægen sædvanligvis udstede et kørselsforbud i en periode, så patienten kan vænne sig til tilstanden. Denne periode skal fastsættes individuelt afhængigt af graden af synsevnetab. Jo større synsevnetab, jo længere tilvænningsperiode. Tilvænningsperioden vil sædvanligvis ikke være under tre måneder. Synsstyrkekravene for Gruppe 2 skal desuden være opfyldt, før kørselsforbuddet kan ophæves.

Der kan i visse tilfælde gøres undtagelser til kravene om synsstyrke til Gruppe 1. Det forudsætter, at der påbegyndes en kørekortsag som nærmere beskrevet i kapitel 2.4. »Tvivl eller uenighed om føreregneheden«. Kravene er nærmere beskrevet i nedenstående afsnit »Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort«.

Der er normalt ikke baggrund for at give et lægeligt kørselsforbud til personer med Gruppe 2-kørekort, som er enøjede, men som har et gyldigt kørekort udstedt i henhold til de regler, der var på udstedelsestidspunktet.

### **3.2.3 Undersøgelsesmetode**

Synsstyrken undersøges for hvert øje (monokulært) samt for begge øjne samtidig (binokulært). Bruger patienten briller eller kontaktlinser, skal lægen både undersøge og oplyse resultater med og uden korrektionen.

### **3.2.4 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Synsstyrkekravene skal være opfyldt. Der kan i ganske særlige tilfælde gøres undtagelser til kravene om synsstyrke, så en fører kan få udstedt, forny eller bevare kørekort til Gruppe 1-køretøjer, selvom ansøger ikke fuldt ud lever op til kravene for synsstyrke i denne gruppe. Det forudsætter, at der foreligger en udtalelse fra en speciallæge i øjensygdomme, som har konstateret, at der ikke er andre nedsættelser af synsfunktionen som eksempelvis nedsat synsfelt, blænding, nedsat kontrastfølsomhed og synsevne i tussmørke og på betingelse af, at ansøger har gennemført en vejledende helbredsmæssig køretest på tilfredsstillende vis.

Ved fremadskridende synsstyrketab bør der sædvanligvis anbefales et vilkår for kørekortet om individuelt fastsat tidsbegrænsning.

Ansøgere om kørekort til Gruppe 1-køretøjer med et nyligt konstateret tilfælde af dobbeltsyn eller tab af synsevne på det ene øje kan først genoptage kørsel/få udstedt kørekort efter en udtalelse fra egen læge eller speciallæge i øjensygdomme og på betingelse af, at ansøger gennemfører en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK) på tilfredsstillende vis. Der kan stilles vilkår for kørekortet om anvendelse af øjenklap.

Dobbeltsyn vil normalt ikke være forenelig med kørsel med Gruppe 2-køretøjer, men må vurderes nøje i hvert enkelt tilfælde med henblik på at fastlægge dobbeltsynets beliggenhed og udstrækning og det binokulære synsfelt. Da der til Gruppe 2 kræves syn på begge øjne, er behandling med klap ikke tilstrækkelig til udstedelse eller fornyelse af kørekort.

### **3.2.5 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Synsstyrken kan enten angives i kørekortattesten som en brøk eller som decimaltal ( $6/12 = 0,5$ ).

### 3.3 Synsfelt

#### 3.3.1 Krav til synsfeltet

Et normalt synsfelt er afgørende for at kunne orientere sig i trafikken. En fører af et motorkøretøj skal derfor have en vis evne til at opfatte, hvad der sker til højre og venstre samt opad og nedad, når blikket peger lige ud.

- **Gruppe 1**

Synsfeltet med et eller begge øjne skal i det vandrette plan have en udstrækning på mindst 120 grader. Derudover skal synsfeltet være mindst 50 grader til venstre og 50 grader til højre. I op- og nedadgående retning skal synsfeltet være 20 grader. Der må ikke være udfald inden for en radius af 20 grader fra det centrale synsfelt.

- **Gruppe 2**

Synsfeltet med begge øjne (det binokulære synsfelt) skal i det vandrette plan have en udstrækning på mindst 160 grader, og synsfeltet skal være mindst 70 grader til venstre og 70 grader til højre. I op- og nedadgående retning skal synsfeltet være 30 grader. Der må ikke være udfald inden for en radius af 30 grader fra det centrale synsfelt.

#### 3.3.2 Lægeligt kørselsforbud

Såfremt patienten ikke opfylder kravene til synsfeltet i de pågældende kørekortkategorier, bør lægen sædvanligvis udstede et lægeligt kørselsforbud. Kørselsforbuddet kan være midlertidigt eller permanent afhængigt af tilstandens karakter. Hvis lægen er i tvivl, bør patienten undersøges af en speciallæge i øjen- sygdomme, som skal vurdere patientens evne til at føre motorkøretøj på baggrund af ovennævnte krav til synsfeltet.

Der er dog visse undtagelsesmuligheder for Gruppe 1. For at vurdere om der kan gøres undtagelser, skal der foretages en vejledende helbreds-mæssig køretest (VHK). Der skal derfor påbegyndes en kørekortsag som nærmere beskrevet i kapitel 2.4. »Tvivl eller uenighed om føreregnetheden«.

Der er normalt ikke baggrund for at give et lægeligt kørselsforbud til personer med Gruppe 2-kørekort, som er enøjede og dermed ikke fuldt ud opfylder synsfeltskravene, men som har et gyldigt kørekort udstedt i henhold til de regler, der var gældende på udstedelsestidspunktet.

#### 3.3.3 Undersøgelsesmetode

Synsfeltets ydergrænse bestemmes med Donders metode i horisontalplanet, i vertikalplanet samt i skrå- meridianerne for at finde eventuelle kvadrant- eller hemianopsier (bortfald af dele af øjets synsfelt).

Ved anvendelse af andre undersøgelsesmetoder, som for eksempel perimetri og campimetri, gælder samme synsfeltgrænser som ved Donders metode. Såfremt der både foreligger resultater fra undersøgelse med Donders metode og perimetri, vil den mere nøjagtige perimetri eller campimetri sædvanligvis være gældende.

Synsfeltgrænserne refererer overalt til det binokulære synsfelt, og når der i praksis kun er syn på det ene øje, vil den fysiologiske blinde plet ikke være et udfald, der diskvalificerer til kørekort. Hvis undersøgelsen viser en synsfeltdefekt eller mistanke om synsfeltdefekt, bør der udføres en undersøgelse hos en speciallæge i øjensygdomme.

### **3.3.4 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Synsfeltkravene skal være opfyldt. Der kan i ganske særlige tilfælde gøres undtagelser til kravene om synsfelt, så en fører kan få udstedt, fornyet eller bevaret kørekort til Gruppe 1-køretøjer, selvom ansøger ikke fuldt ud lever op til kravene for synsfelt i denne gruppe. Det forudsætter, at der foreligger en udtalelse fra egen læge eller speciallæge i øjensygdomme, som har konstateret, at der ikke er andre nedsættelser af synsfunktionen som eksempelvis blænding, nedsat kontrastfølsomhed og synsevne i tussmørke og på betingelse af, at ansøger efterfølgende har gennemført en vejledende helbreds-mæssig køretest på tilfredsstillende vis.

Ved fremadskridende synsfeltindskrænkning bør der sædvanligvis anbefales et vilkår for kørekortet om individuelt fastsat tidsbegrænsning.

### **3.3.5 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Resultatet af undersøgelsen af synsfeltet skrives i kørekortattesten. Hvis der foreligger en synsfeltdefekt, og denne ikke er stationær, eller hvis egen læge er i tvivl, bør der foreligge en aktuel udtalelse fra en speciallæge i øjensygdomme, som beskriver, om ansøger opfylder synskravene. Det vil ofte være relevant at medsende udskrifter af digitale synsfeltundersøgelser.

## **3.4 Fremadskridende øjensygdom af betydning for synsevnen**

### **3.4.1 Generelle forhold**

De ovennævnte krav til synsstyrken og synsfeltet vil normalt være udgangspunktet ved vurderingen af de trafiksikkerhedsmæssige konsekvenser af en øjensygdom. Dette afsnit vedrører både Gruppe 1- og Gruppe 2-kørekort, og der må derfor i denne sammenhæng skelnes mellem de forskellige krav til syns- styrke og synsfelt til henholdsvis Gruppe 1 og 2.

Hvis lægen får oplysninger om, at patienten har en fremadskridende øjensygdom, som på sigt kan få betydning for evnen til at føre motorkøretøj på betryggende vis, skal lægen så vidt muligt sikre, at der bliver fulgt op på problemstillingen, så vedkommende ikke fortsætter kørsel, selv om synskravene ikke længere er opfyldt. Hvis lægen er i tvivl, om patienten opfylder synskravene, bør patienten undersøges af en speciallæge i øjensygdomme med henblik på en vurdering af, om kravene til at føre motorkøretøj er opfyldte, både på det pågældende tidspunkt og på længere sigt.

### **3.4.2 Lægeligt kørselsforbud**

Hvis en læge bliver opmærksom på, at en øjensygdom har en sådan karakter, at der er fare for trafiksikkerheden, bør lægen udstede et kørselsforbud. Dette er tilfældet, når kravene til synsstyrken og/eller syns- feltet til den relevante kørekortkategori ikke kan opfyldes.

Hvis lægen er i tvivl om, hvorvidt vurderingen af synskravene er opfyldt, bør patienten undersøges af en speciallæge i øjensygdomme, som skal vurdere patientens evne til at føre motorkøretøj.

### **3.4.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Hvis ansøgeren på undersøgelsestidspunktet opfylder synskravene, kan kørekortet udstedes til både motorkøretøjer i Gruppe 1 og Gruppe 2. Udstedelsen kan, afhængigt af sygdommens karakter, ske med et vilkår om individuelt fastsat tidsbegrænsning. Der bør i så fald sædvanligvis fastsættes en tidsbegrænsning, som tager udgangspunkt i den pågældende øjensygdom og sygdommens normale udvikling.

### **3.4.4 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Hvis der foreligger oplysninger om, eller undersøgelsen viser tegn på fremadskridende øjensygdom af betydning for synsevnen, bør kørekortattesten indeholde en aktuell vurdering fra egen læge eller en speciallæge i øjensygdomme om sygdommens forventede udvikling.

## **3.5 Nedsat kontrastfølsomhed, følsomhed over for blænding eller natteblindhed**

### **3.5.1 Generelle forhold**

Nedsat kontrastfølsomhed, følsomhed over for blænding, natteblindhed og dobbeltsyn kan være af trafiksikkerhedsmæssig betydning for førere af både små (Gruppe 1) og store køretøjer (Gruppe 2). Væsentlig nedsat mørkeadaptationsevne (natteblindhed) vil også i dagslystimerne kunne udgøre en trafiksikkerhedsmæssig risiko ved færdsel i områder uden dagslys, for eksempel i tunneller og parkeringskældre.

Der er kun fastsat specifikke krav til førere med kørekort til Gruppe 2, men symptomerne kan være så omfattende, at også kørsel med mindre køretøjer (Gruppe 1) kan være problematisk.

### **3.5.2 Lægeligt kørselsforbud**

Hvis en læge bliver opmærksom på, at en fører lider af nedsat kontrastfølsomhed, følsomhed over for blænding eller natteblindhed, skal lægen vurdere, om symptomerne er så udtalte, at der bør udstedes et kørselsforbud. Der er i kørekortbekendtgørelsen kun specifikke krav til Gruppe 2.

### **3.5.3 Undersøgelingsmetode**

Der findes ikke specifikke undersøgelsesmetoder, der kan dokumentere nedsat kontrastfølsomhed, følsomhed over for blænding eller natteblindhed. Diagnoserne, der sædvanligvis må stilles af en øjenlæge, må baseres på en konkret lægelig vurdering og undersøgelse samt sygehistorien. Da problemstillingerne ikke kan objektiviseres, er det i høj grad op til den enkelte fører selv at vurdere, om man lever op til færdselslovens § 54, stk. 2, som forpligter den enkelte til kun at køre, hvis man er i stand til det »på fuldt betryggende måde«.

### **3.5.4 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Hvis ansøgeren har så alvorlige symptomer, at kørsel ikke vurderes forsvarlig, kan kørekort ikke udstedes eller fornyes. Der er i henhold til kørekortbekendtgørelsen mulighed for at lave begrænsninger i kørekortet, så der kun må køres i dagtimerne.

### **3.5.5 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Ved udfyldelsen af kørekortattesten skal lægen kun nævne øjensygdomme af betydning for synsevnen. Diagnosen skal angives i kørekortattesten under supplerende oplysninger. Hvis der foreligger en udtalelse fra en speciallæge i øjensygdomme, bør denne vedlægges.

## **3.6 Hørelsen (B)**

### **3.6.1 Generelle forhold**

Der er ingen specifikke krav til hørelsen til hverken førere af Gruppe 1- eller Gruppe 2-køretøjer, men da manglende hørelse kan udgøre et trafikikkerhedsmæssigt problem, bør der være fokus på at optimere hørelsen.

### **3.6.2 Lægeligt kørselsforbud**

Der vil kun i helt særlige situationer være behov for et lægeligt kørselsforbud på grund af hørenedsættelse. Dette kan være i situationer, hvor der er andre samtidige helbredsforhold af betydning, for eksempel begyndende demens. Det vil ofte være relevant at rådgive førere med hørenedsættelse om brug af høreapparat.

### **3.6.3 Undersøgelsesmetode**

Begge ører prøves samtidigt i fire meters afstand. Hvis almindelig talestemme ikke kan forstås, bør det undersøges, om patienten med fordel kan anvende høreapparat.

### **3.6.4 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

- **Gruppe 1**

Der er ingen krav om høreevne til førere af køretøjer i Gruppe 1. Der kan ikke stilles vilkår i kørekortet om brug af høreapparat og sidespejle.

- **Gruppe 2**

Ved betydende hørenedsættelse skal førere i Gruppe 2 have en udtalelse fra egen læge eller en speciallæge i øre-næse-halssygdomme om graden af hørenedsættelse og dennes betydning for høreevnen. Lægen skal særligt udtale sig om, hvilke indretninger der bedst muligt kan kompensere for den ned- satte høreevne, eksempelvis brug af høreapparat eller spejle på køretøjet.

Brug af høreapparat og sidespejle vil på baggrund af lægeudtalelsen kunne stilles som vilkår for kørekort til Gruppe 2.

# 4 Neurologiske lidelser

---

## 4.1 Epilepsi og kramper (F1)

### 4.1.1 Generelle forhold

Epilepsianfald, der påvirker bevidstheden, og andre alvorlige bevidsthedsforstyrrelser udgør i sagens natur en betydelig risiko for trafiksikkerheden, hvis anfaldene indtræffer under kørsel.

Epileptiske anfald skyldes en forstyrrelse i hjernens elektriske aktivitet. Anfaldet kan starte et enkelt sted i hjernen (fokalt) og vil medføre psykiske eller sensoriske fænomener eller lokaliserede rykninger. Anfaldet kan blive generaliseret eller være generaliseret fra begyndelsen.

Diagnosen epilepsi defineres i kørekortsammenhænge som en situation, hvor der har været to eller flere epileptiske anfald indenfor en periode på fem år. Der er særlige regler for udstedelse og fornyelse af køre- kort, når ansøgeren har denne diagnose. Enkeltstående epileptiske og epilepsilignende anfald er omfattet af mindre restriktive regler.

Et provokeret epileptisk anfald defineres som et anfald, der åbenlyst skyldes en kendt årsag, og hvor det er muligt at undgå, at det sker igen. Definitionen skal tolkes restriktivt. Anfald efter søvnunderskud eller følger efter indtagelse af for eksempel alkohol anses i kørekortsammenhænge ikke som provokerede epileptiske anfald, da sådanne tilstande let kan opstå igen.

Det er ikke muligt at få udstedt eller fornyet et Gruppe 2-kørekort, hvis ansøger er i anfaldsforebyggende behandling.

### 4.1.2 Lægeligt kørselsforbud

#### 4.1.2.1 Gruppe 1

I følgende situationer bør der gives et lægeligt kørselsforbud:

1. Ved nydiagnosticeret epilepsi, som defineret i afsnittet »Generelle forhold«, bør lægen sædvanligvis udstede et kørselsforbud i mindst 12 måneder. Patienten skal have været anfaldsfri i hele den periode, der er kørselsforbud, før kørselsforbuddet kan ophæves.
2. Efter et epileptisk anfald hos en patient med kendt epilepsi, hvor patienten er i relevant behandling, bør lægen sædvanligvis udstede et kørselsforbud i mindst seks måneder.
3. Efter et enkeltstående, uprovokeret epileptisk anfald hos en patient uden kendt epilepsi, bør lægen give et kørselsforbud i sædvanligvis mindst seks måneder. I vurderingen må indgå, om der i anamnesen er nogen form for epilepsi-lignende symptomer, og om der er EEG-forandringer. Inden ophævelse af kørselsforbuddet bør der normalt ske en neurologisk speciallægevurdering.
4. Ved et enkeltstående, epilepsilignende anfald på grund af abstinens eller alkoholrelaterede kramper bør kørselsforbuddet være på 12 måneder. Patienten er endvidere omfattet af



reglerne beskrevet i kapitel 8.1. om alkoholmisbrug

5. Ved et enkeltstående, provokeret epileptisk anfald bør der udstedes kørselsforbud, indtil tilfældet er neurologisk udredt, og der er en aktuell udtalelse fra en speciallæge i neurologi eller neurokirurgi, der anbefaler ophævelse. Begrebet provokeret epileptisk anfald skal tolkes restriktivt som beskrevet i det generelle afsnit.
6. Ved epilepsi, som udelukkende er søvnrelateret, bør der udstedes kørselsforbud, indtil dette anfaldsmønster har strakt sig over mindst 12 måneder og er bekræftet ved lægelig udtalelse fra relevant speciallæge. Det vil ofte være relevant at forlænge observationsperioden.
7. Ved epilepsi, hvor en relevant speciallæge vurderer, at der hverken er påvirkning af bevidstheden eller nedsat funktionel evne, bør der udstedes kørselsforbud, indtil dette anfaldsmønster har været i mindst 12 måneder og er bekræftet ved udtalelse fra relevant speciallæge.
8. Under en lægekontrolleret udtrapning af anfaldsforebyggende behandling bør lægen udstede kørselsforbud i udtrappingsperioden og i mindst seks måneder efter afslutning af behandlingen (seponeringen). Ved nedtrapning eller ændring i den anfaldsforebyggende behandling kan et kørselsforbud være relevant i en periode afhængig af ændringens karakter.
9. Ved patientens egen seponering af anfaldsforebyggende behandling mod epilepsi må lægen oplyse patienten om, at der bør gå mindst 12 måneder uden symptomer, før kørslen må genoptages. Får patienten anfald, gælder der de samme regler som ved nydiagnosticeret epilepsi, hvor patienten ikke får anfaldsforebyggende behandling.
10. Ved psykogene eller funktionelle anfald (PENS) bør lægen sædvanligvis udstede kørselsforbud som ved genuine epileptiske anfald.
11. Efter et operativt indgreb til behandling af epilepsi bør lægen sædvanligvis udstede et kørselsforbud i mindst 12 måneder. Patienten skal have været anfaldsfri i hele den periode, der er kørselsforbud, før det kan ophæves.

