



Styrelsen for Patientsikkerhed

# Vejledning om helbreds krav til kørekort

2022



# Indholdsfortegnelse

<b>Introduktion</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Generelle forhold og introduktion til begreber</b> .....	<b>7</b>
1.1. Vejledningens opbygning .....	7
1.2. Hvornår skal der vedlægges en lægeattest i forbindelse med ansøgning om kørekort.....	7
1.3. Ansvarsfordeling mellem forskellige myndigheder .....	8
1.4. Kørekortkategorier hvor der skal vedlægges kørekortattest .....	8
1.5. Udfyldelse af kørekortattesten og dokumentation af helbredskrav .....	9
1.6. Vilkår og begrænset gyldighedsperiode for kørekortet.....	10
1.7. Vejledende helbredsmæssig køretest og vurdering ved en prøvesagkyndig.....	10
1.8. Vurdering af prøvesagkyndig.....	10
<b>2. Lægens ansvar og anmeldelsespligt i forbindelse med kørekort</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. Oprettelse af en kørekortsag .....	14
2.5. Instrukser .....	15
2.6. Indberetning til Styrelsen for Patientsikkerhed .....	15
2.7. Anmeldelse til politiet ved umiddelbar fare .....	16
<b>3. Synet (A) og hørelsen (B)</b> .....	<b>17</b>
3.1. Synet (A).....	17
3.2. Synsstyrke .....	17
3.3. Synsfelt .....	19
3.4. Fremadskridende øjenssygdom af betydning for synsevnen.....	20
3.5. Nedsat kontrastfølsomhed, følsomhed over for blænding eller natteblindhed .....	21
3.6. Kørekortbekendtgørelsens undtagelsesbestemmelse vedrørende gruppe 1 kategorier .....	21
3.7. Hørelsen (B) .....	22

<b>4. Neurologiske lidelser .....</b>	<b>23</b>
4.1. Epilepsi og krampesygdomme (F1) .....	23
4.2. Synkoper (besvimelse) og andre bevidsthedsforstyrrelser (F2) (bevidsthedstab og bevidsthedsforstyrrelser af anden årsag end epilepsi, hjerte-karsygdom og diabetes) .....	28
4.3. Søvn- og vågenhedsforstyrrelser (J) .....	31
4.4. Andre neurologiske sygdomme (F3) .....	34
<b>5. Hjerte- og karsygdomme.....</b>	<b>36</b>
5.1 Hjertesygdomme.....	36
5.2. Cerebrovaskulær sygdom (F3).....	45
<b>6. 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 .....	51
6.5. Oversigt over klassifikation af hyppigt anvendte antidiabetika i trafiksikkerhedsmæssig sammenhæng (listen er ikke udtømmende) .....	52
<b>7. Psykiske sygdomme og demens .....</b>	<b>53</b>
7.1 Psykiske sygdomme og hyperkinetiske lidelser (G1) .....	53
7.2. Demens og andre kognitive forstyrrelser (G2) .....	56
<b>8. Alkohol- og narkotikamisbrug.....</b>	<b>59</b>
8.1. Alkoholmisbrug (H1) .....	59
8.2. Narkotikamisbrug (H2).....	60
<b>9. Trafikfarlig medicin (H3) .....</b>	<b>63</b>
9.1. Generelle forhold .....	63
9.2. Stærk smertestillende medicin .....	64
9.3. Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler .....	68
9.4. Euforiserende lægemidler: Cannabisholdige lægemidler og heroin (diacetylmorfin).....	70
9.5. Behandling med anden trafikfarlig medicin .....	74

<b>10. Andre sygdomme</b> .....	<b>76</b>
10.1. Bevægeapparatet (C) .....	76
10.2. Nyresygdomme (I) .....	77
10.3. Respirationsinsufficiens og iltbehandling ved bilkørsel (J) og andre helbredsmæssige forhold af trafikikkerhedsmæssig betydning .....	78
10.4. Andre helbredsmæssige forhold af trafikikkerhedsmæssig betydning .....	79

# Introduktion

De lovbetingede helbredskrav til kørekort er beskrevet i bilag 2 "Mindstekrav med hensyn til fysik og psykisk egnethed til at føre motordrevet køretøj, hvortil der kræves kørekort" i gældende kørekortbekendtgørelse.

Styrelsen for Patentsikkerhed præciserer i denne vejledning styrelsens fortolkning af bekendtgørelsens helbredskrav og de krav til omhu og samvittighedsfuldhed, som læger i henhold til autorisationsloven bør udvise ved vurderingen af spørgsmål om helbred og bilkørsel.

Styrelsens faglige vejledning baserer sig på alment accepteret praksis, videnskabelig litteratur, rådgivning fra lægevidenskabelige selskaber og vurderinger fra styrelsens sagkyndige.