#### 4.1.2.2 Gruppe 2

I følgende situationer bør der gives et lægeligt kørselsforbud:

1. Personer med Gruppe 2-kørekort med nydiagnosticeret epilepsi som defineret i afsnittet »Generelle forhold« bør have et kørselsforbud, der som udgangspunkt er på 10 år for Gruppe 2-køre-tøjer. Tilsvarende gælder for personer med kendt epilepsi, som får et epileptisk anfald. Inden ophævelse af kørselsforbuddet bør der være gennemført en neurologisk speciallægeundersøgelse, der skal vise normale forhold, og patienten må som udgangspunkt ikke have været i anfaldsforebyggende behandling de seneste 10 år. Der kan ske en reduktion i længden af kørselsforbuddet, såfremt der er gode prognoseindikatorer. Dette forudsætter, at der påbegyndes en køre-kortsag som nærmere beskrevet i kapitel 2.4. »Tvivl eller uenighed om føreregnetheden«. I praksis vil de fleste med Gruppe 2-kørekort skulle have det fornyet hver 5. år, og muligheden for genoptagelse af kørslen med Gruppe 2-køretøjer vil i den forbindelse blive vurderet.
2. Ved et enkeltstående, uprovokeret epileptisk anfald bør lægen udstede kørselsforbud i mindst fem år. For at kørselsforbuddet kan ophæves, må der i den femårige periode ikke være givet anfaldsforebyggende behandling, og en speciallæge i neurologi skal aktuelt anbefale en

ophævelse. Proceduren for eventuel forkortet observationsperiode er den samme som for epilepsi beskrevet ovenfor under 1).

3. Ved et enkeltstående, provokeret epileptisk anfald bør lægen udstede kørselsforbud, indtil tilfældet er neurologisk udredt, og der er en aktuel udtalelse fra en speciallæge i neurologi eller neurokirurgi, der anbefaler ophævelse. Ved Gruppe 2-kørekort skal de faglige grunde til at antage, at gentagelsesrisikoen er uvæsentlig, være meget veldokumenterede.
4. Ved andre tilfælde af anfald med tab af bevidsthed eller øget risiko for sådanne anfald bør lægen udstede kørselsforbud, indtil en speciallæge i neurologi har vurderet risikoen for gentagelse under kørsel, og det er vurderet, at risikoen for anfald er højst 2 % om året.

Der er stadig enkelte med epilepsi, som har et kørekort til Gruppe 2-kategorier, der ikke er udløbet. Hvis de i en længere årrække har været symptomfri og stabile på den anfaldsforebyggende behandling, og der ellers ikke vurderes at være nogen nærliggende fare, er der ikke noget krav om, at de skal have et lægeligt kørselsforbud.

### **4.1.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

#### **4.1.3.1 Gruppe 1**

Der gælder som udgangspunkt de samme principper som nævnt under »Lægeligt kørselsforbud«.

Hos ansøgere med kendt epilepsi, som defineret under »Generelle forhold«, må der som minimum ikke være forekommet epileptiske anfald indenfor de seneste 12 måneder.

For personer, der har haft et eller flere enkeltstående, uprovokerede epileptiske anfald, men som ikke opfylder ovennævnte definition på epilepsi, kan kørekort udstedes og fornyes efter seks måneder uden yderligere anfald. For førere, der har lidt af enkeltstående, provokerede epileptiske anfald, skal der foreligge en udtalelse fra speciallæge i neurologi eller neurokirurgi, før kørekort kan udstedes eller fornyes.

Sædvanligvis kan kørekort erhverves, fornyes og bevares, hvis epilepsien er velreguleret. Dette kan dokumenteres ved jævnlige lægeundersøgelser.

Ved nydiagnosticeret epilepsi, som defineret under »Generelle forhold«, bør der sædvanligvis have været en 12 måneders anfaldsfri periode, inden kørekort kan udstedes eller fornyes.

For ansøgere med epilepsi, som ikke har været og heller ikke sættes i behandling efter et epileptisk anfald, kan kørekort tidligt udstedes, fornyes eller bevares efter et år uden yderligere anfald.

#### **Vilkår om tidsbegrænsning**

Kørekort kan udstedes, fornyes og bevares til velbehandlede epilepsipatienter med vilkår om tidsbegrænsning.

Hvis der har været epileptiske anfald inden for de seneste to år anbefales sædvanligvis en tidsbegrænsning på to år. Hvis der er gået mellem to og fem år anbefales sædvanligvis en

tidsbegrænsning på tre år. Tidsbegrænsningen er begrundet i, at der derved bliver mulighed for at følge op på forløbet i de første år og sikre, at sygdommen er stabiliseret og dermed ikke udgør en væsentlig trafikikkerhedsmæssig risiko.

Efter fem års anfaldsfrihed kan kørekort udstedes eller fornyes uden særlig tidsbegrænsning, også selv om ansøgeren fortsat er i anfaldsforebyggende behandling.

### **Særlige epilepsiformer**

Rolandisk epilepsi i barnealderen giver næsten aldrig anfald hos den voksne, og der vil sædvanligvis kunne udstedes kørekort på almindelige betingelser.

Ved psykogene, ikke epileptiske anfald (PNES) bør lægen udstede kørselsforbud som ved genuine epileptiske anfald.

Epilepsi efter hjernebetændelse, absces i hjernen, kranietraume, benigne tumorer (også efter operation) eller i forbindelse med multipel sklerose skal behandles som almindelig symptomatisk epilepsi. For patienter med epilepsi i forbindelse med maligne hjernetumorer og andre progressive hjernesygdomme skal førerregnheden vurderes af en speciallæge i neurologi.

### **Kramper i forbindelse med akutte cerebrale tilstande**

Kramper, der alene opstår i direkte relation til et akut hovedtraume, akut intrakraniell infektion eller apopleksi, og hvor anfaldet ikke gentager sig, er ikke nødvendigvis tegn på epilepsi. Der bør i disse tilfælde sædvanligvis foreligge en neurologisk udredning af krampetilfældet.

### **Ophør og ændring af anfaldsforebyggende behandling**

Når anfaldsforebyggende behandling trappes ud med henblik på at afslutte behandlingen (seponering) (efter lægelig vurdering), bør ansøgeren sædvanligvis ikke føre motorkøretøj i udtrappingsperioden og i mindst seks måneder efter behandlingens afslutning. Kørekort kan herefter udstedes uden særlige vilkår.

Ved nedtrapping eller ændring i den anfaldsforebyggende behandling, hvor lægen har udstedt et kørselsforbud, kan kørekort først udstedes og fornyes efter udløbet af den kørselsfri periode.

En patient, som uden samråd med en læge afslutter anfaldsforebyggende behandling, vil sædvanligvis tidligst kunne få udstedt eller fornyet kørekort 12 måneder efter ophør med den anfaldsforebyggende behandling. Ved anfald efter egen seponering bør kravene for nydiagnosticeret epilepsi følges.

### **Abstinenskramper og alkoholrelaterede kramper**

Kørekort bør sædvanligvis først udstedes eller fornyes efter en periode på 12 måneders symptomfrihed, når en ansøger har haft abstinenskramper eller alkoholrelaterede kramper.

Når der har været alkoholrelaterede kramper, foreligger der per definition alkoholafhængighed, og vedkommende vil derfor være omfattet af reglerne beskrevet i [kapitel 8.1. om alkoholmisbrug](#).

### **Vilkår om tidsbegrænsning**

Når ovenstående periode er gået, og der ikke har været yderligere anfald, vil der sædvanligvis kunne udstedes kørekort med et vilkår om tidsbegrænsning på to år. Hvis der ikke forekommer yderligere anfald/misbrug i løbet af de to år, kan kørekortet sædvanligvis udstedes uden særlig tidsbegrænsning.

#### **4.1.3.2 Gruppe 2**

Som udgangspunkt kan ansøgere/førere med epilepsi ikke få udstedt eller fornyet kørekort, før der er gået mindst 10 år uden epileptiske anfald. Der må i denne periode heller ikke have været behandlet med anfaldsforebyggende medicin.

Der kan ske en reduktion i længden af kørselsforbuddet, såfremt der er gode prognoseindikatorer. Der bør foreligge en neurologisk speciallægeudtalelse med følgende oplysninger:

- Tidspunkt for sidste anfald
- Type af anfald
- Eventuelle omstændigheder ved anfaldet
- Anfaldsforebyggende behandling
- Vurdering af risici for nye anfald
- Særlige undersøgelser som EEG og cerebral CT/MR

I den neurologiske udtalelse bør der være en vurdering af den årlige procentvise risiko for anfald med følgende gradering:

- Lav årlig risiko for nyt anfald betyder mindre end 20 % årlig risiko
- Meget lav årlig risiko for nyt anfald betyder mindre end 2 % årlig risiko.

#### **Et eller flere enkeltstående, ikke alkoholrelaterede krampeanfald**

Hvis en ansøger af køretøj i Gruppe 2 har haft et eller flere enkeltstående, ikke alkoholrelaterede krampeanfald, med mere end fem år imellem, kan kørekort først udstedes eller fornyes, når der har været fem års symptomfri observation. Der må ikke være blevet behandlet med anfaldsforebyggende medicin i observationsperioden. Der bør desuden foreligge en aktuel udtalelse fra en speciallæge i neurologi samt et aktuelt EEG, og den neurologiske undersøgelse må ikke have påvist en mulig organisk årsag til anfaldet.

#### **Abstinenskramper og alkoholrelaterede kramper**

En ansøger bør sædvanligvis have haft mindst to års symptomfrihed før ansøgning eller genansøgning. Derudover skal en speciallæge i neurologi have vurderet, at risikoen for gentagelse højst er 2 % om året, før kørekort kan udstedes/fornyas.

Når der har været alkoholrelaterede kramper, foreligger der per definition egentlig alkoholafhængighed, og vedkommende vil derfor endvidere være omfattet af reglerne beskrevet i kapitel 8.1. om alkoholmisbrug.

### Vilkår om tidsbegrænsning

Når ovenstående periode er gået, og der ikke har været yderligere anfald, bør der udstedes kørekort med et vilkår om tidsbegrænsning på to år. Hvis der ikke forekommer yderligere anfald/misbrug i løbet af de to år, vil kørekort kunne udstedes og fornyes uden særlig tidsbegrænsning.

## 4.2 Synkoper (besvimelse) og andre bevidsthedsforstyrrelser (F2)

### 4.2.1 Generelle forhold

En synkope (lipothymi) er defineret som et forbigående, selvbegrænsende og kortvarigt tab af bevidsthed og muskeltonus (muskelspænding) på grund af cirkulationssvigt til hjernen. Trækninger i ekstremiteter (arme og ben) kan forekomme. Bevidstheden bliver hurtigt genvundet (sekunder-minutter), spontant og fuldstændigt. Synkoper kan forekomme varslet, uvarslet eller situationsbestemt.

- Varslet synkope:

Det er sjældent, at en person får et så tilstrækkeligt langt forvarsel i form af eksempelvis kvalme eller utilpashedsfølelse, at vedkommende når at sætte sig eller lægge sig, inden synkopen sker.

- Uvarslet synkope:

Uventet, pludseligt indsættende begivenhed, som kan give personskade, for eksempel sår, brud eller hjernerystelse. Den kan også optræde under højrisikoaktiviteter som for eksempel kørsel med motorkøretøj.

- Situationsbestemt synkope:

Opstår i en veldefineret situation. Den optræder aldrig under højrisikoaktiviteter og medfører sjældent personskade.

Det er ikke altid muligt at adskille de forskellige former for synkoper, men det er vigtigt for vurderingen af en patients føreregnetthed og må foretages på baggrund af sygehistorien og de øvrige symptomer. Det samme er tilfældet for afklaringen af, hvorvidt der er tale om en synkope med trækninger (konvulsiv) eller et epileptisk anfald.

Dette kapitel om synkoper (besvimelse) og andre bevidsthedsforstyrrelser handler om en uensartet gruppe af symptomer og tilstande, som ikke umiddelbart kan indplaceres under nogle af de andre, mere veldefinerede sygdomme som epilepsi og hjertesygdom, som behandles i henholdsvis kapitel 4.1 og kapitel 5. I kapitlet indgår også diagnosen »dropattaks« med og uden bevidsthedstab.

#### 4.2.2 Lægeligt kørselsforbud

De fleste synkoptilfælde med kardiovaskulær årsag kan påvises og behandles ud fra sygehistorie og undersøgelse. De resterende tilfælde kan groft opdeles i fem typer, som angivet i den følgende tabel.

Type 1 og 2 udgør omkring halvdelen. Type 4 udgør mindre end 10 %.

Typer af synkoper	Gruppe 1-kategorier	Gruppe 2-kategorier
<p>1. Refleks vasovagal synkope mv.</p> <p>Veldefinerede provokerende faktorer, der vides at kunne medføre vasovagal synkope og med prodromer (varslet synkope). Det er usandsynligt, at synkopen vil optræde i siddende eller i liggende stilling. (Se også tekst).</p>	<p>Sædvanligvis ikke anbefaling af kørselsforbud eller observationsperiode.</p> <p>Ved gentagne anfald inden for 12 måneder bør lægen sædvanligvis udstede tre måneders kørselsforbud, hvor patienten skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages. (Se også tekst).</p>	<p>Sædvanligvis ikke anbefaling af kørselsforbud eller observationsperiode.</p> <p>Ved gentagne anfald inden for 12 måneder bør lægen sædvanligvis udstede seks måneders kørselsforbud, hvor patienten skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages. (Se også tekst).</p>
<p>2. Lipothymi/tab af eller ændret bevidsthed</p> <p>Enkeltstående, uforklaret synkope, hvor der er meget stor sandsynlighed for en refleks vasovagal synkope.</p> <p>Synkopen må ikke optræde under kørsel eller i siddende eller i liggende stilling, og der må ikke være personskade,</p> <p>Der må ikke være tegn på hjertesygdom, og EKG skal være normalt.</p> <p>Der må ikke være tegn på neurologisk sygdom. (Se også tekst).</p>	<p>Sædvanligvis kun anbefaling af tre måneders kørselsforbud eller observationsperiode i tvivlstilfælde/utilstrækkelige oplysninger.</p> <p>Ved gentagne anfald inden for 12 måneder bør lægen sædvanligvis udstede tre måneders kørselsforbud, hvor patienten skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages. (Se også tekst).</p>	<p>Sædvanligvis anbefaling af mindst tre måneders symptomfri kørselsforbud eller observationsperiode.</p> <p>Ved gentagne anfald inden for 12 måneder bør lægen sædvanligvis udstede seks måneders kørselsforbud, hvor patienten skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages. (Se også tekst).</p>
<p>3. Lipothymi/tab af eller ændret bevidsthed</p> <p>Klinisk mistanke om kardiovaskulær årsag (dvs. ikke 1 eller 2).</p>	<p>Hvis årsagen ikke kan findes, bør lægen sædvanligvis udstede 12 måneders kørselsforbud, hvor patienten skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages. (Se også tekst).</p>	<p>Hvis årsagen ikke kan findes, bør lægen sædvanligvis udstede 12 måneders kørselsforbud, hvor patienten skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages. (Se også tekst).</p>

<p>Risikofaktorer er f.eks.:</p> <p>personskade, optræder under kørsel eller i siddende eller i liggende stilling og/eller flere tilfælde indenfor det sidste år.</p> <p>Kardiologisk speciallægeudtalelse vil være nødvendig.</p>		
<p>4. Lipothymi/tab af eller ændret bevidsthed med indikation på anfald af epileptisk art.</p> <p>Der er stærk klinisk mistanke om anfald af epileptisk art, men uden sikkert bevis herfor.</p> <p>Risikofaktorer er for eksempel:</p> <p>Bevidstløshed over fem minutter, amnesi over fem minutter, tungebid, urinafgang, postictal reorienteringsfase eller hovedpine.</p> <p>Neurologisk speciallægeudtalelse vil være nødvendig.</p>	<p>Sædvanligvis bør lægen udstede mindst 12 måneders kørselsforbud, hvor patienten skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages. (Se også tekst).</p>	<p>Lægen bør udstede mindst fem års kørselsforbud, hvor patienten skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages. (Se også tekst).</p>
<p>5. Lipothymi/tab af eller ændret bevidsthed uden klinisk forklaring.</p> <p>Der er foretaget relevant neurologisk og kardiologisk undersøgelser og vurdering, uden der er fundet forklarende abnorme forhold.</p>	<p>Sædvanligvis bør lægen udstede mindst 12 måneders kørselsforbud, hvor patienten skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages. (Se også tekst).</p>	<p>Sædvanligvis bør lægen udstede mindst 12 måneders kørselsforbud, hvor patienten skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages. (Se også tekst).</p>
<p><i>Oversigt over kørselsforbud ved forskellige tilstande med bevidsthedsforstyrrelser. Se i øvrigt teksten.</i></p>		

#### 4.2.2.1 Gruppe 1

Refleks vasovagale synkoper (almindelig besvimelse), situationssynkoper og synkope i forbindelse med akut sygdom, forårsaget af veldefinerede provokerede faktorer, med eller uden prodromer (varslet/uvarslet) bør sædvanligvis ikke udløse kørselsforbud. Ved gentagne anfald inden for 12 måneder bør der dog udstedes et kørselsforbud i tre måneder, og patienten skal have været symptomfri i denne periode, før kørselsforbuddet kan ophæves.

Ved enkeltstående, uforklarede synkoper, hvor refleks vasovagal synkope mistænkes, anbefales i tvivls- tilfælde tre måneders kørselsforbud. Dette er også tilfældet, hvis der foreligger utilstrækkelige oplysninger.

#### 4.2.2.2 Gruppe 2

Der bør gives kørselsforbud, indtil risikoen for gentagelse af synkopen er højst 2 % om året.

Ved refleks vasovagale synkoper gælder det samme som ved Gruppe 1. Ved gentagne anfald inden for 12 måneder bør der dog udstedes et kørselsforbud i seks måneder, og patienten skal have været symptom- fri i denne periode, før kørselsforbuddet kan ophæves.

Ved enkeltstående, uforklarede synkoper, hvor der er stor sandsynlighed for refleks vasovagal årsag, bør der udstedes mindst tre måneders kørselsforbud. Hvis der har været gentagne anfald, bør kørselsfor- buddet være seks måneder. Først når patienten har været symptomfri i henholdsvis tre og seks måneder, kan kørselsforbuddet ophæves.

Hvis der er mistanke om, at synkoperne har en kardiologisk årsag, bør der gives et kørselsforbud på mindst 12 måneder. Det er desuden sædvanligvis nødvendigt, at der bliver indhentet en vurdering fra en speciallæge i kardiologi.

Ved synkoper af epileptisk art, som må anses for at være omfattet af reglerne om epilepsi, bør lægen udstede et kørselsforbud i mindst fem år (se kapitel 4.1 om "Epilepsi og kramper").

Hvis der ikke er nogen klinisk forklaring på synkopen, og der er foretaget både kardiologisk og neurologisk udredning, bør kørselsforbuddet være på mindst 12 måneder. Patienten bør således have været symptomfri i 12 måneder, og en speciallæge i neurologi bør have vurderet, at risikoen for gentagelse er højst 2 % om året, før kørselsforbuddet kan ophæves.

**For både gruppe 1 og 2 gælder det**, at der ved gentagne synkoper bør gives et kørselsforbud, som er forlænget op til dobbelt længde.

#### 4.2.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

**Gruppe 1 og 2:** Ved synkoper, hvor der er mistanke om kardiovaskulær årsag, bør der være en 12 måneders symptomfri observationsperiode inden førstegangserhvervelse af kørekort. Ved generhvervelse af kørekort bør den symptomfri observationsperiode være på seks måneder. Hvis der ikke er fundet en årsag til synkopen, bør der have været mindst 12 måneders symptomfri observationsperiode, før kørekort kan udstedes. Det vil desuden sædvanligvis være nødvendigt med en udtalelse fra en speciallæge i kardiologi.

Ved synkoper af epileptisk art, men uden sikkert bevis herfor, bør der ved førstegangserhvervelse af kørekort være en 12 måneders symptomfri observationsperiode. Ved generhvervelse af kørekort bør den symptomfri observationsperiode være på seks måneder. Det vil desuden sædvanligvis være nødvendigt med en udtalelse fra en speciallæge i neurologi.

Ved synkoper uden klinisk forklaring, hvor der er foretaget både kardiologisk og neurologisk udredning, bør der have været 12 måneders symptomfri observationsperiode.



#### **4.2.3.1 Vilkår om tidsbegrænsning**

Hvis der er risiko for, at sygdommen forværres, bør kørekortet udstedes, fornyes eller bevares med vilkår om individuelt fastsat tidsbegrænsning.

Efter endt kørselsforbud uden yderligere anfald bør der sædvanligvis fastsættes en tidsbegrænsning på to år. Dette giver mulighed for opfølgning. Det kan være særligt relevant i denne sammenhæng, da diagnosen ofte er forbundet med en vis usikkerhed.

#### **4.2.3.2 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Ved mistanke om synkoper med kardiovaskulær årsag bør der foreligge en udtalelse fra en speciallæge i kardiologi.

Ved mistanke om synkoper af epileptisk art bør der foreligge en udtalelse fra en speciallæge i neurologi.

Ved synkoper uden klinisk forklaring bør der foreligge dokumentation for, at der har været udredning hos både kardiologisk og neurologisk speciallæge.

### **4.3 Søvn- og vågenhedsforstyrrelser (J)**

#### **4.3.1 Obstruktivt søvnapnøsyndrom**

##### **4.3.1.1 Generelle forhold**

Obstruktivt SøvnApnø Syndrom (OSAS) kendetegnes ved apnø og hypopnø (vejrtrækningspauser – enten helt eller delvist) om natten og medfører blandt andet ofte dagtræthed og/eller søvnanfald om dagen. Personer, der lider af ubehandlet søvnapnøsyndrom, har en betydelig øget risiko for involvering i trafik-ulykker.

Sværhedsgraden af søvnapnø fastsættes ved en søvnundersøgelse, hvor antallet af vejrtrækningspauser/ nedsatte vejrtrækninger (Apnø-Hypopnø-Index (AHI)) bliver målt. Der er tale om moderat (middelsvær) grad af søvnapnø, når AHI er 15-29 og svært obstruktivt søvnapnøsyndrom, når AHI er på 30 eller mere. Ikke alle med søvnapnø oplever dagtræthed, og de kan have søgt læge og dermed fået diagnosen på grund af andre dominerende symptomer, for eksempel snorken.

Den mest almindelige behandling af søvnapnø er simpel, men normalt kun virksom ved korrekt og fast natlig behandling. Det er derfor ofte nødvendigt med vedvarende og livslang kontrol hos en speciallæge.

##### **4.3.1.2 Lægeligt kørselsforbud**

Der bør gives et lægeligt kørselsforbud ved moderat eller svært obstruktivt søvnapnøsyndrom, så længe patienten ikke har tilstrækkelig kontrol over lidelsen og derfor lider af udtalt dagtræthed med risiko for at være ukoncentreret eller falde i søvn under kørslen. I vurderingen af, om der bør udstedes

et kørselsforbud, bør lægen inddrage, hvilken kørekortkategori der er tale om, og om der er tale om erhvervsmæssig personbefordring, samt i hvilket omfang patienten kører.

Ved mistanke om moderat eller svært obstruktivt søvnapnøsyndrom med udtalt dagtræthed bør der gives et kørselsforbud, indtil diagnosen er blevet bekræftet eller afkræftet, eventuel behandling er iværksat, og tilstanden er bedret så meget, at kørsel vurderes at kunne foregå på betryggende måde.

#### **4.3.1.3 Undersøgelsesmetoder**

Ved en søvnundersøgelse kan antallet af vejtrækningspauser/nedsatte vejtrækninger (Apnø-Hypopnø- Index (AHI)) måles ret præcist og reproducerbart. Der findes derimod ikke veldokumenterede objektive metoder til vurdering af, i hvilken grad patienten har dagtræthed, og i hvilket omfang dette udgør en trafiksikkerhedsmæssig risiko.

Dagtræthed kan subjektivt kvantificeres ved blandt andet Epworth Sleepiness Scale (ESS). ESS score over 15 ses typisk ved obstruktivt søvnapnøsyndrom i middel til svær grad.

#### **4.3.1.4 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

En ansøger, som lider af moderat eller svært obstruktivt søvnapnøsyndrom, som ubehandlet medfører udtalt dagtræthed, kan få udstedt og fornyet kørekort, hvis det i en lægeudtalelse er dokumenteret, at den pågældende har en tilstrækkelig kontrol over lidelsen, følger en passende behandling, og det er vurderet, at ansøgeren kan køre sikkert.

I vurderingen af den trafiksikkerhedsmæssige risiko må den behandlingsansvarlige læge tage hensyn til, hvilke kørekortkategorier den pågældende har kørekort til. Et søvnapnøsyndrom kan have langt større betydning for en chauffør, som kører en hel arbejdsdag sammenlignet med en person, som kun sporadisk kører personbil.

#### **Vilkår om tidsbegrænsning**

- Kørekort til Gruppe 1 kan udstedes med en tidsbegrænsning på op til maksimalt tre år
- Kørekort til Gruppe 2 kan udstedes med en tidsbegrænsning på et år

Ansøgere/førere, som har søvnapnø, men ubehandlet ikke lider af udtalt dagtræthed, kan få udstedt og fornyet kørekort til alle kategorier uden særlige vilkår.

Såfremt der ikke foreligger lægelige oplysninger om graden af dagtræthed ved ubehandlet søvnapnø, må der indhentes oplysninger om dette fra lægen. Såfremt lægen ikke kan bekræfte oplysninger om dette forhold, er der sædvanligvis ikke baggrund for at give en særlig tidsbegrænsning.

#### **4.3.1.5 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Ved ansøgning om udstedelse, fornyelse, udvidelse eller generhvervelse af kørekort, skal lægen udfylde en kørekortattest med detaljeret udfyldelse af attestens punkt J, »Anden sygdom eller andre helbreds-mæssige forhold herunder søvnapnø«.

I rubrikken »Supplerende oplysninger« i kørekortattesten skal lægen oplyse, om ansøgeren har tilstrækkelig kontrol over lidelsen, følger en passende behandling, og at det er vurderet, at ansøgeren kan køre sikkert. Det skal desuden oplyses, om tilstanden ubehandlet medfører udtalt dagtræthed. Der må i vurderingen tages hensyn til, hvilke kategorier ansøgeren har eller ønsker kørekort til, og hvor meget vedkommende kører. Der må endvidere indgå oplysninger om, hvorvidt tilstanden ubehandlet medfører udtalt dagtræthed.

## **4.3.2 Narkolepsi**

### **4.3.2.1 Generelle forhold**

Narkolepsi er en sjælden sygdom, hvor man pludselig får en uimodståelig trang til at sove. Folk kan falde i søvn midt i en samtale eller anden aktivitet. Udover søvntrangen er narkolepsi kendt for anfald, alle muskler slappes, så man pludselig kan falde sammen. Der findes flere former for narkolepsi. Ubehandlet narkolepsi udgør en stor fare for trafiksikkerheden, som kan sidestilles med risikoen ved epilepsi.

### **4.3.2.2 Lægeligt kørselsforbud**

Hvis patienten har søvnanfald eller ikke er i stabil behandling, bør der udstedes et lægeligt kørselsforbud, indtil behandlingen er velkontrolleret. Patienten bør være symptomfri i en længere periode, typisk tre måneder, før kørslen af Gruppe 1-køretøjer kan genoptages.

For førere af Gruppe 2-køretøjer kan det være nødvendigt at gøre kørselsforbuddet permanent på grund af de særlige risici, der er ved at føre disse køretøjer. Der kan dog gøres undtagelser i helt særlige situationer, hvor de behandlingsmæssige resultater er gode og normaliserer tilstanden.

### **4.3.2.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Kørekort kan udstedes til ansøgere/førere af Gruppe 1-køretøjer, hvis ansøgeren er i stabil behandling og har været symptomfri i mindst tre måneder. Kørekortet udstedes sædvanligvis med et vilkår om tidsbegrænsning på to år.

I de helt særlige situationer, hvor de behandlingsmæssige resultater er gode og normaliserer tilstanden, kan kørekortet udstedes til Gruppe 2-kategorier med et vilkår om tidsbegrænsning på sædvanligvis to år.

Tidsbegrænsningerne har til formål at sikre opfølgning på de særlige trafiksikkerhedsmæssige risici, der er forbundet med denne sygdom.

### **4.3.2.4 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Der bør foreligge aktuelle journaloplysninger eller en aktuel udtalelse fra en speciallæge i neurologi med oplysning om, hvilken behandling der gives, og hvorvidt ansøgeren er fri for søvnanfald efter tre måneders stabil behandling.

## 4.4 Andre neurologiske sygdomme (F3)

### 4.4.1 Generelle forhold

Dette kapitel omhandler en række specifikke neurologiske sygdomme, som kan medføre fysiske og kognitive symptomer af trafikikkerhedsmæssig betydning som for eksempel multipel sklerose og andre progressive neurologiske sygdomme, parkinsonisme, cerebrale aneurismer og Menières sygdom.

### 4.4.2 Lægeligt kørselsforbud

Der bør som udgangspunkt udstedes et lægeligt kørselsforbud ved kognitiv eller fysisk påvirkning af funktionsevnen (eksempelvis svimmelhed, balance- eller bevægeapparatsproblemer), hvis det bliver vurderet, at tilstanden medfører en risiko for trafikikkerheden.

Ved multipel sklerose, Parkinsons sygdom, dystrofia myotonika og andre progressive neurologiske sygdomme, skal spørgsmålet om føreregnetheden vurderes ud fra det samlede symptombilledes fysiske, sansemæssige og kognitive dysfunktioner. Hvis patienten har nedsat funktionsevne, kan der være behov for at starte en kørekortsag som nærmere beskrevet i kapitel 2.4. Sagen vil herefter blive forelagt en bilinspektør med henblik på, at der eventuelt vil blive stillet krav om specialindretning af køretøjet. Der kan også være behov for en vejledende helbredsundersøgelse (VHK), hvis der er symptomer på kognitiv påvirkning, som i så fald bør beskrives bedst muligt i den kørekortattest, der skal udfyldes ved start af kørekortsagen.

Ved aktiv Menières sygdom med uvarslede anfald af svimmelhed og balanceforstyrrelser bør der sædvanligvis gives et lægeligt kørselsforbud til førere af Gruppe 1-køretøjer, indtil tilstanden er stabiliseret, og lægen vurderer, at risikoen for pludseligt indsættende anfald under kørsel er minimal. For førere med kørekort til Gruppe 2 bør der gå mindst 12 måneder siden sidste anfald, før kørslen kan genoptages, dog 24 måneder for erhverv D1 og D (erhvervsmæssig personbefordring med bus).

Ved nyopdagede cerebrale aneurismer (pulsåreudvidelse i hjernen) bør der udstedes et kørselsforbud, indtil udredning og eventuel behandling er gennemført, og der ikke er væsentlige mén, der vil kunne have betydning for førerevnen. Såfremt det ikke er muligt at behandle tilstanden, må det vurderes individuelt, om risikoen for trafikikkerheden er acceptabel. Der bør være en lav årlig risiko for nyt anfald, hvilket i denne sammenhæng betyder mindre end 20 % årlig risiko. Ved kørsel med Gruppe 2-køretøjer accepteres dog kun en meget lav årlig risiko for nyt anfald, hvilket i denne sammenhæng betyder mindre end 2 % årlig risiko.

Ved episoder med svimmelhed og andre symptomer på grund af neuritis vestibularis (virus på balance-nerven), benign paroxysmal positions vertigo (BPPV – godartet anfaldsvis stillingsafhængig svimmelhed) samt migræne er der sædvanligvis ikke behov for et egentlig lægeligt kørselsforbud. Lægen bør altid gøre patienten opmærksom på færdselslovens § 54, stk. 2, som præciserer, at man ikke må føre motorkøretøj, hvis man på grund af sygdom m.v. er »ude af stand til at føre køretøjet på fuldt betryggende måde«.

#### **4.4.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Hvis ansøgeren har nedsat funktionsevne, bør der udover en neurologisk speciallægevurdering også være en vurdering fra en bilinspektør af ansøgerens føreregnet. Hvis bilinspektøren vurderer, at ansøgeren er føreregnet, bør der sædvanligvis gives et vilkår for kørekortet om tidsbegrænsning på to år. Hvis tilstanden er stabil, eller der er meget langsom udvikling i tilstanden, kan der gives et vilkår om tidsbegrænsning på op til fem år.

Ved svær Tourettes syndrom bør der indhentes en vurdering fra en speciallæge i neurologi. Hvis der er tale om en let form af sygdommen, er der ikke behov for, at kørekortet udstedes med vilkår om tidsbegrænsning.

Ved svimmelhed som Menières sygdom, neuritis vestibularis (virus på balancenerven), benign paroxysmal positions vertigo (BPPV – godartet anfaldsvis stillingsafhængig svimmelhed) samt migræne er der heller ikke noget behov for at udstede kørekort med vilkår om tidsbegrænsning.

Ved cerebrale aneurismer, hvor behandlingen er overstået, og der ikke er mén, skal der heller ikke gives vilkår om tidsbegrænsning.

##### **4.4.3.1 Vilkår for kørekortet**

I tilfælde hvor ansøgeren har nedsat funktionsevne, kan der stilles vilkår om særlig indretning af køretøjet.

##### **4.4.3.2 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Lægen skal udfylde kørekortattesten med en beskrivelse af tilstanden og ansøgerens føreregnet. I de fleste tilfælde vil der være behov for en udtalelse fra en speciallæge i neurologi. I sværere tilfælde af multipel sklerose og Parkinsons sygdom bør der foreligge en aktuel neuropsykologisk undersøgelse.

# 5 Hjerter- og karsygdomme (D)

---

## 5.1 Hjertesygdomme

### 5.1.1 Generelle forhold

Dette kapitel gælder fra den 1. januar 2018.

Hvis en fører af motorkøretøj har en sygdom i hjerte- eller kredsløbssystemet, er det mest afgørende at vurdere, om tilstanden kan forårsage pludselige bevidsthedsvigt og/eller andre svigt, som påvirker evnen til at køre bil. Desuden skal det vurderes, om der er en øget risiko for pludselige smerter, da dette også kan udgøre en trafikikkerhedsmæssig risiko.

Generelt er kravene til førere af køretøjer i Gruppe 2 væsentligt større end til køretøjer i Gruppe 1. Førere af store køretøjer bruger ofte køretøjet erhvervsmæssigt og tilbringer derfor længere tid bag rattet, hvilket øger risikoen for ulykker. Konsekvenserne af ulykker med store køretøjer kan også være meget alvorligere sammenlignet med små køretøjer. Der bør være særlig opmærksomhed på førere, som har stort kørekort til bus med passagerer (Erhverv D).

Overordnet set er kørsel ikke acceptabel ved alvorlige forstyrrelser i hjerterytmen eller hos førere, der lider af angina pectoris (hjertekrampe), som opstår i hvile eller ved sindsbevægelse. Ved en række andre specifikke tilstande nævnt i nedenstående afsnit skal der ske en konkret vurdering af risikoen under hen- syntagen til, hvilke kørekortgrupper der er tale om.

Der er opstillet en række absolutte kontraindikationer for kørsel for henholdsvis Gruppe 1 og 2 samt en række andre tilstande, hvor der er relative kontraindikationer, og hvor der er brug for en konkret lægefaglig vurdering.

Ved betegnelsen NYHA klasse I – IV menes New York Heart Associations klassifikation af hjertesvigt. Der anvendes følgende fire kategorier:

NYHA funktionsklasse I	Ingen symptomer ved almindelig aktivitet
NYHA funktionsklasse II	Dyspnø og træthed ved moderat fysisk aktivitet, f.eks. trappegang
NYHA funktionsklasse III	Dyspnø og træthed ved let fysisk aktivitet som almindelig gang
NYHA funktionsklasse IV	Dyspnø og træthed i hvile eller ved enhver fysisk aktivitet

### 5.1.2 Lægeligt kørselsforbud

**Som udgangspunkt skal alle nydiagnosticerede hjerteproblemer udløse et lægeligt kørselsforbud.**

Kørselsforbuddet kan dog ofte hurtigt ophæves igen, når sygdommen er vurderet og behandlet, og der sker den nødvendige opfølgning. Det er afgørende at vurdere risikoen for pludselige,

invaliderende hændelser og sandsynligheden for forværring i sygdommen samt at tage højde for prognosen af sygdommen.

I nedenstående afsnit skelnes der imellem, hvornår der bør være permanent kørselsforbud, og hvornår der kan være tale om et midlertidigt kørselsforbud. Desuden er der anført en række forhold, som skal indgå i vurderingen af de enkelte diagnoser.

#### 5.1.2.1 Permanent kørselsforbud

En række hjertesygdomme er så alvorlige, at patienten fremover ikke må føre motorkøretøj. Der må der- for gives et permanent lægeligt kørselsforbud. Hjertesygdommene opdeles nedenfor i tre grupper: A, som gælder for alle kørekortkategorier (Gruppe 1 og 2), B, som gælder for Gruppe 1, og C, som gælder for Gruppe 2. Som nævnt er der væsentligt større krav til Gruppe 2.

#### A: Hjerter- og karsygdomme, der bør medføre permanent kørselsforbud i både Gruppe 1 og 2:

- Perifer vaskulær sygdom
  - Aortaaneurisme (både thorakalt og abdominalt), når aortas maksimale diameter er af en sådan størrelse, at der er alvorlig risiko for pludselig ruptur og således en pludselig invaliderende hændelse. For at opretholde kørekort til Gruppe 1 skal en specialist på området have vurderet, at den årlige rupturrisiko er under ca. 10 %, hvilket svarer til en aortadiameter på under 6,5 cm. For Gruppe 2 skal den årlige rupturrisiko være under ca. 5 % svarende til en aortadiameter på under 5,5 cm.
- Brugadas syndrom, hvor der har været synkope (besvimelse) eller afværget pludselig hjertedød.

#### B: Hjerter- og karsygdomme, der medfører permanent kørselsforbud i Gruppe 1:

- Hjertesvigt, hvor patienten er i NYHA klasse IV.
- Hjerteklapsygdom med:
  - Aorta- eller mitralinsufficiens eller –stenose, hvis funktionsdygtigheden svarer til NYHA klasse IV, eller hvis der har været synkope (besvimelse).