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 læger 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 en risiko for trafiksikkerheden (se [kapitel 2.2](#)).
- Når en læge skal udfylde en lægeattest om kørekort (herefter kaldet kørekortattest): "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 kan også læses af borgere, der ønsker at vide, hvornår det lægefagligt vurderes, at en borger på grund af sygdom, svækkelse, indtagelse af bevidsthedspåvirkende stoffer, påvirkning af opstemmende 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 (førerevnekriteriet). Heraf fremgår det klart, at motorkøretøj ikke må føres eller forsøges ført af nogen, som er omfattet af ovenstående.

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

Vejledningen knytter sig til følgende lovgivning:

- Færdselsloven LBK nr. 1710 af 13. august 2021.
- Bekendtgørelse om kørekort nr. 1843 af 22. september 2021 (omtales herefter som Kørekortbekendtgørelsen).
- Cirkulære om kørekort nr. 9163 af 25. marts 2015 med senere ændringer.
- Sundhedsloven LBK nr. 903 af 26. august 2019 med senere ændringer.
- Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, LBK nr. 731 af 8. juli 2019.

# 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 3-10 omhandler de specifikke helbredsmæssige forhold, som kan få 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: Relevant afsnit fra kørekortbekendtgørelsens bilag 2 om "Mindstekrav med hensyn til fysisk og psykisk egnethed til at føre motordrevet køretøj, hvortil der kræves kørekort"

- Generelle forhold
- Lægeligt kørselsforbud – vejledning til hvornår det bør udstedes
- Undersøgelsesmetoder – hvis dette er relevant
- Helbredskrav ved udstedelse og fornyelse af kørekort
- Eventuelle særlige helbredsmæssige dokumentationskrav

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

I følgende tilfælde skal der vedlægges en lægeattest, som i det følgende betegnes "kørekortattest" (Blanket til helbredsmæssige oplysninger ved udstedelse af kørekort), som ikke må være over seks måneder ved indlevering til kommunen og ved udstedelse af kørekortet må den ikke være over et år og ni måneder, jf. kørekortbekendtgørelsens § 32, stk. 5:

- Ansøgning om det første kørekort, bortset fra ansøgning om kørekort til lille knallert – Udvidelse og fornyelse efter evt. særlig tidsbegrænsning
- Ved generhvervelse af førerretten, når denne har været inddraget
- Udstedelse af dansk kørekort på baggrund af kørekort ikke udstedt i EU eller EØS-land undtaget Grønland og Færøerne
- Ved ansøgning om udvidelse eller fornyelse af kørekort til gruppe 2 samt erhverv og kørelærer.

### 1.3. Ansvarsfordeling mellem forskellige myndigheder

Hvis ansøgers egen læge har vurderet, at ansøger har en eller flere af de helbredsmæssige tilstande, som er nævnt i kørekortattesten, vil kommunen sende sagen til Færdselsstyrelsen. Færdselsstyrelsen 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 Færdselsstyrelsen 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 Færdselsstyrelsen. Vurderingen indeholder en anbefaling til Færdselsstyrelsen, og Færdselsstyrelsen kan herefter træffe afgørelse om at udstede eller forny kørekortet til ansøger, eventuelt med relevante vilkår for kørekortet, eller Færdselsstyrelsen kan administrativt inddrage førerretten. Færdselsstyrelsen sender herefter sædvanligvis sin afgørelse direkte til borgeren, og kommunen bliver underrettet herom. Ansøgeren kan klage over afgørelsen til Trafikstyrelsen.

### 1.4. Kørekortkategorier hvor der skal vedlægges kørekortattest

Kørekortattesten findes blandt andet på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside [www.stps.dk](http://www.stps.dk). Den skal normalt udfyldes af ansøgerens egen læge og må i henhold til kørekortbekendtgørelsen ikke være mere end seks 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 både eksisterende og eventuelle nye kategorier. Der stilles generelt højere helbredsmæssige krav til ansøgere til kørekort til motorkøretøjer i gruppe 2 end til ansøgere om kørekort til gruppe 1-kategorier på grund af den fare, det udgør at føre et tungt køretøj eller transportere andre mennesker erhvervsmæssigt.

Der findes også en særlig attest, som bør bruges, når en borger har en diabetesdiagnose. Den særlige diabetesattest hedder "[Lægeerklæring om diabetes i forbindelse med helbredsmæssige oplysninger ved udstedelse af kørekort](#)" og kan også findes på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside.

Diabetesattesten udfyldes af den behandlingsansvarlige læge. Ved ansøgning om kørekort i gruppe 1, bør den udfyldes og sendes med, hvis diabetes sygdommen er ustabil eller har medført komplikationer. Ved gruppe 2 kørekort skal den udfyldes, hvis ansøger bliver behandlet med medicin, som kan medføre hypoglykæmi (insulin m.m.). 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, som udleveres til ansøgeren. Alternativt kan materialet af lægen sendes til ansøgerens ansøgningskommune. Lægen skal endvidere udlevere en kopi af kørekortattesten til ansøgeren.



**Tabel 1.1. Kørekortkategorier (hvor der kræves kørekort):****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:**

Erhverv D1, D: kørekort til erhvervmæssig personbefordring  
 Godkendelse som kørelærer

Fra 1. januar 2018 er kørekortskategorien Erhverv B ("kørekort til Taxa") udgået og ændret til et "Chaufførkort", der udstedes af Færdselsstyrelsen. Henvendelser vedrørende chaufførkort skal rettet til Færdselsstyrelsen.

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

Lægen skal i forbindelse med udfyldelse af hver enkelt kørekortattest vurdere og afpasse den relevante dokumentation for den konkrete ansøgers helbredstilstand. Lægen skal altid redegøre for helbredsforhold, som lægen vurderer er af konkret trafikikkerhedsmæssig betydning.

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 en særlig indretning 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 helbredstilstand 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, eksempelvis en speciallægeudtalelse, hvis denne ikke allerede foreligger. Speciallægeudtalelsen kan i

disse tilfælde begrænses til de sygdomme/lidelser, der har betydning for ansøgerens føreregnethed, samt en samlet aktuel vurdering af, om kørekort kan anbefales.

Det er kørekortansøgeren, der afholder eventuelle udgifter til den dokumentation, som Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er behov for til en tilstrækkelig belysning af helbredsforholdene.<sup>1</sup>

## 1.6. Vilkår og begrænset gyldighedsperiode for kørekortet

Færdselsstyrelsen træffer afgørelse om udstedelse og fornyelse af kørekort, herunder 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.

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

## 1.7. Vejledende helbredsmæssig køretest og vurdering ved en prøvesagkyndig

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

Egen læge og enhver anden af patientens læger samt Styrelsen for Patientsikkerhed kan på baggrund af oplysninger om ansøgerens helbred anbefale til Færdselsstyrelsen via kørekortattesten, at der gennemføres en vejledende helbredsmæssig køretest. 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 vejledende helbredsmæssig køretest bliver konstateret manglende kundskaber eller færdigheder af væsentlig betydning for evnen til at føre motorkøretøjer, kan Færdselsstyrelsen beslutte at indkalde ansøgeren til en kontrollerende køreprøve. Hvis der bliver konstateret alvorlige mangler af væsentlig betydning, kan Færdselsstyrelsen inddrage førerretten, hvilket følger af færdselslovens § 56, stk. 2, nr. 2, jf. § 60, 1. pkt.

En vejledende helbredsmæssig køretest med det formål at afprøve den pågældendes kørefærdigheder foregår på offentlig vej i et køretøj, som er godkendt til øvelseskørsel. Vejledende helbredsmæssige køretest i forhold til mulig specialindretning af bil ved handicap foretages i den pågældendes egen bil. Hvis der er behov for egentlig kørsel, vil det som udgangspunkt foregå på parkeringspladser eller lignende med begrænset trafik.

## 1.8. Vurdering af prøvesagkyndig

Attestudstedende læge kan i kørekortattesten anbefale, at sagen bliver vurderet ved Færdselsstyrelsens prøvesagkyndige, hvis en ansøger har fysiske funktionsnedsættelser. Det er afgørende, at dette klart fremgår af kørekortattesten. Den prøvesagkyndige tager i den forbindelse stilling til, om der skal foretages tilpasninger af et køretøj, og i nogle sager vil der efterfølgende blive foretaget en køretest. En afgørelse om en tilpasning af køretøjet, vil blive påført kørekortet.

---

<sup>1</sup> Kørekortbekendtgørelsen § 33, stk. 6

## 2. Lægens ansvar og anmeldelsespligt i forbindelse med kørekort

### 2.1. Fornyelse af kørekort

Efter færdselslovgivningen<sup>2</sup> skal kørekort til gruppe 1 kategorier administrativt fornyes hvert 15. år. Disse administrative fornyelser kræver ikke kørekortattest, medmindre ansøgerens seneste kørekort er tidsbegrænset på grund af helbredsmæssige forhold.

Siden 1. juli 2017 er aldersgrænserne for gyldighed af kørekort til gruppe 1 ophævet<sup>3</sup>. Alle kørekort, der bliver udstedt til gruppe 1, hvor ansøgeren ikke har helbredsmæssige forhold af betydning for kørekort, har en administrativ gyldighed på 15 år. Det betyder, at der foretages en generel regelmæssig myndighedsvurdering af, om ældre kørekortindehavere fortsat opfylder de helbredsmæssige krav til at kunne føre motorkøretøjer.

Dette betyder også, at lægernes forpligtelse (jf. autorisationslovens § 17 om omhu og samvittighedsfuldhed) til at være opmærksomme på sammenhængen mellem helbredet og bilkørsel er skærpet i forhold til tidligere. Lægernes forpligtelser i denne henseende er beskrevet i dette kapitel og præciseret for så vidt angår de enkelte helbredsmæssige tilstande i kapitel 3-10.