#### C: Hjerter- og karsygdomme, der medfører permanent kørselsforbud i Gruppe 2:

- Defibrillatorimplantation (ICD-enheder), da der er risiko for ekstraanslag, der kan påvirke kørslen pludseligt. Såfremt ICD-enheden er uden batteri eller ikke længere fungerer, kan der ved en konkret vurdering afstås fra et kørselsforbud, såfremt det vurderes, at der ikke længere er nogen trafiksikkerhedsmæssig risiko forbundet med enheden eller selve hjertesygdommen.
- Hjertesvigt, hvor patienten er i NYHA klasse III og IV.
- Indopereret hjertepumpe eller venstre ventrikel-hjælpeenhed.
- Strukturelle og elektriske kardiomyopati - hypertrofisk kardiomyopati (HOCM) med tidligere synkoper, eller hvor to eller flere af følgende tilstande er til stede:
  - venstre ventrikels væg er mere end 3 cm tyk
  - ikke-vedvarende ventrikulær takykardi
  - tilfælde af pludselig død i familien (førstegradsslægtninge)
  - motion medfører ingen forøgelse af blodtrykket

- Langt QT-syndrom med synkope (besvimelse), torsades de pointes og QTc på >500 ms.
- Iskæmisk hjertesygdom, hjerteklapsygdom eller efter AKS hvor patienten opfylder blot ét af følgende:
  - er i NYHA klasse III og IV
  - får angina pectoris i hvile/ ved sindsbevægelse
  - har malign arythmi
  - har en ejektionsfraktion (EF) på mindre end 35 %
  - har mitralstenose og alvorlig pulmonal hypertension
  - har alvorlige ekkokardiografiske tegn på aortastenose
  - har aortastenose, der har medført synkope

I ganske særlige tilfælde kan en patient tillades at køre alligevel, på trods af at denne ikke lever op til ovennævnte krav. Dette kræver, at der bliver påbegyndt en kørekortsag som nærmere beskrevet i kapitel 2.4.

#### 5.1.2.2 Midlertidigt kørselsforbud

En række hjertesygdomme er så alvorlige, at patienten initialt ikke må føre motorkøretøj, men hvor tilstanden efter nogen tid normaliseres så meget, at kørsel kan genoptages. Hjertesygdommene opdeles nedenfor i tre grupper: A, som gælder for alle kørekortkategorier (Gruppe 1 og 2), B, som kun gælder for Gruppe 1, og C, som kun gælder for Gruppe 2. Som nævnt er der væsentligt større krav til Gruppe 2.

##### **A. Hjertesygdomme, som bør medføre lægeligt kørselsforbud til både Gruppe 1 og Gruppe 2, men som vil kunne ophæves, når tilstanden er velbehandlet.**

Hjerterytmeforstyrrelser, der har medført en eller flere synkoper:

- Bradyarytmier (syg sinusknude-syndrom, ledningsforstyrrelser). Hvis der er indikation for pacemaker, kan kørsel af Gruppe 1- og 2-køretøjer genoptages 1 uge efter pacemakerimplantation.

Hvis der har været en eller flere besvimelser, bør kørsel med Gruppe 2-køretøjer først genoptages efter 4 uger og efter konkret vurdering af den behandlingsansvarlige afdeling.

Efter pacemakerskift, replacering eller skift af elektrode eller lommerevision kan kørsel normalt genoptages efter ca. 1 uge. Det forudsættes, at patienten er blevet smertefri.

Atrieflimren og atrieflagren giver ikke i sig selv anledning til nogen restriktioner, hverken til Gruppe 1 eller 2.

- Takyarytmier (supraventrikulære eller ventrikulære arytmier). Hvis der er indikation for ablation, kan kørsel af Gruppe 1- og 2-køretøjer genoptages 1 uge efter vellykket indgreb.
- Hjerterytmeforstyrrelser med strukturel hjertesygdom og vedvarende ventrikulær takykardi
  - Takyarytmier (supraventrikulære eller ventrikulære)
- Akut koronar-syndrom (AKS), ustabil angina og blodprop ved hjertet



**Krav, Gruppe 1:** Kørsel kan genoptages efter behandling, hvis der ikke er angina pectoris i hvile/ved sindsbevægelse, ingen malign arythmi, og patienten er i NYHA klasse I-III.

**Krav, Gruppe 2:** Kørsel kan genoptages 30 dage efter behandling, hvis der ikke er angina pectoris i hvile/ved sindsbevægelse, ingen malign arythmi, patienten er i NYHA klasse I-II, arbejdstest  $\geq 5$  METS og LVEF  $> 35$  %.

- Stabil angina pectoris eller asymptomatisk iskæmisk hjertesygdom

**Krav, Gruppe 1:** Ingen angina pectoris i hvile/ved sindsbevægelse, ingen malign arythmi, og patienten er i NYHA klasse I-III.

**Krav, Gruppe 2:** Som ved Gruppe 1, dog NYHA klasse I-II, arbejdstest  $\geq 5$  METS og LVEF  $> 35$  %.

- Koronar bypass (CABG, operation på hjertets kranspulsårer) eller Perkutan koronar intervention (PCI, indgreb på hjertets kranspulsårer)

**Krav, Gruppe 1:** Kørsel kan genoptages en måned efter udskrivelse, hvis følgende er opfyldt: Ingen angina pectoris i hvile/ved sindsbevægelse, ingen malign arythmi, og patienten er i NYHA klasse I-III.

**Krav, Gruppe 2:** Kørsel kan genoptages tre måneder efter udskrivelse, hvis følgende er opfyldt: Som ved gruppe 1, dog NYHA klasse I-II, arbejdstest  $\geq 5$  METS og LVEF  $> 35$  %.

- Hjerteklapoperation: Ingen begrænsninger til hverken Gruppe 1 eller 2 ud over de postoperative krav nævnt ovenfor under Koronar bypass (CABG) og Perkutan koronar intervention (PCI). For Gruppe 2 gælder endvidere, at patienter med mekanisk hjerteklap skal være i stabil AK-behandling i relevant niveau.
- Udtalt hypertension (systolisk  $\geq 180$  mmHg og diastolisk  $\geq 110$  mmHg) samtidig med, at der er truende eller fremadskridende følgesygdom som følge af blodtryksforhøjelsen.

Der er ingen restriktioner til Gruppe 1, hvis der ikke er svimmelhed, svær hovedpine eller synsforstyrrelser. For Gruppe 2 gælder, at tilstanden skal være behandlet effektivt uden bivirkninger af trafiksikkerhedsmæssig betydning.

- Hjertetransplantation

Ingen begrænsninger for Gruppe 1 ud over de postoperative krav nævnt ovenfor under Koronar bypass (coronary arterie by-pass operation (CABG)) og Perkutan koronar intervention (PCI). For Gruppe 2 bør der være 12 måneders postoperativ observationsperiode inden genoptagelse af kørsel og under følgende forudsætninger: LVEF  $> 55$  %, normal arbejdskapacitet (80 % af forventet) og ingen tegn på betydende allograft vaskulopati.

- Kongenit (medfødt) hjertesygdom

Ved simple typer ("GUCH light", forkortelse for "Grown Up with Congenital Heart disease", eksempelvis Atrieseptum defekt (ASD), Ventrikelseptumdefekt (VSD), Pulmonalstenose (PS) og persisterende ductus arteriosus (DAP), der er lukket, enten spontant eller interventionelt/kirurgisk, og hvor der ikke er tegn på pulmonal hypertension) er der ingen restriktioner, uanset om de er opererede

eller ej. Ved andre kongenitte hjertesygdomme må tilstanden vurderes ud fra symptomer beskrevet under de øvrige punkter.

- Synkoper uden tegn til underliggende hjertesygdom (se kapitel 4.2. om Synkoper og andre bevidsthedsforstyrrelser for nærmere regler på dette område).

**B. Hjertesygdomme, som bør medføre lægeligt kørselsforbud til Gruppe 1, men efter normalisering af tilstanden vil kunne ophæves.**

- Defibrillatorimplantation eller udskiftning, tilsigtede eller ikke-tilsigtede stød fra defibrillator.

Efter implantation af primær profylaktisk ICD kan kørsel genoptages efter 1-4 uger, afhængig af hvilken monitorering den behandlende afdeling har iværksat.

- Hjertesvigt med et funktionsniveau svarende til NYHA klasse I, II og III.
- Implanterbar hjertepumpe eller venstre ventrikel-hjælpeenhed.
- Hypertrofisk kardiomyopati uden synkoper (besvimelsestilfælde).
- Særlige rytmeforstyrrelser:
  - Langt QT- syndrom med synkope
  - Torsades de pointes eller forlænget QT-interval (QTc på > 500ms)

**C. Hjertesygdomme, som bør medføre lægeligt kørselsforbud til Gruppe 2, men efter normalisering af tilstanden vil kunne ophæves.**

- Hjerterytmeforstyrrelser med langsom hjerterytme (bradyarytmi)
  - Syg sinusknude-syndrom
  - Ledningsforstyrrelser med 2. grads atrioventrikulær (AV) blok (Mobitz type II AV blok)
  - 3. grads AV blok
  - Vekslende grenblok
- Hjerterytmeforstyrrelser med hurtig hjerterytme (supraventrikulære eller ventrikulære takyarytmier)
  - Polymorf ikke-vedvarende ventrikulær takykardi (VT)
  - Vedvarende ventrikulær takykardi
  - Defibrillator indikation
- Permanent pacemakerimplantation eller udskiftning
- Betydende carotisstenose
- Aortaaneurisme med maksimal diameter < 5,5 cm
- Hjertesvigt i NYHA klasse I eller II, forudsat at den venstre ventrikels ejektionsfraktion (EF) er mindst 35 %
- Grad 3 hypertension (Systolisk blodtryk  $\geq 180$  mmHg og diastolisk blodtryk  $\geq 110$  mmHg)

Patienter med kardiomyopati kan kun få kørekort udstedt efter en specialistvurdering fra en speciallæge i relevant speciale, sædvanligvis en kardiolog.

### 5.1.3 Undersøgelsesmetoder

NYHA klassifikationen foretages ved en vurdering af angina ved aktivitet, hvor NYHA I er ingen begrænsning i daglige aktiviteter, og hvor der ved NYHA IV forekommer hvile angina. Det kan afgrænses mere specifikt ved udførelse af en arbejdstest.

Arbejdstest er sædvanligvis en cykeltest med EKG monitorering.

Ejection fraction (EF) vurderes ved ekkokardiografi.

### 5.1.4 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

#### 5.1.4.1 Gruppe 1

Generelt bliver der ikke givet særlige vilkår for kørekortet, hvis tilstanden er velbehandlet, og ansøger ikke har symptomer af trafikikkerhedsmæssig betydning.

Ved arytmier med indikation for ablation kan kørslen genoptages en uge efter vellykket ablation. Efter AKS kan kørslen genoptages umiddelbart, når ansøger er velbehandlet og uden symptomer.

Efter CABG eller hjertetransplantation kan kørslen genoptages en måned efter udskrivelse, såfremt ansøger er velbehandlet og uden symptomer.

Ved recidiverende synkoper kan kørsel genoptages efter adækvat udredning og behandling, og når ansøger har været anfaldsfri i tre måneder, dog efter seks måneder ved synkope under bilkørsel.

Ved sinus caroticus synkope kan kørsel genoptages en uge efter anlæggelse af pacemaker og ophør af symptomer ved carotis massage.

Ved bradyarytmier med indikation for pacemakerbehandling med eller uden synkope kan kørsel genoptages en uge efter pacemakerimplantation.

Ved implantation eller revision/skift af primær profylaktisk ICD kan kørsel genoptages, når der er etableret hjemmemonitorering (en uge), eller der foreligger en udtalelse fra specialist (fire uger).

Ved implantation af sekundær profylaktisk ICD eller efter tilsigtet ICD terapistød kan kørsel genoptages efter tre måneder og efter lægelig kontrol. Utilsigtet ICD terapistød udløser kørselsforbud, indtil årsagen er afklaret og afhjulpet.

Patienter, der ikke ønsker ICD på primær indikation, får ingen restriktioner. Hvis indikationen er på sekundær indikation, bør der gives et kørselsforbud i seks måneder. Der bør desuden foreligge oplysninger om skadestuebesøg/indlæggelser.

Ved operation med indsættelse af kunstigt hjerte (LVAD) kan kørslen genoptages efter tre måneder, såfremt ansøger er velbehandlet.

Ved hypertension (forhøjet blodtryk) over 220/120 skal der ikke gives restriktioner, med mindre der er symptomer såsom svimmelhed, svær hovedpine eller synsforstyrrelser.

### **Vilkår om tidsbegrænsning**

Ved implantat af sekundær profylaktisk ICD efter tilsigtet- / utilsigtet ICD terapistød eller ved patienter, der ikke ønsker ICD på indikationen primær profylakse, skal der sædvanligvis gives vilkår om tidsbegrænsning på 12 måneder ved første ansøgning og efterfølgende hvert femte år, dog årligt ved gentagne stødtilfælde.

En særlig tidsbegrænsning kan fastsættes med udgangspunkt i ansøgerens sygdomshistorie og tilstand, for eksempel hvis tilstanden har været ustabil.

#### **5.1.4.2 Gruppe 2**

Ved arytmier kan kørslen genoptages en uge efter vellykket ablation.

Efter AKS kan kørslen genoptages efter 30 dage, såfremt ansøger er velbehandlet og uden symptomer.

Efter CABG kan kørslen genoptages tre måneder efter udskrivelse, såfremt ansøger er velbehandlet og uden symptomer.

Ved recidiverende synkoper kan kørsel genoptages efter adækvat udredning og effektiv behandling, og når ansøger har været anfaldsfri i 12 måneder.

Ved sinus caroticus synkope kan kørsel genoptages fire uger efter anlæggelse af pacemaker og ophør af symptomer ved carotis massage.

Ved bradyarytmier med indikation for pacemakerbehandling med eller uden synkope kan kørsel genoptages fire uger efter pacemakerimplantation på baggrund af en udtalelse fra det behandlende pacemaker- center.

Implantation af en ICD-enhed medfører et varigt kørselsforbud for førere i Gruppe 2.

Hjertetransplantation giver umiddelbart kørselsforbud, men kørslen kan genoptages efter 12 måneders observation, hvis EF >55 %, hvis arbejdskapaciteten er 80 % af forventet, og hvis der ikke er tegn på allograft vaskulopati ved screeningsundersøgelse.

Hypertension (forhøjet blodtryk) skal være velbehandlet (døgn-BT <180/110), og der må ikke være bivirkninger af behandlingen.

### **Vilkår om tidsbegrænsning**

En særlig tidsbegrænsning kan fastsættes med udgangspunkt i ansøgerens sygdomshistorie og tilstand, for eksempel hvis tilstanden har været ustabil.

#### **5.1.5 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Ved kendte kardiale forhold af trafiksikkerhedsmæssig betydning bør de sidste epikriser eller journaluddrag fra kardiologisk udredning og behandling indgå i ansøgningen om kørekort.

## 5.2 Cerebrovaskulær sygdom (F3)

### 5.2.1 Generelle forhold

Blodprop eller blødning i hjernen (apopleksi) giver et pludseligt indsættende tab af kropsfunktioner på grund af forstyrrelser i hjernens blodcirkulation. Hjerneblødning er årsag til 10-15 % af tilfældene, mens blodprop i hjernen er årsagen i 80-85 % af tilfældene. Hvis symptomerne forsvinder indenfor 24 timer, kalder man det transitorisk cerebral iskæmi, TCI, eller transitorisk iskæmisk attack, TIA. De fleste TCI tilfælde varer under en time.

Der vil ofte være behov for, at patienten i en periode efter en apopleksi eller TCI undlader kørsel på grund af behovet for restitution og på grund af risikoen for recidiv af sygdommen. Egentlige apopleksier vil ofte medføre restlammelser og eventuelt kognitive forstyrrelser. Derudover kan neglekt (at man har en mindre opmærksomhed mod sin egen krop eller rummet på den ene side) udgøre en betydelig trafiksik- kerhedsmæssig risiko. Ved alvorlige følger kan fortsat kørsel være umulig.

Ved vurderingen af alvorligheden af disse tilstande bliver der anvendt et særligt udviklet pointsystem, de såkaldte SPI-II kriterier (Stroke Prognosis Instrument-II), med henblik på at estimere risikoen i de enkelte tilfælde. Det skal både anvendes, når lægen overvejer, om der skal udstedes et kørselsforbud, og når sager om fornyelse af kørekort skal behandles. Principperne i pointsystemet fremgår af tabellen nedenfor.

#### Kriterier for vurdering af transitorisk cerebral iskæmi (TCI) og let apopleksi (SPI-II-kriterier)

Aktuel apopleksi (ikke TCI)	2 point
Alder $\geq$ 70	2 point
Hypertension (BT > 140/90 mm Hg)	1 point
Iskæmisk hjertesygdom	1 point
Tidligere apopleksi	3 point
Sukkersyge	3 point
Erkendt hjerteinsufficiens	3 point

Ved let apopleksi forstås en apopleksi, hvor symptomerne er remitteret inden for en uge.

### 5.2.2 Lægeligt kørselsforbud

Et kørselsforbud afhænger af risikoen for nye tilfælde og bør primært vurderes ud fra følgende kriterier:

- SPI-II-kriterier (points)
- Elektrokardiogram (EKG)
- Ultralydsundersøgelse af halskar.

### 5.2.2.1 Gruppe 1

**Intet kørselsforbud:** Hvis der er tale om TCI eller let apopleksi, og nedenstående tre kriterier alle er opfyldt, vil der normalt ikke være grundlag for et kørselsforbud:

1. Mindre end 4 points (SPI-II-kriterier)
2. Ultralydsundersøgelse af halskar har vist under 50 % stenose.
3. Elektrokardiogram (EKG) uden hjerterytmeforstyrrelser (atrieflimmer).

**Tre måneders kørselsforbud:** Hvis et eller flere af nedenstående kriterier er til stede, bør der være minimum tre måneders kørselsforbud:

1. Hvis der ikke er udført ultralydsundersøgelse af halskar og/eller EKG, uanset antal points.
2. Hvis der er konstateret >50 % stenose (forsnævring) af halskar eller atrieflimmer, uanset antal points.
3. Mellem 4 og 7 points, uanset resultatet af eventuel ultralydsundersøgelse og EKG-undersøgelse.

**Seks måneders kørselsforbud:** Hvis et af nedenstående kriterier er opfyldt, bør der være minimum seks måneders kørselsforbud:

1. Ved 8 eller flere points bør der gives seks måneders kørselsforbud. Der bør efterfølgende foretages en vurdering af en speciallæge i neurologi eller andet relevant speciale, som skal vurdere, at risikoen for et nyt anfald er minimal, før kørslen kan genoptages.
2. Ved "dropattaks" (pludseligt fald uden bevidsthedstab på grund af tonustab i benene af sekunders varighed).

Der skal altid udføres en konkret vurdering af, om der foreligger andre forhold, som kan tale imod umiddelbar genoptagelse af kørslen, for eksempel defekter i synsfeltet eller kognitive deficit.

**Ved apopleksi, der medfører sequelae (følgesygdom/følgevirkning),** bør der udstedes kørselsforbud, indtil handicappet er tilstrækkeligt rehabiliteret, som regel efter tre til seks måneder. Forudsætningerne for genoptagelse af kørslen er, at risikofaktorerne er nøje kortlagt, og der er påbegyndt forebyggende behandling. Hvis lægen er i tvivl om køreevnen, bør der tages initiativ til at få gennemført en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK). Dette sker ved at påbegynde en kørekortsag som beskrevet nærmere i kapitel 2.4.

**Ved komplekst handicap med en blanding af motoriske og kognitive symptomer** bør der udstedes mindst seks måneders kørselsforbud. Hvis der herefter er usikkerhed om køreevnen, bør der tages initiativ til at få gennemført en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK).

**Ved apopleksi med atrieflimmer (hjerterytmeforstyrrelser),** hvor patienten behandles med blodfortyndende medicin (AK-behandling), og der ikke er andre risikofaktorer uanset alder, bør der udstedes et kørselsforbud i tre måneder. AK-behandlingen skal være tilfredsstillende i mindst en måned, før kørselsforbuddet kan ophæves.