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 gruppe 2 udstedes med en kortere gyldighedsperiode end 5 år, hvis ansøgeren er fyldt 70 år, hvilket følger af kørekortbekendtgørelsens § 84.

En kørekortfornyelse, som kræver en lægeundersøgelse, iværksættes ved, at ansøgerens egen læge udfylder de relevante attester og vedlægger relevant dokumentation (se [kapitel 1.5.](#)), som ansøgeren afleverer til kommunen. Lægen kan også sende dokumenterne direkte til kommunen. Hvis helbredsattesten indeholder oplysninger om sygdomme, sender kommunen sagen videre til Færdselsstyrelsen. I de fleste tilfælde vil Færdselsstyrelsen herefter inddrage Styrelsen for Patientsikkerhed. Styrelsen er i denne forbindelse rådgiver for Færdselsstyrelsen, og styrelsen udarbejder en sundhedsfaglig anbefaling på baggrund af de helbredsoplysninger, Færdselsstyrelsen fremsender.

---

<sup>2</sup> Færdselslovens § 59, stk. 1, og kørekortbekendtgørelsens § 83

<sup>3</sup> Lov nr. 698 af 8. juni 2017 om ændring af færdselsloven

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

I denne vejledning bruges begrebet lægeligt kørselsforbud om det forhold, at en læge har vurderet, at en patient ikke kan føre motorkøretøj på betryggende måde på grund af sit helbred. Begrebet lægeligt kørselsforbud anvendes i daglig tale, selv om det kun er politiet, der kan give et egentligt kørselsforbud i juridisk forstand. Såfremt en læge i sit faglige virke bliver bekendt med, at det lægelige kørselsforbud ikke overholdes, eller lægen vurderer, at patienten ikke er indstillet på at overholde det lægelige kørselsforbud, skal lægen indberette det til Styrelsen for Patientsikkerhed.

Læger er efter autorisationsloven forpligtede til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, og det princip gælder også ved lægens vurdering af, om en patients helbredsforhold er af konkret trafikikkerhedsmæssig betydning.

Det er således væsentligt for trafikikkerheden, at alle læger kender pligten til at udstede kørselsforbud i henhold til autorisationslovens § 44. Lægen skal kunne håndtere at udstede et lægeligt kørselsforbud, journalføre kørselsforbuddets indhold og aftaler med patienten og ophæve kørselsforbuddet igen, når der er grundlag herfor. 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-kategorier har medført, at lægerne får et større ansvar på kørekortområdet.

Da der ikke længere er regelmæssige aldersbetingede lægeundersøgelser af alle ældre kørekortsindehavere, er det endnu vigtigere, at lægerne vurderer patienters førerevne, rådgiver patienterne om sammenhængen mellem deres helbredstilstand og førerevne og benytter muligheden for at udstede et lægeligt kørselsforbud, når det vurderes nødvendigt. Lægen skal desuden have fokus på at foretage indberetning til Styrelsen for Patientsikkerhed, hvis lægen bliver opmærksom på en overtrædelse af det lægelige kørselsforbud eller lægen vurderer, at patienten ikke er indstillet på at overholde det lægelige kørselsforbud.

En læge er forpligtet til at udstede et lægeligt kørselsforbud, hvis lægen vurderer, 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 førerevne.

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 ændringer i en patients helbredsforhold, og lægen vurderer, at patienten ikke længere kan føre motorkøretøj på betryggende vis. Kørselsforbud kan eksempelvis gives i følgende tilfælde:

- Demenslidelse med påvirkning af de kognitive evner
- Nyopstået eller tilbagefald af neurologisk lidelse som for eksempel krampeanfald, apopleksi (slagtilfælde) med påvirkning af opfattelsesevne og/eller fysisk formåen
- Nyopstået eller tilbagefald af psykisk lidelse som for eksempel manisk psykose, skizofreni med betydelige hallucinationer/vrangforestillinger, tvangsindlæggelse

- Hjertesygdom med risiko for pludselig risiko for bevidsthedspåvirkning
- Ændring af synsfelt og/eller synsstyrke i en sådan grad, så patienten ikke længere opfylder synskravene med korrektion – Behandling med og indtagelse af visse lægemidler

I denne vejlednings kapitel 3-10 er der anført retningslinjer for kørselsforbud for alle større sygdomsgrupper af betydning for trafiksikkerheden. Lægen skal så vidt muligt tage stilling til alle de enkelte kategorier af kørekort, som patienten har, da helbredskravene til patienter med kørekort til store køretøjer (gruppe 2) generelt er større end til små køretøjer (gruppe 1).

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 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 vurderer, at patienten er indstillet på at følge det lægelige kørselsforbud, skal lægen 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 ambulant 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,
- hvornår kørselsforbuddet skal revurderes, eller om kørselsforbuddet er permanent, samt
- hvad der sker hvis det lægelige kørselsforbud ikke efterleves.

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. Lægemidler 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. 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. Oprettelse af en kørekortsag**

Hvis lægen er i tvivl eller ikke har tilstrækkelige oplysninger til at afgøre, om patienten udgør en nærliggende fare ved fortsat kørsel, er lægen ikke forpligtet til at udstede et kørselsforbud. Hvis patienten er indforstået med det, kan lægen i stedet tage initiativ til, at der oprettes en kørekortsag. Dette kan også vælges, hvis der er tvivl om progressionen i sygdommen og dermed den fortsatte førerevne, eksempelvis ved demenstilstande.

En kørekortsag kan oprettes ved, at patienten og egen læge udfylder en kørekortattest, som afleveres til kommunen. Sagen vil herefter blive behandlet på samme måde som ved en ansøgning om udstedelse, bevarelse eller fornyelse af et kørekort, hvor ansøgeren har helbredsmaessige forhold af betydning for evnen til at føre motorkøretøj, og der vil være mulighed for at begrænse kørekortets gyldighedsperiode og gøre fornyelse betinget af helbredsundersøgelse.

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 Færdselsstyrelsen. 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

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 fra 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 udstedt kørselsforbud.
- Indberetning til Styrelsen for Patientsikkerhed eller politi.
- Fremgangsmåden ved eventuel tvivl eller uenighed, herunder oprettelse af en kørekortsag.
- 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. Indberetningen kan ske uden patientens samtykke, jf. sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 1, jf. autorisationslovens § 44.

Selvom oplysningerne kan videregives uden samtykke fra patienten, forudsættes det dog ifølge lovbemærkningerne til sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 1, at sundhedspersonen i almindelighed medmindre der foreligger særlige grunde, forsøger at indhente samtykke inden videregivelse finder sted.

En indberetning til Styrelsen for Patientsikkerhed skal som minimum indeholde følgende oplysninger:

- datoen for udstedelse af det lægelige kørselsforbud
- en kort beskrivelse af baggrunden for indberetningen,
- en kort beskrivelse af om patienten enten er blevet set bryde kørselsforbuddet, har tilkendegivet ikke at ville efterkomme kørselsforbuddet, eller det vurderes fra lægens side, at patienten ikke vil efterkomme kørselsforbuddet.
- hvilket kendskab lægen har til fortsat kørsel, samt
- hvilke kørekortkategorier lægen har kendskab til, at patienten har kørekort til.

Når Styrelsen for Patientsikkerhed modtager en indberetning fra en læge i henhold til autorisationslovens § 44, foretager styrelsen en konkret vurdering af, om indberetningen er i overensstemmelse med kravene til indberetning, det vil sige, at der rent faktisk foreligger en nærliggende fare som defineret i autorisationslovens § 44. Er kravene til indberetningen opfyldt, vil Styrelsen for Patientsikkerhed sende deres anbefaling og en kopi af indberetningen videre til Færdselsstyrelsen. Fremgår det af indberetningen, at der er tale om en situation, hvor kørsel umiddelbart bør bringes til ophør, vil styrelsen anbefale politiet, at kørekortet 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 eksempelvis 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 eller helbred**, såfremt den helt akutte situation ikke afbødes. Det kan eksempelvis være i en situation, hvor en patient er beruset, påvirket af lægemidler eller er 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. Ved vurderingen skal der navnlig lægges vægt på synsstyrken, synsfeltet, synsevnen i mørke og andre synsfunktioner, som kan bringe færdselssikkerheden i fare, herunder eventuelle fremadskridende øjensygdomme.

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 specifikke krav fremgår af de følgende afsnit om synsstyrke, synsfelt og andre tilstande af betydning.

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 på begge øjne, synsfeltet, synsevnen i mørke, følsomhed over for blænding og kontrastfølsomhed. Lægen skal også være opmærksom på dobbeltsyn og visse andre øjensygdomme, som kan bringe trafiksikkerheden i fare. Der er ikke krav til farvesyn.

Det vil ved blandt andet synsfeltsdefekter, dobbeltsyn og alvorligt tab af synsstyrke på det ene øje være vigtigt, 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).

Kørekort kan erhverves eller fornyes, selvom der er blindhed eller svagtsynethed på det ene øje, 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 førere af køretøjer i gruppe 1 bør der udstedes et kørselsforbud for en individuelt fastsat periode, hvis der nyligt er konstateret tilfælde af dobbeltsyn eller et så stort tab af synsevne på det ene øje, at vedkommende funktionelt er blevet enøjet. Før genoptagelse af kørsel bør der foreligge en aktuell vurdering fra en øjenlæge om patientens føreregnethed.

Dobbeltsyn er ikke foreneligt med kørsel med gruppe 2-kategorier. Da der til køretøjer i gruppe 2 kræves syn på begge øjne, er behandling med klap ikke tilstrækkeligt til 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.