**Ved apopleksi med symptomgivende carotis-stenose (forsnævring af halspulsåren)** på over 70 %, eventuelt hypertension (forhøjet blodtryk), men ingen andre risikofaktorer, bør der udstedes kørselsforbud indtil en måned efter carotidendarterektomi (operation for forsnævring af halspulsåren), dog tidligst tre måneder efter en apopleksi.

**Ved apopleksi med flere risikofaktorer** og hvor der er foretaget en grundig udredning, og der er påbegyndt relevant forebyggende behandling og eventuelt kirurgisk behandling, bør der udstedes et seks måneders kørselsforbud.

**Ved TCI/apopleksi forårsaget af carotis-stenose eller atrieflimmer** uden specifikt behandlingstilbud eller ved ustabil tilstand bør der i første omgang udstedes seks måneders kørselsforbud. Inden ophævelse af kørselsforbuddet bør der foretages en vurdering af en speciallæge i neurologi, som skal have vurderet, at risikoen for gentagelse er minimal. Er dette ikke tilfældet, kan permanent kørselsforbud være nødvendigt.

### 5.2.2.2 Gruppe 2

Ved vurdering af førerevne for patienter, som har haft TCI eller egentlig apopleksi må lægen altid gøre sig klart, om patienten også har kørekort til store køretøjer (Gruppe 2). På grund af de særlige risici ved kørsel med store køretøjer er der mere restriktive regler.

Der bør altid gives minimum tre måneders kørselsforbud til Gruppe 2 efter TCI eller apopleksi. Det forudsættes, at EKG er uden hjerterytmeforstyrrelser (atrieflimmer), og ultralydsundersøgelse af halskar har vist under 50 % stenose.

Hvis der ikke er udført EKG eller ultralydsundersøgelse af halskar, bør der udstedes seks måneders kørselsforbud. Dette er også tilfældet, hvis der er konstateret mere end 50 % stenose af halskar, hvis der er konstateret atrieflimmer, eller der ved opgørelse af SPI-II kriterier er mellem 4 og 7 point.

Ved 8 eller flere points bør der gives 12 måneders kørselsforbud. Der bør efterfølgende foretages en vurdering af en speciallæge i neurologi eller andet relevant speciale, som skal vurdere, at risikoen for et nyt anfald er minimal, før kørslen kan genoptages.

Ved stillingtagen til kørselsforbud til patienter med kørekort til Gruppe 2 gælder i øvrigt de samme principper som ved Gruppe 1 (se ovenfor), men kørselsforbud ved Gruppe 2 gives som udgangspunkt i dobbelt så lang tid som ved Gruppe 1. Der bør være særlig opmærksomhed på patienter, der også har kørekort til erhvervmæssig personbefordring med bus (Erhverv D). Der udføres normalt ikke vejledende helbredsmæssig køretest (VHK) i Gruppe 2-køretøjer.

**Vejledende helbredsmæssig køretest (VHK):** I tvivlstilfælde kan der efter et TCI-tilfælde eller en apopleksi være behov for en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK). Formålet kan enten være at få vurderet behovet for specialindretning af køretøjet (typisk ved restlammelser) eller med henblik på afprøvning af kørefærdigheder i praksis (ofte ved kognitive problemer). Der skal i sådanne tilfælde påbegyndes en kørekortsag som nærmere beskrevet i kapitel 2.4, hvor de konstaterede følger af sygdommen beskrives detaljeret.

### 5.2.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Reglerne for, hvornår der bør udstedes et lægeligt kørselsforbud er tilsvarende gældende ved den vurdering, der foretages af Styrelsen for Patientsikkerhed i forbindelse med udstedelse og fornyelse af kørekort.

Hvis der er beskrevet mere end ubetydelige restlammelser eller kognitive mangler (deficits), bør der altid afholdes en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK). Denne kan også bruges til at vurdere et eventuelt behov for specialindretning af køretøjet.

### 5.2.4 Vilkår om tidsbegrænsning

Hvis der er risiko for, at sygdommen forværres, eller der er stor recidivrisiko, kan kørekortet udstedes, fornyes eller bevares med vilkår om individuelt fastsat tidsbegrænsning. I øvrige tilfælde vil der normalt ikke anbefales en særlig tidsbegrænsning.

**TCI og apopleksi:** Når kørselsforbuddet er overstået uden nye anfald, kan kørekortet normalt udstedes uden særlig tidsbegrænsning.

**TCI og apopleksi forårsaget af carotis-stenose eller atrieflimmer:** Når kørselsforbuddet er overstået uden nye anfald, bør kørekortet udstedes med et vilkår om tidsbegrænsning. Længden af tidsbegrænsningen afhænger af speciallægens vurdering.

### 5.2.5 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

I de fleste tilfælde vil der være behov for dokumentation for, at der er foretaget ultralydsundersøgelse, EKG, samt at der er foretaget vurderinger hos speciallæger i neurologi, kardiologi eller andet relevant speciale. Det fremgår af ovenstående afsnit, hvornår det er tilfældet.



# 6 Diabetes (E)

---

## 6.1 Generelle forhold

Den største trafikikkerhedsmæssige risiko ved diabetes er hypoglykæmi (lavt blodsukker). De behandlingsmæssige mål for diabetesbehandling, herunder et normaliseret blodglukose, kan meget ofte være direkte modstridende med den optimale behandling set ud fra et trafikikkerhedsmæssigt synspunkt. Hypoglykæmi er en bivirkning til behandlingen af diabetes og ikke en del af diabetessygdommen i sig selv. Mulighederne for at kontrollere sygdommen er i dag forbedret betydeligt. Det er en forudsætning for både et godt behandlingsresultat og for trafikikkerheden, at der er en åben dialog mellem patient og læge. Patientens egenomsorg for sin sygdom er afgørende for trafikikkerheden.

Generelt er kravene til førere af motorkøretøjer i Gruppe 2 væsentligt større end til Gruppe 1. Førere med kørekort til store køretøjer bruger ofte køretøjet erhvervsmæssigt og tilbringer derfor længere tid bag rattet, hvilket i sig selv øger risikoen. Risikoen for hypoglykæmi kan også øges på grund af potentiel ure- gelmæssig livsførelse og madindtag. Konsekvenserne af ulykker med store køretøjer kan også være mere alvorlige sammenlignet med ulykker med små køretøjer. Der bør være særlig opmærksomhed på førere af busser med passagerer (Erhverv D).

En række lægemidler kan forårsage hypoglykæmi. I kørekortsammenhænge opdeles lægemidlerne i to grupper:

1. Lægemidler, som giver en reel risiko for hypoglykæmi af trafikikkerhedsmæssig betydning (E3-lægemidler).
2. Lægemidler, som giver en lav eller ingen risiko for hypoglykæmi af trafikikkerhedsmæssig betydning (E2-lægemidler).

Sidst i dette kapitel findes en samlet oversigt over lægemidler opdelt på de to ovennævnte kategorier. Ved kombineret brug af førstnævnte gruppe (insuliner og  $\beta$ -cellestimulerende midler) med lægemidler med lav eller ingen risiko for hypoglykæmi øges risikoen.

## 6.2 Lægeligt kørselsforbud

Ved stillingtagen til lægeligt kørselsforbud skelnes imellem tilfælde af hypoglykæmi og alvorlig hypoglykæmi. Alvorlig hypoglykæmi defineres som en tilstand, der kræver assistance fra en anden person. Der skelnes endvidere imellem, om der er tale om tilfælde, der er opstået i vågen eller sovende tilstand. En person anses for at lide af recidiverende (tilbagevendende) hypoglykæmi, når den pågældende har haft mere end ét tilfælde af alvorlig hypoglykæmi inden for en periode på 12 måneder.

Hvis et tilfælde af hypoglykæmi eller et enkelt tilfælde af alvorlig hypoglykæmi kan forklares ud fra forhold, som har en minimal risiko for gentagelse, og sygdommen i øvrigt er velkontrolleret, kan et kørselsforbud forkortes eller eventuelt helt undlades.

- **Gruppe 1**

Hvis der har været et tilfælde med uforklarlig hypoglykæmi i vågen tilstand, vil der normalt være behov for en symptomfri observationsperiode på sædvanligvis tre måneder inden patienten igen må føre motorkøretøj af den pågældende kategori. Lægen bør derfor udstede et lægeligt kørselsforbud i den periode.

Hvis der har været recidiverende tilfælde af alvorlig hypoglykæmi i vågen tilstand, bør der udstedes et lægeligt kørselsforbud i minimum tre måneder. Ved nedsat erkendelse af tilstanden i vågen tilstand, bør der udstedes et lægeligt kørselsforbud, indtil forholdet er afhjulpet. Patienten skal desuden vise, at vedkommende forstår risikoen i forbindelse med hypoglykæmi og er i stand til at kontrollere sygdommen på en tilfredsstillende måde.

- **Gruppe 2**

Patienten må ikke lide af alvorlig hypoglykæmi og/eller nedsat erkendelse af tilstanden i hverken vågen eller sovende tilstand. Hvis der optræder et tilfælde af alvorlig hypoglykæmi i vågen eller sovende tilstand, bør der udstedes et lægeligt kørselsforbud i op til 12 måneder, og kørslen med Gruppe 2- køretøjer kan først genoptages, når problemstillingen i øvrigt er afhjulpet.

## **6.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

### **6.3.1 Gruppe 1**

Der er følgende krav til ansøgeren, som har diabetes:

1. Ansøgere med recidiverende alvorlig hypoglykæmi i vågen tilstand kan først få kørekort udstedt eller fornyet tre måneder efter sidste tilfælde.
2. Ansøgere, der lider af recidiverende alvorlig hypoglykæmi i vågen tilstand, kan kun få udstedt eller fornyet kørekort på baggrund af en udtalelse fra egen læge eller speciallæge i intern medicin med særlig kendskab til diabetes. Lægen bør udfylde diabetesattesten "Lægeerklæring om diabetes i forbindelse med helbredsmaessige oplysninger ved udstedelse af kørekort".
3. Ansøgeren må ikke have nedsat erkendelse af tilstanden. Det vil sige, at ansøgeren i tide skal kunne opdage, at blodsukkerniveauet falder. Ansøgeren skal altså kunne genkende advarselssymptomer, inden der sker en påvirkning af bevidstheden.
4. At ansøgeren forstår risikoen i forbindelse med hypoglykæmi.
5. At ansøgeren er i stand til at kontrollere sygdommen på en tilfredsstillende måde og har den fornødne egenomsorg i forbindelse med bilkørsel.

### 6.3.1.1 Vilkår om tidsbegrænsning

Hvis ansøgeren behandles med medicin, uanset om det drejer sig om medicin, der kan medføre hypoglykæmi eller ej, kan kørekortet sædvanligvis udstedes med en individuelt fastsat tidsbegrænsning på højst fem år.

Såfremt en ansøger ikke behandles med medicin mod diabetes, udstedes kørekortet sædvanligvis uden særlig tidsbegrænsning.

Kortere tidsbegrænsninger end den ovenfor anførte fastsættes med udgangspunkt i ansøgerens sygdomshistorie og tilstand, for eksempel ved alvorlig recidiverende hypoglykæmi.

### 6.3.2 Gruppe 2

For ansøgeren, som har diabetes og som behandles med lægemidler, som giver en lav eller ingen risiko for hypoglykæmi, eller som slet ikke behandles med medicin mod diabetes, gælder de samme regler som for Gruppe 1.

Ved behandling med medicin, som medfører risiko for fremkaldelse af hypoglykæmi, kræves en udtalelse fra speciallæge i endokrinologi/intern medicin eller egen læge, hvis det er denne, der behandler og kontrollerer diabetessygdommen. Lægen bør udfylde den særlige diabetesattest: »Lægeerklæring om diabetes i forbindelse med helbredsmæssige oplysninger ved udstedelse af kørekort«. Følgende forudsætninger skal være opfyldt:

1. Der har ikke været tilfælde af hypoglykæmi, herunder hypoglykæmi opstået under søvn, inden for de seneste 12 måneder.
2. Ansøgeren kan erkende og reagere på advarselssymptomer for hypoglykæmi.
3. Ansøgeren skal ved lægeundersøgelsen godtgøre, at pågældende er i stand til at kontrollere sygdommen ved regelmæssige målinger af blodsukkerniveauet mindst to gange om dagen og på tidspunkter, hvor vedkommende skal køre.
4. Ansøgeren skal ved lægeundersøgelsen godtgøre, at pågældende forstår risikoen i forbindelse med hypoglykæmi.
5. Der må ikke i forbindelse med diabetessygdommen være andre komplikationer, som for eksempel synssvækkelse, neuropati eller kognitiv svækkelse, som kan medføre en risiko for trafiksikkerheden.

Der kan ikke anbefales kørekort til Erhverv D1 eller D (lille eller stor bus til erhvervsmæssig personbefordring) eller til personer, som fører udrykningskøretøjer, hvis ansøgeren har type 1 diabetes på grund af de særlige risici, der er ved denne type diabetes og de særlige risici, der er ved at føre sådanne køretøjer.

### 6.3.2.1 Vilkår om tidsbegrænsning

Hvis kravene er opfyldt, og ansøger behandles med lægemidler, der giver en lav eller slet ingen risiko for hypoglykæmi (E2-lægemidler), kan kørekortet sædvanligvis udstedes med en individuelt fastsat tids- begrænsning på højst fem år, det vil sige svarende til den normale gyldighedsperiode for Gruppe 2-køre- kort.

Hvis ansøgeren ikke behandles med medicin mod diabetes kan kørekort udstedes uden særlig tidsbegrænsning, det vil sige svarende til den normale gyldighedsperiode for Gruppe 2-kørekort.

Hvis ansøgeren bliver behandlet med medicin, som medfører risiko for fremkaldelse af hypoglykæmi (insulin og/eller eventuel anden medicin (E3)), anbefales kørekortet sædvanligvis udstedt med et vilkår om en individuelt fastsat tidsbegrænsning på højst tre år.

En tidsbegrænsning under den normale længde fastsættes med udgangspunkt i ansøgerens sygdomshistorie og tilstand, for eksempel hvis tilstanden har været ustabil.

Den særlige variant af diabetes, som benævnes Latent Autoimmune Diabetes in Adults (LADA) vil, hvis der er påbegyndt insulinbehandling, sædvanligvis skulle vurderes som type 1 diabetes. Maturity-On- set Diabetes of the Young (MODY) findes i adskillige varianter og skal sædvanligvis henregnes som type 2 diabetes.

## 6.4 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

For ansøgere med diabetes er dokumentationskravet mere omfattende, hvis de bliver behandlet med medicin, der kan medføre hypoglykæmi – især for kørekort til Gruppe 2-køretøjer. Den behandlingsansvarlige læge skal derfor udover den almindelige kørekortattest i nogle tilfælde **også** udfylde diabetesattesten: »Lægeerklæring om diabetes i forbindelse med helbredsmæssige oplysninger ved udstedelse af kørekort«. Den behandlingsansvarlige læge kan være en speciallæge i et ambulatorium eller den praktiserende læge.

**Gruppe 1:** For ansøgere, som behandles med medicin, der kan medføre hypoglykæmi, og diabetessygdommen er ustabil eller har medført komplikationer, bør der foreligge en udtalelse fra den behandlingsansvarlige læge, sædvanligvis i form af en udfyldt diabetesattest, eventuelt vedlagt supplerende oplysninger.

**Gruppe 2:** For ansøgere, som behandles med medicin, der kan medføre hypoglykæmi, skal der sammen med kørekortattesten altid sendes den særlige diabetesattest. Attesten skal være udfyldt af den behandlingsansvarlige læge/afdeling. Diabetesattesten skal indeholde informationer, som gør det muligt at vurdere, om ovenstående forudsætninger (se krav fra Gruppe 2) for kørekort er opfyldt.

### 6.4.1 Oversigt over klassifikation af hyppigt anvendte antidiabetika i trafikikkerhedsmæssig sammenhæng

1. Lægemedler, som medfører risiko for hypoglykæmi af trafikikkerhedsmæssig betydning (E3 lægemedler):
  - Insulin og kombinationspræparater, der indeholder insulin.
  - $\beta$ -cellestimulerende midler (sulfonylurinstoffer og meglitinider): Glimepirid (Amaryl), gliclazid (Diamicon), glibenclamid (Daonil, Hexaglucon), repaglinid (Novonorm) og nateglinid (Starlix).
2. Lægemedler, som giver en lav eller ingen risiko for hypoglykæmi af trafikikkerhedsmæssig betydning (E2 - lægemedler):
  - Biguanider: Metformin (for kombinationer, se nedenfor)
  - Glitazoner (thiazolidinedioner): Pioglitazon (Actos, Pioglitazon).

- DPP-IV-hæmmere: Alogliptin (Vipidia), linagliptin (Trajenta), saxagliptin (Onglyza®, Qtern), sitagliptin (Januvia®, Xelevia) og vildagliptin (Galvus®, Jalra).
- DPP-IV-hæmmere i kombinationer: Alogliptin+pioglitazon (Incrasync), alogliptin+metformin (Vipdomet), linagliptin+metformin (Jentadueto), saxagliptin+metformin (Komboglyze), sitagliptin+metformin (Janumet®) og vildagliptin+metformin (Eucreas).
- SGLT-2-hæmmere: Canagliflozin (Invokana), dapagliflozin (Forxiga®) og empagliflozin (Jardiance).
- SGLT-2-hæmmere i kombinationer: Dapagliflozin+saxagliptin (Qtern), dapagliflozin+metformin (Xigduo) og empagliflozin+metformin (Synjardy).
- GLP-1-analoger: dulaglutid (Trulicity), exenatid (Bydureon, Byetta), liraglutid (Victoza®, Saxenda), lixisenatid (Lyxumia).

# 7 Psykiske sygdomme og demens

---

## 7.1 Psykiske sygdomme og hyperkinetiske lidelser (G1)

### 7.1.1 Psykiske sygdomme

#### 7.1.1.1 Generelle forhold

Ved psykiske sygdomme forstås et bredt spektrum af sygdomme, herunder også personlighedsforstyrrelser samt mentale forstyrrelser med svækket dømmekraft eller risikofyldt adfærd. I kørekortsammenhænge er de egentlige psykotiske lidelser af størst betydning, men også blandt andet hyperkinetiske forstyrrelser som ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) kan være en trafiksikkerhedsmæssig risiko.

Behandlingen med psykofarmaka kan udgøre en særskilt trafiksikkerhedsmæssig problemstilling og i sig selv være begrænsende for muligheden for at opretholde kørekort. Brug af psykofarmaka og kørsel er nærmere omtalt i kapitel 9.

#### 7.1.1.2 Lægeligt kørselsforbud

Ved akutte psykoser, manier, svære depressioner og efter en affektreaktion skal man som læge være særlig opmærksom på forpligtelserne til at udstede kørselsforbud. Ved kontakt til denne patientkategori bør der på bred indikation udstedes lægeligt kørselsforbud, hvis lægen vurderer, at tilstanden påvirker evnen til at føre køretøj og udgør en nærliggende fare for enten den syge eller andre. Kørselsforbuddet skal opretholdes, indtil habitualtilstanden er nået, eller sygdommen er stabil på velkontrolleret behandling, og patienten efterlever behandlingen på tilstrækkelig vis. Såfremt tilstanden behandles med trafikfarlig medicin, vil det være relevant for lægen at vurdere, om behandlingen i sig selv udgør et trafiksikkerhedsmæssigt problem.

Ved overgang fra behandling på psykiatrisk afdeling til almen praksis er det afgørende, at informationer om kørselsforbud bringes videre med henblik på videre opfølgning.