### 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 køretøjer i gruppe 1. Undtagelserne er omtalt i [afsnit 3.6 "Kørekortbekendtgørelsens undtagelsesbestemmelse vedrørende gruppe 1 kategorier"](#).

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

Ansøgere til kørekort til gruppe 1-kategorier, som har 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 en speciallæge i øjensygdomme (som ved det lægelige kørselsforbud [3.2.2](#)) og på betingelse af, at ansøger gennemfører en vejledende helbredsmæssig køretest på tilfredsstillende vis.

Dobbeltsyn er ikke foreneligt med kørsel af gruppe 2-kategorier. 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 kunne opfatte, specielt hvad der sker til højre og venstre, men også 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 20 grader fra fiksationspunktet.

##### 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 30 grader fra fiksationspunktet.

#### 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 øjensygdomme, som skal vurdere patientens evne til at føre motorkøretøj på baggrund af ovennævnte krav til synsfeltet.

#### 3.3.3. Undersøgelsesmetode

Synsfeltets ydergrænse bestemmes med Donders metode i horisontalplanet, i vertikalplanet samt i skråmeridianerne 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. Der bør foreligge en automatisk perimetri af det centrale synsfelt (30 eller 24 grader) evt. suppleret med Esterman programmet af det perifere synsfelt eller tilsvarende, for at afgøre, om helbredskravene til synsfelt er opfyldt. (Esterman-programmet er en binokulær, et-trins supra-tærskeltest med 120 testpunkter, 10 dBstimuli, isopterstorrelse Goldmann III og stimuleringsvarighed 400-500 ms.)

### 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. Undtagelserne er omtalt i [afsnit 3.6 "Kørekortbekendtgørelsens undtagelsesbestemmelse vedrørende gruppe 1 kategorier."](#)

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 synsfeltundersøgelsen 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 være relevant at medsende et udprint 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 synsstyrke og synsfelt til henholdsvis gruppe 1 og 2.

Hvis lægen får oplysninger om, at patienten har en fremadskridende øjensygdom (f.eks. glaucom (grøn stær), retinitis pigmentosa, macula degeneration, diabetisk retinopati), 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 undersøgelsen, 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 synsfeltet 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 styrelsen sædvanligvis anbefale kørekort. Anbefalingen 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 trafikikkerhedsmæssig betydning for førere af både små (gruppe 1) og store køretøjer (gruppe 2). Væsentlig nedsat mørkeadaptationsevne (natteblindhed) vil også i dagslystimerne kunne udgøre en trafikikkerhedsmæssig risiko ved færdsel i områder uden dagslys, for eksempel i tunneller og parkeringskældre.

#### 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 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.

#### 3.5.3. Undersøgelsesmetode

Der findes ikke alment tilgængelige 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 førerevnekriteriet (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 lægefagligt forsvarligt, kan styrelsen sædvanligvis ikke anbefale kørekort.

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

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

### 3.6. Kørekortbekendtgørelsens undtagelsesbestemmelse vedrørende gruppe 1 kategorier

I ganske særlige tilfælde kan der være en mulighed for at kørekort kan udstedes til gruppe 1-kategorier. I bekendtgørelsens bilag 2 er der vedrørende gruppe 1 anført: *"I ganske særlige tilfælde kan kørekort udstedes, selvom ansøger ikke lever op til kravene for synsfelt og synsstyrke, hvis 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, kontrastfølsomhed og synsevne i tussmørke, og på betingelse af, at ansøger har gennemført en vejledende helbredsmæssig køretest på tilfredsstillende vis.”*

Styrelsen for Patientsikkerhed har mulighed for at stille krav til, hvad der særligt skal være fokus på ved den vejledende helbredsmæssige køretest. Det kunne eksempelvis være, at den vejledende helbredsmæssige køretest skal foretages i tussmørke, eller når det er helt mørkt.

## **3.7. Hørelsen (B)**

### **3.2.1. Generelle forhold**

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

### **3.2.2. Lægeligt kørselsforbud**

Der vil i praksis ikke være behov for et lægeligt kørselsforbud på grund af hørenedsættelse.

### **3.2.3. 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.

### **3.2.4. 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 betydelig 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 nedsatte høreevne, eksempelvis brug af høreapparat eller spejle på køretøjet.

# 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, sensoriske fænomener eller lokaliserede rykninger. Anfaldet kan være generaliseret fra begyndelsen.

I relation til kørekortbekendtgørelsen kræves for diagnosen epilepsi, at der har været to eller flere epileptiske anfald inden for en periode på fem år. Der er særlige regler for udstedelse og fornyelse af kørekort, når ansøgeren har denne diagnose. Enkeltstående epileptiske og epilepsilignende anfald er omfattet af mindre restriktive regler i kørekortbekendtgørelsen.

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 kørekort til et køretøj i gruppe 2, hvis ansøger er i anfaldsforebyggende behandling.