I vurderingen af behovet for kørselsforbud skal lægen være særlig opmærksom på de yderligere risici, der er forbundet med at føre køretøjer tilhørende Gruppe 2. Som udgangspunkt bør førere med aktuelle psykotiske lidelser ikke opretholde kørekort til store køretøjer og først genoptage kørsel efter en længere- varende stabil fase. Der bør være speciel opmærksomhed på personer med skizofreni og alvorlig bipolær affektiv sindslidelse, samt de særlige risici der er ved erhvervs-mæssig personbefordring (Erhverv B, D1 og D).

### **7.1.1.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Ved psykiske lidelser med forekomst af psykotiske episoder inden for det seneste år skal det overvejes, om kravene til kørekort er opfyldt. Såfremt tilstanden anses for stabiliseret, bør der sædvanligvis udstedes kørekort med et vilkår om en tidsbegrænsning på to år. Er der tale om en helt stabil tilstand over en længere tidsperiode, kan kørekort til Gruppe 1-køretøjer anbefales fornyet med en tidsbegrænsning på op til fem år. Tidsbegrænsningen anbefales for at sikre, at der sker en opfølgning og revurdering af, om kørsel fortsat er forsvarlig.

Ved skizofreni og bipolær affektiv sindslidelse i stabil, velkontrolleret fase med god patientefterlevelse bør der sædvanligvis gives et vilkår om tidsbegrænsning på to år. Er der tale om en helt stabil tilstand over en længere tidsperiode, kan kørekort til Gruppe 1-køretøjer anbefales fornyet med en tidsbegrænsning på op til fem år. Ved skizofreni og alvorlig bipolær affektiv sindslidelse bør der kun undtagelsesvist udstedes kørekort til Gruppe 2. Tidsbegrænsningen anbefales for at sikre, at der sker en opfølgning og revurdering af, om kørsel fortsat er forsvarlig.

Ved øvrige psykiske lidelser, fraset hyperkinetiske lidelser (se nedenfor) er der sædvanligvis ikke behov for vilkår om tidsbegrænsning eller indskrænkning i forhold til kategorier, forudsat at lidelsen er stabil og velbehandlet, og lægen vurderer, at lidelsen ikke påvirker førerevnen.

### **7.1.1.4 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Der bør foreligge en vurdering fra den behandlingsansvarlige læge, det vil sige egen læge eller special- læge i psykiatri med oplysning om tilstandens sværhedsgrad, stabilitet og patientefterlevelse af behandlingen samt en vurdering af førerevne. I ukomplicerede sager er den almindelige kørekortattest tilstrækkelig. Såfremt tilstanden behandles med trafikfarlig medicin, vil det være relevant at vurdere, om behandlingen i sig selv udgør et trafiksikkerhedsmæssigt problem.

## **7.1.2 Hyperkinetiske forstyrrelser og behandling med centralstimulerende lægemidler**

### **7.1.2.1 Generelle forhold**

Hyperkinetiske forstyrrelser som ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) og ADD (Attention Deficit Disorder) anses for at udgøre en væsentlig trafiksikkerhedsmæssig risiko. Denne patientgruppes risiko for trafiksikkerheden vurderes generelt for at være væsentligt forhøjet, men det anses for muligt at reducere den ved en passende behandling.

Det er en speciallægeopgave at vurdere indikationen for behandling med centralstimulerende lægemidler ved hyperkinetiske forstyrrelser. Optimal dosis af Methylphenidat og Dexamfetamin afhænger af patientens følsomhed overfor stofferne. Store doser kan i sig selv udgøre en risiko for trafiksikkerheden.

### **7.1.2.2 Lægeligt kørselsforbud**

Lægen bør udstede et lægeligt kørselsforbud, når lægen vurderer, at behandling med centralstimulerende lægemidler påvirker patientens førerevne. Kørselsforbuddet bør vare, indtil

sygdommen er stabil på en velkontrolleret behandling, og patienten efterlever behandlingen på relevant vis.

### **7.1.2.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Ved hyperkinetiske forstyrrelser, hvor der ikke er fundet indikation for behandling med centralstimulerende lægemidler, kan kørekort sædvanligvis udstedes og fornyes uden særlige vilkår.

Ved hyperkinetiske forstyrrelser, hvor der bliver behandlet med centralstimulerende lægemidler, gælder følgende:

- **Gruppe 1**

Første gang bør kørekort sædvanligvis udstedes med vilkår om tidsbegrænsning på to år. Hvis tilstanden er stabil, anbefales sædvanligvis, at kørekortet herefter udstedes uden særlig tidsbegrænsning.

- **Gruppe 2**

Første gang bør kørekort sædvanligvis udstedes med vilkår om tidsbegrænsning på to år. Hvis tilstanden er stabil, anbefales sædvanligvis, at kørekortet herefter udstedes med individuelt fastsat tidsbegrænsning på maksimalt fem år.

### **7.1.2.4 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

I ukomplicerede sager er den almindelige kørekortattest tilstrækkelig.

I forbindelse med kørekort til Gruppe 2 bør der være en lægeudtalelse, normalt fra en speciallæge i psykiatri, med oplysning om tilstandens sværhedsgrad, stabilitet og patientens efterlevelse af behandlingen og føreregnet.

## **7.2 Demens og andre kognitive forstyrrelser (G2)**

### **7.2.1 Demens**

#### **7.2.1.1 Generelle forhold**

Der er en øget trafiksikkerhedsmæssig risiko for personer med reduceret opmærksomhedsevne, demens, visuospatiel svigt (nedsat evne til at opfatte og handle tredimensionalt), agnose (nedsat evne til at genkende genstande) og/eller neglekt (svækket opmærksomhed mod sin egen krop eller rummet på den ene side). Efter ophævelse af aldersscreening for bilister på 75 år og ældre er det et område, hvor der er brug for særlig opmærksomhed fra læger.

#### **7.2.1.2 Lægeligt kørselsforbud**

- **Gruppe 1 og 2**



Hvis en fører viser tegn på moderat til svær kognitiv svækkelse, skal lægen sædvanligvis udstede et lægeligt kørselsforbud.

Ved begrundet mistanke om manglende dømmekraft og overblik eller andre funktionsbegrænsninger, uanset om den kognitive test viser tegn på svækkelse eller ej, bør lægen udstede et kørselsforbud, indtil der eventuelt er gennemført en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK), med særlig fokus på de kognitive funktioner. For at komme til en vejledende helbredsmæssig køretest skal der påbegyndes en køre- kortsag som nærmere beskrevet i kapitel 2.4 »Tvivl eller uenighed om føreregnetheden«.

Ved let kognitiv svækkelse uden andre helbredsmæssige forhold af betydning for føreregnetheden er der som udgangspunkt ikke behov for et kørselsforbud for førere i Gruppe 1. Selv let kognitiv svækkelse vil udgøre en betydelig risiko ved kørsel med køretøjer i Gruppe 2, og lægen bør være særligt opmærksom på de yderligere risici, der er forbundet med at føre de køretøjer, der indgår i denne gruppe. Et kørselsforbud vil sædvanligvis være påkrævet.

### 7.2.1.3 Undersøgelsesmetoder

Det kognitive funktionsniveau kan indledningsvist vurderes ud fra urskive- og ordgenkaldelsestest og kan derefter groft inddeles i fire grupper: Ingen, let, moderat eller svær kognitiv svækkelse. Urskivetesten er simpel at gennemføre i praksis. Gennemførelse af testen kræver blandt andet sprogforståelse, planlægning, visuel hukommelse, abstrakt tænkning og visuospatiale evner. Nærmere informationer findes i publikationen »Demens i almen praksis«, 2. udgave, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2006.

Er der tegn til demensudvikling, kan det være relevant at udføre en MMSE-test (Mini-Mental State Examination) og oftest mere vidtgående udredning. Urskive- og ordgenkaldelsestest er vejledende for vurderingen af, om der bør udføres vejledende helbredsmæssig køretest. I den samlede vurdering må det blandt andet også indgå, om patienten er fuldt orienteret.

Ved ingen kognitiv svækkelse er personen fuldt orienteret, har upåfaldende funktion i urskiveprøven og husker tre ord efter afledning.

Ved let kognitiv svækkelse er personen **enten** delvist orienteret **eller** har lettere forringet funktion i urskiveprøven **eller** i hukommelsen for tre ord efter afledning. De øvrige to opgaver skal klares upåfaldende.

Ved moderat kognitiv svækkelse er personen kun delvist orienteret og har forringet funktion i **enten** urskiveprøven eller i hukommelsen for tre ord efter afledning.

Ved svær kognitiv svækkelse er personen ikke orienteret og har tydeligt forringet funktion i **både** urskiveprøven og genkaldelse af tre ord.

### 7.2.1.4 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Undersøgelserne for kognitiv funktionsniveau (urskivetest og ordgenkaldelse) skal udføres ved fornyelse af kørekort fra indehaverens fyldte 70. år for kørekort til Gruppe 2. Ved ansøgning om

udstedelse og fornyelse af kørekort til Gruppe 1 skal undersøgelsen kun udføres, hvis der er symptomer på begyndende demens eller andre relevante indikationer.

Ved let kognitiv svækkelse vil en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK) ofte være relevant, men der må lægges væsentlig vægt på lægens vurdering. Lettere forringet funktion i urskiveprøven vil i højere grad end lettere forringet funktion i ordgenkaldelse tale for gennemførelse af en vejledende helbredsmæssig køretest. I tvivlstilfælde kan en MMSE-test være relevant.

Hvis der er mistanke om manglende dømmekraft og overblik, uanset om den kognitive test viser tegn på svækkelse eller ej, bør der sædvanligvis gennemføres en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK).

Moderat eller svær kognitiv svækkelse er sædvanligvis ikke forenelig med bilkørsel. Såfremt lægen alligevel vurderer, at en bilist med moderat kognitiv svækkelse er førerregnet, bør en vejledende helbredsmæssig køretest anbefales. En vejledende helbredsmæssig køretest vil normalt aldrig være relevant for personer med svær kognitiv svækkelse.

Hvis der er andre funktionsbegrænsninger, for eksempel motoriske, syns- eller kredsløbsproblemer, vil der på baggrund af en samlet vurdering også være grundlag for at foretage en vejledende helbredsmæssig køretest.

### **Vilkår om tidsbegrænsning**

Vurderingen af, om kørekort bør udstedes med vilkår om tidsbegrænsning, afhænger af den tilgrundliggende lidelse og udviklingen heraf. Hvis ansøgeren har fået påvist lettere kognitiv svækkelse (demens), og hvis en vejledende helbredsmæssig køretest er tilfredsstillende gennemført, bør der sædvanligvis kun anbefales kørekort med vilkår om tidsbegrænsning på to år på grund af risikoen for fremadskridende kognitiv svækkelse.

#### **7.2.1.5 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Resultatet af den kognitive test bør fremgå af kørekortattesten, hvis der er let, moderat eller svær kognitiv svækkelse. Lægens vurdering skal altid være udfyldt. Hvis der på attesten er anbefalet vejledende helbredsmæssig køretest (VHK), skal der være angivet en detaljeret begrundelse.

### **7.2.2 Psykisk udviklingshæmning**

#### **7.2.2.1 Generelle forhold**

Udviklingshæmning er reducerede intellektuelle evner og social tilpasning, som er opstået før 18 års alderen. Der kan være mange forskellige årsager hertil. I de fleste tilfælde er der ingen helbredende behandling, og tilstanden er stationær.

Den mentale alder bør tilnærmelsesvis svare til alderskravet for kørekort.

### **7.2.2.2 Undersøgelsesmetoder**

Hvis der er begrundet mistanke om svækket kognitivt funktionsniveau, kan der foretages en undersøgelse herfor med urskive- og ordgenkendelsestest. Testen kan, sammen med andre informationer, være vejledende for vurderingen af, om det giver mening at påbegynde kørekortundervisning med henblik på udstedelse af kørekort. Der skal foreligge tungtvejende lægefaglige grunde for ikke at give mulighed for at forsøge at bestå den teoretiske og praktiske prøve med henblik på opnåelse af kørekort.

### **7.2.2.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

- **Gruppe 1**

Hvis den teoretiske og praktiske prøve er bestået, kan der udstedes kørekort.

- **Gruppe 2**

Sædvanligvis vil det ikke være muligt at få kørekort til køretøjer i Gruppe 2.

Psykisk udviklingshæmning er stationær og kræver ingen særlig tidsbegrænsning.

### **7.2.2.4 Dokumentation ved udstedelse af kørekort**

Der bør foreligge en aktuel vurdering af ansøgerens føreregnetthed udført af en relevant speciallæge, for eksempel speciallæge i neurologi, eventuelt med en neuropsykologisk undersøgelse.

Ved påvist cerebral lidelse bør der foreligge en aktuel vurdering om føreregnetthed fra speciallæge i neurologi eller anden relevant speciallæge, eventuelt også en neuropsykologisk udtalelse.

# 8 Alkohol- og narkotikamisbrug

---

## 8.1 Alkoholmisbrug (H1)

### 8.1.1 Generelle forhold

Alkohol udgør fortsat en meget betydelig risiko i trafikken. På grund af problemets alvor må der udvises stor årvågenhed fra lægeside. Mange med alkoholproblemer har af andre grunde jævnligt kontakt til sundhedsvæsnet, hvor der derfor er mulighed for at gribe ind.

Overordnet set er fortsat kørsel uforenelig med et samtidigt misbrug af alkohol. En undergruppe er de, der ikke kan holde kørsel og indtag af alkohol adskilt uden nødvendigvis at være afhængige alkohol. Denne gruppe er mindre synlig.

Nedenstående kriterier kan bruges til at vurdere, om der er tale om egentlig afhængighed af alkohol. Hvis tre ud af seks af kriterierne er opfyldt i mindst en måned inden for de sidste 12 måneder, er der tale om afhængighed.

- Trang (næsten uimodståelig lyst til alkohol)
- Abstinenser (ubehag, sved, uro, høj puls mv.)
- Tolerance (det kræver større mængder for samme effekt)
- Nedsat kontrol (små mængder alkohol medfører lyst til store mængder og hyppig indtagelse)
- Fortsat indtag selvom man ved, at det skader kroppen
- Nedsat evne til at passe arbejde, familie mv.

Desuden er et karakteristisk tegn på afhængighed, at man skal drikke om morgenen for at komme i gang.

I klinisk praksis vil diagnosen af alkoholproblemer bygge på sygehistorien og kliniske tegn, påvisning af biologiske, psykologiske og sociale markører for alkoholskade samt eventuelt på bestemte blodprøver (GGT eller CDT).

### 8.1.2 Lægeligt kørselsforbud

- **Gruppe 1 og 2**

Førere, der er afhængige af alkohol, eller som ikke kan holde kørsel og indtagelse af alkohol adskilt, bør have udstedt et lægeligt kørselsforbud.

Ved alkoholafhængighed bør der være mindst seks måneders dokumenteret alkoholafholdenhed, før genoptagelse af kørsel.

Dokumentationen af alkoholafholdenhed kan ske ved regelmæssig opfølgning hos egen læge eller i et alkoholambulatorium. Der er i kørekortsammenhænge ikke indikation for laboratorieanalyser. I den på- gældende periode bør der være udstedt et lægeligt kørselsforbud.

Ved alkoholrelaterede krampeanfald bør der sædvanligvis være 12 måneders symptomfrihed før genoptagelse af kørsel/generhvervelse af kørekort. Der bør derfor udstedes et lægeligt kørselsforbud i den på- gældende periode. Et tilgrundliggende alkoholproblem skal være behandlet og dokumenteret som ovenfor beskrevet, før kørselsforbuddet kan ophæves.

For førere af motorkøretøjer i Gruppe 2 skal lægen særligt vurdere den yderligere risiko, der er forbundet med at føre de køretøjer, der indgår i denne gruppe.

### **8.1.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

- **Gruppe 1**

Når patienter med alkoholafhængighed har dokumenteret alkoholafholdenhed gennem 1/2 år, som beskrevet ovenfor, kan kørekort anbefales udstedt, men sædvanligvis med vilkår om en tidsbegrænsning på to år. Ved efterfølgende ansøgninger kan kørekort sædvanligvis udstedes uden tidsbegrænsning, også selvom ansøgeren fortsat er i fast antabusbehandling.

- **Gruppe 2**

Samme regler gælder som for Gruppe 1. Lægen skal udtale sig om den yderligere risiko, der er forbundet med at føre de køretøjer, der indgår i denne gruppe.

### **8.1.4 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

- **Gruppe 1 og 2**

For ansøgere eller førere, der har været afhængige af alkohol, vil der være behov for en vurdering fra egen læge eller speciallæge i psykiatri.

Er der forhold, der taler for, at ansøger lider af alkoholafhængighed, bør der i forbindelse med en ansøgning om kørekort foreligge entydige oplysninger om alkoholforbrugets omfang og varighed og andre symptomer beskrevet under »Generelle forhold«. Hvis forbruget har medført indlæggelse eller behandling, bør oplysningerne herom i patientjournalen sendes med. Hvis der er tvivl om, hvorvidt der er tale om alkoholafhængighed, kan det være nødvendigt med en vurdering fra en speciallæge i psykiatri.

## **8.2 Narkotikamisbrug (H2)**

### **8.2.1 Generelle forhold**

Narkotika/euforiserende eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer kan påvirke føreregnetheden på for- skellig måde. For hash og andre former for narkotika er der en lovgivningsmæssig nultolerance

under kørsel. Hvis der foreligger et varigt forbrug, selv om stoffet/stofferne ikke bruges i forbindelse med kørsel, er der en sandsynlighed for, at føreregnetheden også vil kunne være varigt påvirket.

Reglerne for trafikfarlige lægemidler indtaget i overensstemmelse med lovlig recept omtales nærmere i kapitel 9 »Trafikfarlig medicin«.

Substitutionsbehandling med metadon eller buprenorfin må, efter tilvænning, antages at medføre en begrænset trafiksikkerhedsrisiko og er dermed ikke nødvendigvis uforenelig med enhver form for motorkørsel. Problemstillingen er nærmere omtalt i kapitel 9 »Trafikfarlig medicin«.

### 8.2.2 Lægeligt kørselsforbud

I henhold til kørekortbekendtgørelsen kan personer, der er afhængige af euforiserende eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer, ikke erhverve eller bibeholde kørekort. Der bør derfor udstedes kørselsforbud til patienter, der vurderes at være afhængige af euforiserende eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer. Det samme gælder for patienter med kørekort, der regelmæssigt indtager euforiserende eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer, uanset disses form, når det vurderes, at det kan nedsætte vedkommendes evne til uden risiko at føre motordrevet køretøj, hvortil der kræves kørekort, og hvis den indtagne mængde er så stor, at den må antages at påvirke kørslen negativt.

- **Gruppe 1**

Kørselsforbuddet bør være i kraft, indtil tilstanden er stabil, og der ikke samtidig er forbrug af andre bevidsthedspåvirkende midler, det vil sige både lægemidler og illegale stoffer.

- **Gruppe 2**

I vurderingen af behovet for kørselsforbud skal man være særlig opmærksom på de yderligere risici, der er forbundet med at føre køretøjer til Gruppe 2. Som udgangspunkt bør førere med aktuelle misbrugsproblemer ikke opretholde kørekort til store køretøjer og først genoptage kørsel efter en længerevarende stabil fase. Der bør være speciel opmærksomhed på personer med kørekort til erhvervsmæssig personbefordring (Erhverv B, D1 og D).

Lægen bør sædvanligvis udstede et kørselsforbud, så længe der gives substitutionsbehandling. Kun ved helt særligt stabile forhold kan det overvejes at give tilladelse til kørsel med Gruppe 2-køretøjer, dog ikke til bus (D) eller erhvervsmæssig personbefordring (Erhverv B, D1 og D).