### 4.1.2. Lægeligt kørselsforbud

#### 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. Mindst de seneste 6 måneder skal være med anfaldsforebyggende behandling. Ansøger kan genoptage kørslen herefter under forudsætning af, at der ikke har været epileptiske anfald i perioden.
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. Hvis epilepsien synes at være blevet alvorligere og/eller sværere at kontrollere, anbefaler styrelsen sædvanligvis, at der skal være en 12-måneders symptomfri periode. (Hvis der ansøges om udstedelse, bevarelse eller fornyelse af kørekort gælder kørekortbekendtgørelsens regler bilag 2, pkt. f, nr. 11).
3. Efter et enkeltstående, uprovokeret epilepsilignende 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 (sygehistorien) er nogen form for epilepsi-lignende symptomer, og om der er EEG-forandringer. Inden ophævelse af kørselsforbuddet bør der normalt foretages 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 aktuel 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 speciallæge i neurologi eller neurokirurgi vurderer, at der hverken er påvirkning af bevidstheden eller nedsat funktionel evne, bør der udstedes kørselsforbud, indtil dette anfaldsmønster har varet i mindst 12 måneder og er bekræftet ved udtalelse fra speciallæge i neurologi eller neurokirurgi.
8. Under en lægekontrolleret udtrapning af anfaldsforebyggende behandling bør lægen udstede kørselsforbud i udtrapningsperioden 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 (PNES) 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.

## 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 varigt. En ansøger, der ikke længere har epilepsi, skal i udgangspunktet have været symptomfri og behandlingsfri i 10 år, før de kan få kørekort til gruppe 2-kategorier. Inden ophævelse af kørselsforbuddet bør der være gennemført en neurologisk speciallægeundersøgelse, der skal vise normale forhold.
2. For ansøgere, der ophører deres anfaldsforebyggende behandling, fordi de er erklæret raske, kan der ske en reduktion i længden af kørselsforbuddet, såfremt de helbredsmæssige forhold taler herfor. Dette forudsætter, at der igangsættes en kørekortssag som nærmere beskrevet i [kapitel 2.4](#).
3. 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 af kørselsforbuddet. Proceduren for en eventuel forkortet observationsperiode er den samme som for epilepsi beskrevet ovenfor under 1). Se også [afsnit 4.1.4](#).

4. Ved et enkeltstående, provokeret epileptisk anfald bør lægen udstede kørselsforbud, indtil tilfældet er neurologisk udredt, og der er en aktuell 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.
5. Ved andre tilfælde af anfald med tab af bevidsthed eller øget risiko for sådanne anfald, bør lægen sædvanligvis udstede mindst 12 måneders kørselsforbud hvor patienten skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages. Før kørslen kan genoptages skal en speciallæge i neurologi vurdere risikoen for gentagelse, og det er vurderet, at risikoen for anfald er højst 2 % om året.

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

#### Gruppe 1

Der gælder som udgangspunkt de samme principper som nævnt under [4.1.2 "Lægeligt kørselsforbud"](#).

Hos ansøgere der er kendt med epilepsi, som defineret under "Generelle forhold", må der som minimum ikke være forekommet epileptiske anfald inden for de seneste 12 måneder. For personer, der har haft et uprovokeret epileptisk anfald, men som ikke opfylder ovennævnte definition på epilepsi, kan kørekort udstedes og fornyes efter 12 måneder uden yderligere anfald.

For førere, der har lidt af enkeltstående, provokerede epileptiske anfald, skal der foreligge en udtalelse fra en 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 tidligst udstedes eller fornyes efter et år uden yderligere anfald.

#### Vilkår om tidsbegrænsning

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

Der kan eksempelvis gives en tidsbegrænsning på to år, hvis der har været epileptiske anfald inden for de seneste to år og en tidsbegrænsning på tre år, hvis der er gået mellem to og fem år siden sidste anfald. 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.

#### 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.

#### **4.1.4. Øvrige forhold**

##### **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 førerregnetheden vurderes af en speciallæge i neurologi.

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

Epilepsilignende 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.

#### **Gruppe 1**

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

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

For ansøgere eller førere, der har haft et epileptisk anfald som følge af en lægeordineret medicinændring, lægeordineret nedtrapning eller ophør af anfaldsforebyggende behandling, kan kørekort kun udstedes, fornyes eller bevares efter en periode på 3 måneder efter, at den tidligere effektive anfaldsforebyggende behandling er genoptaget.

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

### **Enkeltstående, ikke alkoholrelaterede epilepsilignende anfald**

Ved ansøgning om kørekort til gruppe 1-kategorier, hvor ansøger har haft et enkeltstående, ikke alkoholrelateret epilepsilignende krampeanfald, bør der sædvanligvis have været mindst 12 måneders dokumenteret symptomfri observation efter seneste anfald, før der kan anbefales kørekort.

### **Abstinenskramper og alkoholrelaterede kramper**

Kørekort bør sædvanligvis først udstedes eller fornyes efter en periode på 12 måneders symptomfrihed, når en ansøger har haft abstinens- eller alkoholrelaterede epilepsilignende anfald.