### 8.2.3 Undersøgelsesmetode

Hvis lægen har givet oplysninger om, at der er brug/misbrug af euforiserende eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer eller et afhængighedssyndrom, vil politiet sædvanligvis kræve aflæggelse af rene urin- kontroller i et nærmere fastsat tidsrum. Det kan for eksempel være seks gange på et halvt år med veksel- de mellemrum hos egen læge eller på et misbrugscenter.

Der findes ikke specifikke regler om, hvilke undersøgelsesmetoder der skal anvendes og hvordan kontrollen organiseres. Vedrørende urinprøver vil oplysning om urinkreatininkoncentration under

referenceområdet nederste værdi tale stærkt for, at stoffrihed ikke er dokumenteret. En håranalyse hver tredje måned vil kunne erstatte urinkontrol.

#### 8.2.4 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

- **Gruppe 1 og 2 generelt**

Hvis ansøger har et afhængighedssyndrom bør der sædvanligvis være mindst seks måneders dokumenteret stoffrihed, før et kørekort kan udstedes eller fornyes.

Hvis der er oplysninger om brug eller misbrug af euforiserende stoffer eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer, men hvor der ikke er dokumentation for et afhængighedssyndrom, bør der sædvanligvis fore- ligge mindst seks måneders dokumenteret stoffrihed. Politiet vil træffe afgørelse om, hvorvidt førerretten kan bevares i den periode kontrollen sker.

#### 8.2.5 Vilkår om tidsbegrænsning

Hvis ansøger har haft et forbrug/misbrug af euforiserende eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer eller der har været et afhængighedssyndrom, og alle urinprøver, som er krævet af politiet, er uden indhold af bevidsthedspåvirkende stoffer, bør kørekortet sædvanligvis udstedes/fornyes med vilkår om tidsbegrænsning på to år. Tidsbegrænsningen skyldes, at tilstanden har stor risiko for recidiv, hvorfor det er nødvendigt at sikre en opfølgning.

Efter to år skal egen læge udfylde en fornyet kørekortattest. Er der på dette tidspunkt ingen mistanke om aktuelt stofmisbrug, kan kørekort sædvanligvis fornyes uden særlig tidsbegrænsning.

**Gruppe 1 ved behandling med metadon eller buprenorfin:** Hvis behandlingen er lægekontrolleret og har været stabil gennem seks måneder, og der ikke er brug af andre bevidsthedspåvirkende midler, hverken lægemidler eller illegale stoffer, kan kørekort udstedes eller fornyes.

**Gruppe 2 ved behandling med metadon eller buprenorfin:** Kun ved dokumenteret helt særligt stabile forhold bør kørekort til kategori C1 og C udstedes eller fornyes. Der bør ikke udstedes eller fornyes kørekort til andre kategorier i Gruppe 2. Der bør sædvanligvis være vilkår om tidsbegrænsning på to år.

#### 8.2.6 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Ved forbrug/misbrug af euforiserende eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer bør der foreligge oplysninger om forbrugets/misbrugets omfang og varighed, herunder på hvilken måde, hvor hyppigt og i hvilke mængder de pågældende stoffer indtages.

Hvis forbruget/misbruget har medført indlæggelse eller behandling, bør kopi af relevante dele af patientjournalen medsendes.

I tvivlstilfælde bør der sædvanligvis foreligge en udtalelse fra speciallæge i psykiatri om, hvorvidt der foreligger et afhængighedssyndrom, og om kørekort bør udstedes/fornyes.

Ved behandling med metadon eller buprenorfin skal egen læge eller speciallæge i relevant speciale udtale sig om den risiko, der er forbundet med at føre de køretøjer, der indgår i ansøgningen.



# 9 Trafikfarlig medicin (H3)

---

## 9.1 Generelle forhold

Trafikfarlig medicin sløver centralnervesystemet, hvilket blandt andet kan betyde følgende:

- At man bliver døsig eller søvnig
- Har svært ved at koncentrere sig
- Reagerer langsommere end ellers
- Føler sig påvirket

Kombinationen af visse typer medicin og trafik kan være mindst lige så farlig som alkohol. Påvirkningen fra medicinen kan meget vel svare til at have en ikke ubetydelig alkoholpromille og kan dermed øge risikoen for uheld betragteligt.

Trafikfarlige lægemidler tilhører en række forskellige lægemiddelgrupper, herunder:

- stærke og visse svage smertestillende midler
- angstdæpende og beroligende midler
- midler mod epilepsi
- hostemedicin
- køre- og søsygemidler
- midler mod kvalme
- midler mod allergi og høfeber
- midler mod migræne
- nogle slankemidler
- midler til behandling af psykisk sygdom (psykofarmaka)
- al medicin med mere end 10 % alkohol
- sovemidler

På Lægemiddelstyrelsens hjemmeside findes en liste over trafikfarlige lægemidler. Medicin, der påvirker trafiksikkerheden væsentligt, er mærket med en rød advarselstrekant. Herudover er der nogle læge- midler, der kun bruges på sygehuse, som kan påvirke evnen til at føre bil, for eksempel anæstesimidler. Her påhviler det den behandlende læge at informere og vurdere, hvornår det er forsvarligt for patienten igen at køre bil. En række andre lægemidler, som ikke er mærket med advarselstrekant, kan alligevel hos nogle patienter medføre let eller moderat påvirkning, som kan have betydning for trafiksikkerheden i praksis. Det drejer sig for eksempel om en række psykofarmaka.

En række andre lægemidler, som ikke er mærket med en rød advarselstrekant og ikke er direkte bevidsthedspåvirkende, kan under særlige omstændigheder påvirke evnen til at færdes sikkert i trafikken. Det drejer sig om for eksempel:

- Øjendråber, der indeholder stoffer, som udvider pupillen, og derfor kan virke generende på synet.

- Medicin mod forhøjet blodtryk, som kan give svimmelhed, utilpashed og dermed nedsat reaktionsevne.
- Insulin samt visse tabletter mod sukkersyge, som indirekte kan være årsag til nedsat reaktionsevne.
- Flere slags naturmedicin, som kan virke sløvende og dermed påvirke reaktionsevnen. Man skal især være opmærksom på midler, som indeholder valeriane (Baldrian).

I dette kapitel omtales de nærmere regler vedrørende lægemidler, som udskrives på lovlig vis af en læge. Problemstillingen vedrørende brug af lægemidler i misbrugsøjemed omtales i kapitel 8.

### **9.1.1 Lægeligt kørselsforbud**

Ved ordination af trafikfarlige lægemidler skal lægen altid vurdere, om patienten, der sættes i behandling med det pågældende lægemiddel og i den pågældende dosering, vil være i stand til at føre motorkøre- tøj på fuldt betryggende måde, eller om der skal udstedes et lægeligt kørselsforbud.

Der vil ofte være brug for et lægeligt kørselsforbud i startfasen med henblik på at vurdere, i hvilket omfang patienten bliver påvirket. I de efterfølgende afsnit er der anført mere detaljerede regler for stærk smertestillende medicin, benzodiazepiner og nogle andre specifikke grupper. Der bør være særlig opmærksomhed på førere af store køretøjer og ved erhvervmæssig personbefordring, hvor der i nogle tilfælde er særlige regler (se nedenstående afsnit).

### **9.1.2 Undersøgelsesmetoder**

Der findes ikke veldokumenterede metoder til at vurdere, i hvilken grad patienter bliver påvirket af brugen af lægemidler. Den lægelige vurdering må baseres på oplysninger i sygehistorien om symptomer på, at patienten er påvirket, og et konkret klinisk skøn. I nogle tilfælde kan den simple screening for demens (urskive- og ordgenkaldelsestest) indgå.

### **9.1.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Hvis det fremgår af kørekortattesten, at den behandlingsansvarlige læge vurderer, at ansøgerens brug af trafikfarlige lægemidler er forenelig med bilkørsel, eventuelt efter en tilpasningsperiode, vil kørekort sædvanligvis kunne udstedes eller fornyes uden særlige vilkår. Særlige regler gælder dog ved kørekort til store køretøjer og kørekort til erhvervmæssig personbefordring (se nedenstående afsnit).

## **9.2 Stærk smertestillende medicin**

### **9.2.1 Generelle forhold**

Stærke smertestillende midler er opioider og andre beslægtede stoffer. Hovedparten henhører under ATC-kode N02A og henregnes som stærke opioider, men også svage opioider som tramadol og codein i mængder over niveauet i håndkøbsmedicin kan udgøre en betydelig trafiksikkerhedsmæssig risiko, og effekten kan ofte sidestilles med promillekørsel.

Regelmæssig brug af korttidsvirkende opioider er sædvanligvis ikke forenelig med kørsel. Det anses generelt ikke for muligt at opnå stabil døgndækkende smertebehandling med korttidsvirkende opioider, også selv om disse tages med faste intervaller.

### 9.2.2 Lægeligt kørselsforbud

Lægen bør normalt udstede kørselsforbud, hvis patienten bliver sat i behandling med større doser stærk smertestillende medicin fra starten. Det vil oftest være relevant med et kørselsforbud på et par uger. Kørselsforbuddet kan dog ofte undlades, hvis behandlingen indledes med en lav dosis, hvorefter der langsomt bliver trappet op, og der ikke bliver observeret bivirkninger af trafiksikkerhedsmæssig betydning.

Brug af korttidsvirkende præparater, herunder suppositorier og injektioner, er som udgangspunkt ikke forenelig med kørsel. Til korttidsvirkende præparater henregnes følgende:

Generisk navn	Handelsnavne (eksempler)	Bemærkninger
Morfin	Morfin, Oramorph®	
Codein	Fortamol®, Kodein, Kodipar®, Pinex® comp.	Kun præparater med over 10 mg Codein er kontraindiceret.
Fentanyl	Abstral, Actiq, Instanyl®, PecFent	Depotplastre kan være foreneligt med kørsel. Se Tabel X.
Hydromorphon	Palladon® kapsler	
Ketobemidon	Ketogan®	
Nicomorphin	Vilan®	
Oxycodon	Oxycodone, Oxycondonhydrochlorid (kapsler), Oxynorm®	
Pethidin	Petidin	
Tramadol	Dolol® (brusetabletter, kapsler), Mandolgin® (brusetabletter, kapsler), Nobligan® (kapsler, dråber), Tadol, Tradolan® (tabletter), Tramadol® (kapsler)	
Tapentadol	Palexia®	
<i>Tabellen viser en oversigt over korttidsvirkende opiater, som ikke er forenelig med kørsel. Listen er ikke udtømmende og dækker blandt andet ikke alle injektionspræparater og suppositorier (som per definition også er korttidsvirkende).</i>		

De korttidsvirkende opiater kan dog ordineres efter behov (p.n.), uden at der bliver udstedt kørselsforbud, hvis patienten er instrueret i kun at anvende dem for eksempel til natten, og patienten har forstået, at kørsel ikke må finde sted, så længe vedkommende er under påvirkning af lægemidlet. I helt særlige tilfælde, for eksempel ved korttarmssyndrom, som kun kan behandles effektivt med for eksempel opiumsdråber, kan dette være acceptabelt, hvis patienten vurderes at være upåvirket og overholder den ordinerede dosering.

Langtidsvirkende opiater (depotpræparater) anses som udgangspunkt for at være forenelig med bilkørsel. Det forudsætter, at den ordinerende læge har vurderet, at patienten ikke er kognitivt påvirket af behandlingen, og der ikke gives større doser end de anførte i nedenstående tabel. Det forudsættes endvidere, at der altid sker en konkret vurdering af, at der ikke er andre helbreds-mæssige forhold, der taler imod kørsel.

Generisk navn	Handelsnavne	Absolut maksimal døgndosis (mg) for kørekort
Hydromorphon depotpræparater	Jurniasta, Palladon® (depotkapsler)	32 mg.
Fentanylplaster	Durogesic®, Fentanyl, Matrifen®	100 mikrogram/time
Metadon	Metadon	120 mg.
Morfin depotpræparater	Malfin, Doltard®, Depolan®, Contalgin	360 mg.
Oxycodon depotpræparater	Orionox, Oxycodone Depot, Oxycodonhydrochlorid (depotabletter), OxyContin®, Reltebon Depot, Targin komb.	110 mg.
Tramadol depotpræparater	Adamon SR, Dolatramyl, Dolol® (depotkapsler), Gemadol® Retard, Mandolgin® (deportabletter), Nobligan® (depottabletter), Tradolan® (depottabletter), Tramadol Retard	400 mg.
Tapentadol depotpræparater	Palexia®	600 mg.
Buprenorfin sublinguale resoribletter	Buprenorfin, Norvipren, Suboxone®, Subutex®, Temgesic®	Der er ikke fastlagt en øvre grænse.
Buprenorfin depotplastre	Buprefarm, Buprenorphine, Norspan, Transtec	Der er ikke fastlagt en øvre grænse.
<i>Tabellen viser en oversigt over udvalgte depotpræparater. Der er angivet en absolut maksimal døgndosis (mg) for kørekort.</i>		

Der bør være særlig opmærksomhed på førere med kørekort til Gruppe 2. Førere af store køretøjer bør som udgangspunkt ikke køre store køretøjer under påvirkning af stærk smertestillende medicin på grund af de særligt store risici, der er ved de tunge køretøjer. Den ordinerende læge bør af hensyn til trafiksikkerheden generelt være restriktiv på dette område og nøje vurdere, om der er noget, der indikerer, at evnen til at føre motorkøretøj på nogen måde er påvirket. Det er ikke acceptabelt at føre køretøjer, som kræver kørekort til erhvervsmæssig personbefordring (Erhverv B og Erhverv D, taxa og kommerciel buskørsel) under påvirkning af stærk smertestillende medicin.

### 9.2.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Udstedelse og fornyelse af kørekort til patienter, der er i behandling med stærke smertestillende midler, sker efter samme retningslinjer som nævnt i afsnittet "Lægeligt kørselsforbud".

#### 9.2.3.1 Vilkår om tidsbegrænsning

Såfremt der ikke er særlige forhold, der begrundet det, vil kørekortet blive udstedt uden vilkår om særlig tidsbegrænsning. Forhold, der kan begrunde et vilkår om tidsbegrænsning, er for eksempel, hvis der kan forventes en forværring i tilstanden, eller forbruget kan forventes at stige.

Der skal i hver enkelt sag foretages en konkret vurdering af, hvorvidt der foreligger særlige forhold, som gør, at der er behov for et vilkår om en individuelt fastsat tidsbegrænsning.

Det vil være af betydning for vurderingen, om ansøgeren, som er i fast behandling med stærk smertestillende medicin eller benzodiazepiner, går til jævnlig lægelig kontrol i forbindelse med fornyelse af recepter. Hvis den behandlingsansvarlige læge vurderer, at hensynet til trafiksikkerheden

i tilstrækkelig grad kan varetages gennem denne lægelige kontrol og i den forbindelse lægens mulighed for at udstede kørselsforbud, bliver der normalt ikke anbefalet en særlig tidsbegrænsning.

### 9.3 Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler

#### 9.3.1 Generelle forhold

Disse lægemidler udgør en betydelig trafikikkerhedsmæssig risiko, og effekten kan ofte sidestilles med promillekørsel. Reglerne omkring kørsel og benzodiazepiner er derfor restriktive.

Benzodiazepinpræparaterne inddeles i midler med:

- Lang halveringstid: > 10 timer. Disse lægemidler er, med få undtagelser, ikke forenelige med bilkørsel.
- Kort halveringstid: højst 10 timer. Lægemidler i denne gruppe kan være forenelige med bilkørsel.

#### 9.3.2 Lægeligt kørselsforbud

Ved daglig brug af benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler med en halveringstid på over 10 timer bør den ordinerende læge sædvanligvis udstede et kørselsforbud, så længe behandlingen pågår. Halveringstider for forskellige benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler fremgår af nedenstående skema.

Bliver de langtidsvirkende benzodiazepiner kun taget som en enkelt dosis, undtagelsesvist eller i særlige situationer eller perioder, bør lægen rådgive patienten om ikke at føre motorkøretøj i tiden efter indtagelsen. Længden af perioden, hvor kørselsforbuddet gælder efter indtagelse, skal tage udgangspunkt i halveringstiden for det pågældende præparat og den individuelle påvirkning.

Ved start af fast behandling med benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler og ved markant øgning af dosis af en igangværende behandling bør der sædvanligvis udstedes kørselsforbud. Kørselsforbud- det bør vare to til fire uger, men længden skal altid bero på en konkret vurdering. Lægen bør vurdere patientens kognitive funktioner, og hvis lægen vurderer, at disse på nogen måde vil være påvirket under kørsel, bør der udstedes et kørselsforbud.

**Behandling af epilepsi** kræver i visse særlige tilfælde forebyggende behandling med langtidsvirkende benzodiazepiner, primært clonazepam. Den ordinerende læge må i disse situationer nøje vurdere, om der er symptomer på kognitiv påvirkning. Såfremt det skønnes forsvarligt, og der jævnlige sker opfølgning, kan lægen undlade at give et lægeligt kørselsforbud. Da personer med epilepsi normalt ikke kan få udstedt eller bevare kørekort til store køretøjer (Gruppe 2) gælder denne undtagelse kun almindeligt kørekort (Gruppe 1).

Generisk navn	Handelsnavn	Halveringstid	Maksimal døgndosis
<b>Anxiolytika</b>			
Alprazolam	Alprazolam, Alprox®, Tafil®	12 timer	Ikke forenelig med kørsel
Bromazepam	Bromam®, Lexotan®	15 timer	Ikke forenelig med kørsel
Chlordiazepoxid	Klopoxid, Risolid®	72 timer	Ikke forenelig med kørsel
Clobazam	Frisium®	40 timer	Ikke forenelig med kørsel
Clonazepam	Rivotril®	40 timer	Ikke forenelig med kørsel 1)
Diazepam	Diazepam, Hexalid®, Stesolid®, Apozeepam®	72 timer	Ikke forenelig med kørsel
Lorazepam	Lorazepam, Temesta®	12 timer	Ikke forenelig med kørsel
Oxazepam	Oxazepam, Oxapax®, Oxabenz®	10 timer	30 mg.
<b>Hypnotika</b>			
Nitrazepam	Nitrazepam, Pacisyn®	24 timer	Ikke forenelig med kørsel
Lormetazepam	Pronoctan®	10 timer	1 mg.
Triazolam	Halcion®	3 timer	0,125 mg.
Zolpidem	Zolpidem, Stilnoct®, Zonoct®	2 timer	10 mg.
Zopiclon	Zopiclone, Imozop®, Imovane®, Imoclone®	5 timer	7,5 mg.
<i>Tabellen viser en oversigt over hyppigt anvendte benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler, halveringstider og brug i forbindelse med bilkørsel.</i>			
<i>1) Clonazepam er registreret til brug ved visse former for epilepsi, og der er særlige regler for bilkørsel på denne indikation. Se teksten.</i>			

### 9.3.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Hvis der er ordineret en fast daglig behandling med benzodiazepiner og benzodiazepinlignende lægemidler med en halveringstid over 10 timer, bør der sædvanligvis ikke ske udstedelse, fornyelse, udvidelse eller generhvervelse af kørekortet. Bliver lægemidlerne kun taget som en enkelt dosis, undtagelsesvist eller i særlige situationer, kan kørekort beholdes. Lægen skal rådgive patienten om ikke at føre motorkøretøj i tiden efter indtagelsen.

Kørekort (alle kategorier) bør normalt ikke udstedes ved samtidig brug af stærk smertestillende medicin i fast dosering og benzodiazepiner/benzodiazepinlignende midler. Kun i tilfælde, hvor der er tale om samtidig behandling med korttidsvirkende benzodiazepiner, som har en halveringstid på fem timer eller derunder, kan kørekort udstedes eller fornyes.

### **9.3.3.1 Vilkår om tidsbegrænsning**

Der skal i hver enkelt sag foretages en konkret vurdering af, hvorvidt der foreligger særlige forhold, som gør, at der er behov for et vilkår om en individuelt fastsat tidsbegrænsning.

Det vil være af betydning for vurderingen, om ansøgeren, som er i fast behandling med stærk smertestillende medicin eller benzodiazepiner, går til jævnlig lægelig kontrol i forbindelse med fornyelse af recepter. Hvis den behandlingsansvarlige læge vurderer, at hensynet til trafikikkerheden i tilstrækkelig grad kan varetages gennem denne lægelige kontrol, og i den forbindelse lægens mulighed for at udstede kørselsforbud, bliver der normalt ikke anbefalet en særlig tidsbegrænsning.

Såfremt der bliver ordineret benzodiazepiner på grund af psykoser eller lignende, kan grundsygdommen i sig selv gøre, at kørekortet udstedes eller fornyes med en særlig tidsbegrænsning. Disse regler fremgår af kapitel 7.1

### **9.3.4 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Der er ingen krav om særlig dokumentation. Det vil dog være relevant, at den ordinerende læge som led i vurderingen af graden af patientens påvirkning udfører en test af de kognitive funktioner og anfører afvigende undersøgelsesresultater. Langvarig behandling med benzodiazepiner kan påvirke de kognitive funktioner i udtalt grad, og en sådan påvirkning vil nogle gange blive afsløret i testen.

## **9.4 Andre euforiserende lægemidler: Cannabisholdige lægemidler og heroin**

### **9.4.1 Generelle forhold**

Cannabis er i henhold til dansk lovgivning ikke forenelig med bilkørsel. Indholdet af tetrahydrocannabinol (THC) i blodet må ikke overstige 0,001 mg THC pr. kg blod, hvis det ikke er indtaget i henhold til en lovlig recept. Hvis det er indtaget i henhold til lovlig recept, vil der kunne udstedes eller fornyes kørekort, så længe det er indtaget i overensstemmelse med recepten, og den ordinerende læge vurderer, at det er forsvarligt.

Brug af heroin (diacetylmorfin), uanset om det er lægeordineret eller ej, må generelt anses for uforenelig med bilkørsel.

### **9.4.2 Lægeligt kørselsforbud**

Ved starten af fast behandling med THC-holdige og tilsvarende lægemidler og ved markant øgning af dosis af en igangværende behandling, bør lægen sædvanligvis udstede et kørselsforbud. Kørselsforbuddet bør vare to til fire uger, men længden skal altid bero på en konkret vurdering. Lægen bør herefter, ud fra sygehistorien og konkrete observationer, nøje vurdere, om der er bivirkninger af trafikikkerhedsmæssig betydning. Hvis lægen vurderer, at patienten vil være påvirket under kørsel, eller der blot er tvivl om dette, bør der udstedes et kørselsforbud, så længe behandlingen varer.

Såfremt der ordineres THC-holdige eller lignende lægemidler på grund af neurologisk sygdom, for eksempel multipel sklerose, kan grundsygdommen i sig selv gøre, at kørsel ikke bør finde sted, og udstedelse eller fornyelse af kørekort vil kunne ske med vilkår om en særlig tidsbegrænsning. Disse regler fremgår af kapitel 4.4.

Ved behandling med heroin (diacetylmorfin) bør der gives et lægeligt kørselsforbud, så længe behandlingen pågår.

#### **9.4.2.1 Vilkår om tidsbegrænsning**

Der skal i hver enkelt sag foretages en konkret vurdering af, hvorvidt der foreligger særlige forhold, som gør, at der er behov for et vilkår om en individuelt fastsat tidsbegrænsning.

### **9.5 Behandling med anden trafikfarlig medicin**

#### **9.5.1 Generelle forhold**

Mange lægemidler kan nedsætte opmærksomheden, reaktionsevnen eller den kritiske sans i samme omfang som alkohol. Det gælder specielt ved kombination af flere lægemidler. Lægemidler, der kan medføre en risiko for trafiksikkerheden, er sædvanligvis markeret med en rød advarselstrekant.

#### **9.5.2 Lægeligt kørselsforbud**

Lægen bør udstede et lægeligt kørselsforbud i henhold til retningslinjerne i nedenstående tabel.



Antidepressiva	Sedation og akkomodationsparese (tricykliske antidepressiva) kan påvirke føreregnetheden. Der bør udstedes et kørselsforbud ved start af behandling og ved dosisøgning. Sygdommen, som indicerer behandlingen, kan dog i sig selv også medføre, at der skal udstedes et kørselsforbud. Selektive serotoningenoptagelseshæmmere (SSRI præparater) har ikke umiddelbart betydning for føreregnethed.
Antipsykotika	Sygdommen, som indicerer behandlingen, kan i sig selv have betydning for føreregnetheden. Dette gælder specielt ved psykotiske lidelser. Derudover kan sedation og de motoriske bivirkninger af den medicinske behandling gøre kørsel risikofyldt. Sædvanligvis bør der udstedes kørselsforbud ved start af behandling og ved dosisøgning, indtil reaktionen på lægemidlet er kendt.
Antihistaminer	Selektive H1-blokkere har ikke betydning for trafikikkerheden. Ved brug af sederende antihistaminer (for eksempel promethazin (Phenergan®), Prometazin) og cyclizin (Marzine®, Gotur) bør der sædvanligvis udstedes kørselsforbud i 24 timer efter indtagelsen. Fast dagligt forbrug af sederende antihistaminer er således ikke forenelig med kørsel.
Antiepileptika	Disse midler kan have udtalte sedative og psykomotoriske virkninger. Patienten bør vurderes af en speciallæge i neurologi, som skal tage stilling til, om behandlingen påvirker føreregnetheden. Det er dog ofte epilepsien og ikke behandlingen, som kan påvirke trafikikkerheden og være den begrænsende faktor.
Anabole steroider	Brug af disse midler i forbindelse med fysisk træning kan medføre aggressivitet og svigtende impuls kontrol. Ved konstateret misbrug af anabole steroider bør der sædvanligvis udstedes kørselsforbud.

### 9.5.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Hvis de ovenfor nævnte betingelser for at udstede kørselsforbud er opfyldt, kan der heller ikke udstedes eller fornyes kørekort.

### 9.5.4 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

**Antipsykotika:** I tvivlstilfælde bør der foreligge en udtalelse fra en speciallæge i psykiatri med oplysning om tilstandens stabilitet, ansøgerens efterlevelse af behandlingen og en vurdering af føreregnethed.

**Antiepileptika:** En speciallæge i neurologi bør vurdere, om behandlingen påvirker føreregnetheden.

# 10 Andre sygdomme

---

## 10.1 Bevægeapparatet (C)

### 10.1.1 Generelle forhold

Kørekort kan som udgangspunkt ikke udstedes til personer, der lider af fysiske handicap eller deformiteter i bevægeapparatet, der gør det risikabelt at føre et motorkøretøj, som kræver kørekort. Ved en række tilstande kan udfordringen ved at føre motorkøretøj på grund af handicappet eller deformiteten afhjælpes med personlige hjælpemidler eller ved specialindretning af motorkøretøjet, så det kan føres på betryggende måde. Se mere nedenfor under krav.

Bevægeapparatsproblemer som følge af neurologiske sygdomme (multipel sklerose, apopleksi mv.) bliver omtalt mere detaljeret i de pågældende kapitler herom.

### 10.1.2 Lægeligt kørselsforbud

Hvis en fører udvikler sygdom eller deformitet i bevægeapparatet eller udsættes for en pludselig skade, som har betydning for trafiksikkerheden, bør der gives et lægeligt kørselsforbud.

Er lægen i tvivl om, hvorvidt en fører med et nyopstået eller forværret handicap fortsat kan føre motor-køretøj forsvarligt, bør lægen efter aftale med patienten påbegynde en kørekortsag som beskrevet nærmere i kapitel 2.4. I forbindelse med behandling af sagen vil en bilinspektør vurdere, om der skal afholdes en vejledende helbreds-mæssig køretest (VHK), eller om der på de foreliggende oplysninger kan stilles krav om brug af personlige hjælpemidler under kørsel eller specialindretning af køretøjet.

Der bør også gives et lægeligt kørselsforbud ved akutte sygdomme og skader, som medfører, at et køre- tøj ikke kan betjenes forsvarligt. Dette vil for eksempel være påkrævet i tilfælde af bandagering/gipsanlæggelse, og indtil tilstrækkelig førlighed igen er opnået efter eventuel genoptræning. Personer, som for eksempel efter en skade ikke kan bruge den ene arm, må ikke køre, før tilstanden er normaliseret.

### 10.1.3 Undersøgelsesmetode

Lægen skal undersøge for bevægelsesindskrænkninger i ryg og hals og sikre, at orientering bagud kan finde sted i forsvarligt omfang. Der er ikke specifikke krav til bevægeligheden, og vurderingen må baseres på et klinisk skøn.

### 10.1.4 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Kørekort kan kun udstedes, hvis egen læge eller en relevant speciallæge vurderer, at kørsel kan ske på forsvarlig vis. Hvis lægen er i tvivl om, hvorvidt eller hvordan kørsel kan ske på forsvarlig vis, kan læ- gens udtalelse indeholde en anbefaling om afholdelse af en vejledende helbreds-mæssig køretest (VHK), hvor behovet for specialindretning af køretøjet vil blive vurderet.

Kørekort til store køretøjer (Gruppe 2) kan i princippet udstedes som til Gruppe 1-køretøjer. Dog skal lægen særligt udtale sig om de yderligere risici og problemstillinger ved køretøjer i denne gruppe, for eksempel ind- og udstigning af store køretøjer og muligheden for at bistå eventuelle passagerer i tilfælde af en ulykke eller andre uforudsete hændelser. Ved vurderingen af ansøgeren skal lægen således være særligt opmærksom på de krav og yderligere risici, der er forbundet med kørsel med store køretøjer, og de større konsekvenser ulykker med disse køretøjer kan forårsage.

#### **10.1.4.1 Vilkår om specialindretning, protese m.v.**

Egen læge eller relevant speciallæge kan anbefale, at kørekort kun udstedes med vilkår om anvendelse af eksempelvis protese eller en specifik specialindretning af køretøjet.

Der bliver i praksis normalt ikke foretaget specialindretning af store køretøjer.

#### **10.1.4.2 Vilkår om tidsbegrænsning**

Hvis der er tale om en fremadskridende tilstand, men det vurderes, at der aktuelt ikke er risiko for trafiksikkerheden, kan kørekortet udstedes med vilkår om individuelt fastsat tidsbegrænsning. Hvis handicappet derimod er stabiliseret, kan kørekortet udstedes uden særlig tidsbegrænsning.

### **10.1.5 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

- **Gruppe 1 og 2**

Ved fysisk handicap og fremadskridende sygdom skal der foreligge aktuelt journalmateriale og en udtalelse fra egen læge eller anden speciallæge. Udtalelsen skal være baseret på en aktuel lægelig vurdering af ansøgerens sygdom eller deformitet. Når det er relevant, kan udtalelsen suppleres med en angivelse af forslag til, hvordan køretøjet kan være tilpasset ansøgeren, og/eller om der skal anvendes ortopædisk protese, hvis lægen vurderer, at kørsel kun kan ske på betryggende måde ved brug heraf.

Lægen bør oplyse, om tilstanden er stationær eller give et skøn over, hvor hurtigt forværring eller eventuel forbedring kan indtræde.

Hvis det er relevant, kan udtalelsen desuden indeholde en anbefaling om afholdelse af vejledende helbredsmæssig køretest (VHK) med henblik på vurdering af behovet for specialindretning.

## **10.2 Nyresygdomme (I)**

### **10.2.1 Generelle forhold**

Svær nyreinsufficiens med almen påvirkning kan påvirke evnen til at føre motorkøretøj og kan derfor udgøre en fare for trafiksikkerheden.

### **10.2.2 Lægeligt kørselsforbud**

For både Gruppe 1 og 2 gælder, at lægen bør udstede et kørselsforbud, hvis en patient har alvorlig nyreinsufficiens med almen påvirkning i en så væsentlig grad, at førerevnen er påvirket.

For Gruppe 2 gælder, at man ved alvorlig, irreversibel nyreinsufficiens kun i særlige tilfælde kan undlade kørselsforbud. Det forudsætter, at førerevnen ikke er påvirket.

### **10.2.3 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Hvis nyrefunktionen er nedsat, men dialysebehandling endnu ikke er aktuel, kan kørekort sædvanligvis udstedes eller fornyes til både Gruppe 1 og 2 uden vilkår om tidsbegrænsning. Ansøgere, der har gennemgået en vellykket nyretransplantation, kan ligeledes få udstedt eller fornyet kørekortet uden vilkår om tidsbegrænsning.

For ansøgere, der er i dialysebehandling på grund af alvorlig, eventuel irreversibel nyreinsufficiens, bør kørekort sædvanligvis udstedes med vilkår om tidsbegrænsning på maksimalt tre år, da der kan være tale om betydelige helbreds-mæssige problemer og øget sygelighed.

### **10.2.4 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

- **Gruppe 1 og 2**

Der bør foreligge aktuelt journalmateriale og eventuelt en udtalelse fra egen læge eller anden speciallæge involveret i behandlingen. Ved eventuel dialysebehandling bør der indhentes oplysning om tilstandens stabilitet fra den behandlende sygehusafdeling.

## **10.3 Respirationsinsufficiens og iltbehandling ved bilkørsel (J)**

### **10.3.1 Generelle forhold**

Hypoksæmi (nedsat iltindhold i blodet) nedsætter blandt andet koncentrationen og reaktionshastigheden, hvilket er til fare for trafikikkerheden. Tilstanden ses i trafikikkerhedsmæssige sammenhænge primært ved kronisk obstruktive lungelidelser (KOL), lungefibrose og andre lungesygdomme.

### **10.3.2 Lægeligt kørselsforbud**

Ved hypoksæmi, der vurderes at nedsætte koncentrationen og reaktionshastigheden, bør lægen udstede et kørselsforbud. Normalt vil der opstå alvorligere symptomer af trafikikkerhedsmæssig betydning ved en ilttension (PaO<sub>2</sub>) under 7,5 kPa svarende til under 90 % iltmætning.

### **10.3.3 Undersøgelsesmetoder**

Specifikt vedrørende hypoksæmi bør der udføres en lungefunktionsundersøgelse og en måling af arteriel ilt- og kuldioxidtension (PaO<sub>2</sub> og PaCO<sub>2</sub>) før og eventuelt efter 30 minutters iltbehandling.

### **10.3.4 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

Hvis behandling med ilt (ilttilskud) øger værdien til  $>7,5$  kPa ( $> 90$  % iltmætning) uden betydende hypercapni (kuldioxidtension under 7 kPa), vil lungesygdommen ikke i sig selv være en hindring for, at der kan udstedes kørekort.

Der bør sædvanligvis ikke udstedes kørekort til Gruppe 2-kategorier på grund af de særlige risici forbundet med kørsel med store køretøjer, og de større konsekvenser ulykker med disse køretøjer kan forårsage.

#### **10.3.4.1 Vilkår for kørekortet**

På grund af den betydelige risiko for forværring af grundlidelsen vil der normalt blive anbefalet en tidsbegrænsning på maksimalt to år.

### **10.3.5 Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

For ansøgere, som på grund af lungesygdom har behov for iltbehandling, eventuelt også under kørsel, bør der foreligge journalmateriale og/eller en udtalelse fra speciallæge i lungemedicin med resultat af lungefunktionsundersøgelse samt oplysning om arteriel ilt- og kuldioxidtension (PaO<sub>2</sub> og PaCO<sub>2</sub>) før og eventuelt efter 30 minutters iltbehandling.

Oplysningerne bør endvidere indeholde en samlet klinisk vurdering af, hvorvidt ansøgeren er klar og orienteret og har tilstrækkelig muskelkraft til at kunne føre motorkøretøj på trafiksikkerhedsmæssig forsvarlig vis.

## **10.4 Andre helbredsmæssige forhold af trafiksikkerhedsmæssig betydning**

En række andre tilstande og sygdomme end de i kapitel 3 til 10.3. nævnte vil kunne udgøre en trafiksikkerhedsmæssig risiko, og det kan derfor også i en række andre sammenhænge være relevant at overveje de sikkerhedsmæssige forhold i forbindelse med bilkørsel.

### **10.4.1 Lægeligt kørselsforbud**

Hvis lægen i øvrigt bliver opmærksom på tilstande hos føreren af et motorkøretøj, som kan medføre fare for trafiksikkerheden, bør der udstedes et lægeligt kørselsforbud. Det kan dreje sig om korterevarende perioder for eksempel efter ambulante operationer eller væsentlige ændringer i helbredstilstanden efter for eksempel en organtransplantation.

Hvis lægen er i tvivl, om en tilstand udgør en fare for trafiksikkerheden, kan lægen udfylde en kørekortattest og i samarbejde med patienten påbegynde en kørekortsag. Se mere herom i kapitel 2.4.

### **10.4.2 Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort**

På grund af den heterogene sammensætning af denne gruppe tilstande og sygdomme kan der ikke opstilles generelle retningslinjer.

# 11 Ophævelse og ikrafttrædelse

---

## **Ophævelse**

Sundhedsstyrelsens vejledning (VEJ nr. 9554 af 10. oktober 2013) om vurdering af helbredskrav til førere af motorkøretøjer bortfalder.

## **Ikrafttrædelse**

Vejledningen træder i kraft den 1. august 2017. Dog træder kapitel 5.1 om hjertesygdomme først i kraft den 1. januar 2018.

Styrelsen for Patientsikkerhed, den 31. juli 2017

Henrik L. Hansen

/Dia Graversen Larsen

# 12 Indeks

---

## A

Alkohol- og narkotikamisbrug; 60  
Alkoholmisbrug (H1); 60  
Andre euforiserende lægemidler: Cannabisholdige lægemidler og heroin (diacetylmorfin); 71  
Andre helbredsæssige forhold af trafikikkerhedsmæssig betydning; 77  
Andre neurologiske sygdomme (F3); 36  
Andre sygdomme; 74

## B

Behandling med anden trafikfarlig medicin; 72  
Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler; 69  
Bevægeapparatet (C); 74

## C

Cerebrovaskulær sygdom (F3); 45

## D

Demens; 56  
Demens og andre kognitive forstyrrelser (G2); 56  
Diabetes (E); 49

## E

Epilepsi og kramper (F1); 24

## H

Hjerte- og karsygdomme (D); 38  
Hjertesygdomme; 38

Hyperkinetiske forstyrrelser og behandling med centralstimulerende lægemidler; 55  
Hørelsen (B); 22

## N

Narkotikamisbrug (H2); 61  
Neurologiske lidelser; 24  
Nyresygdomme (I); 75

## P

Psykisk udviklingshæmning; 58  
Psykiske sygdomme; 54  
Psykiske sygdomme og demens; 54  
Psykiske sygdomme og hyperkinetiske lidelser (G1); 54

## R

Respirationsinsufficiens og iltbehandling ved bilkørsel (J); 76

## S

Stærk smertestillende medicin; 66  
Synet (A); 16  
Synet (A) og hørelsen (B); 16  
Synkoper (besvimelse) og andre bevidsthedsforstyrrelser (F2); 29  
Søvn- og vågenhedsforstyrrelser (J); 33

## T

Trafikfarlig medicin (H3); 65