Når der har været epilepsilignende anfald, 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.

## **Gruppe 2**

### **Et eller flere enkeltstående, ikke alkoholrelaterede epilepsilignende anfald**

Hvis en ansøger af køretøj til gruppe 2 har haft et eller flere enkeltstående, ikke alkoholrelaterede krampeanfald med mere end fem år imellem, kan kørekort først udstedes eller fornyes, efter 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.

### **Abstinens- og alkoholrelaterede epileptiske anfald**

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/forny.

Når der har været alkoholrelaterede epileptiske anfald, 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) (bevidsthedstab og bevidsthedsforstyrrelser af anden årsag end epilepsi, hjertekarsygdom og diabetes)

### 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 og situationsbestemt.

#### Varslet synkope

Tab af bevidsthed forudgået af symptomer i form af svimmelhed, koldsved eller kvalme/utilpashed. Det er sjældent, at en person får et så tilstrækkeligt langt forvarsel, at vedkommende når at sætte sig eller lægge sig, inden synkopen sker.

#### Uvarslet synkope

Uventet, pludseligt indsættende bevidsthedstab, 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 føreregnethed 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 synkopetilfælde med kardiovaskulær årsag (se efterfølgende [kapitel 5 om Hjerte- og karsygdomme](#) vedrørende kardiologisk vurdering af synkoper) kan påvises og behandles ud fra sygehistorie og undersøgelse. De resterende tilfælde (bevidsthedstab og bevidsthedsforstyrrelser af anden årsag end epilepsi, hjerte-/karsygdom og diabetes) kan groft opdeles i fire typer, som angivet i den følgende tabel.

Tabel 4.1. Synkoper

Typer af synkoper	Gruppe 1-kategorier	Gruppe 2-kategorier
<p><b>1. Refleks vasovagal synkope mv.</b></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 kardiologiske synkoper tabel 5.7)</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 kardiologiske synkoper tabel 5.7)</p>
<p><b>2. Lipothymi/tab af eller ændret bevidsthed</b></p> <p>Enkeltstående, uforklaret synkope, hvor der er meget stor sandsynlighed for en refleks vasovagal synkope. Synkopen må ikke optræde under kørsel eller i siddende eller i liggende stilling, og der må ikke være personskaade, Der må ikke være tegn på hjertesygdom, og EKG skal være normalt. 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 kardiologiske synkoper tabel 5.7)</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 kardiologiske synkoper tabel 5.7)</p>
<p><b>3. Lipothymi/tab af eller ændret bevidsthed</b></p> <p>Klinisk mistanke om kardiovaskulær årsag (dvs. ikke 1 eller 2).</p> <p>Kardiologisk speciallægeudtalelse nødvendig</p>	<p>Se kardiologiske synkoper tabel 5.7</p>	<p>Se kardiologiske synkoper tabel 5.7</p>

Typen af synkoper	Gruppe 1-kategorier	Gruppe 2-kategorier
<p><b>4. Lipothymi/tab af eller ændret bevidsthed uden klinisk forklaring.</b></p> <p>Der er foretaget relevant neurologiske og kardiologiske undersøgelser og vurdering, uden der er</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) fundet forklarende abnorme forhold.</p>
<p>Oversigt over kørselsforbud ved forskellige tilstande med bevidsthedsforstyrrelser. Se i øvrigt teksten.</p>		

### 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 tvivlstilfælde tre måneders kørselsforbud. Dette er også tilfældet, hvis der foreligger utilstrækkelige oplysninger.

### 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 symptomfri 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 kørselsforbuddet 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.

**Gruppe 1 og 2**

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, se afsnit om kardiologiske synkoper tabel 5.7.

Hvis der ikke er fundet en årsag til synkopen, bør der være en aktuel udtalelse fra en speciallæge i kardiologi.

Der bør sædvanligvis have været mindst 12 måneders symptomfri observationsperiode, før kørekort kan anbefales.

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 12 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 ved førstegangserhvervelse af kørekort have været 12 måneders symptomfri observationsperiode. Ved generhvervelse af kørekort skal den symptomfri observationsperiode være 12 måneder.

**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.

**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****Generelle forhold**

Obstruktivt Søvnnapnø 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 trafikulykker.

Sværhedsgraden af søvnapnø fastsættes ved en søvnundersøgelse, hvor antallet af vejrtrækningspauser/nedsatte vejrtrækninger per time (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.

### **Lægeligt kørselsforbud**

Der bør gives et lægeligt kørselsforbud ved moderat eller svært obstruktivt søvnapnøsyndrom, hvor patienten lider af udtalt dagtræthed, så længe patienten ikke har tilstrækkelig kontrol over lidelsen og har 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, samt i hvilket omfang patienten fører motorkøretøj. V

ed 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.

### **Undersøgelsesmetoder**

Ved en søvnundersøgelse kan antallet af vejrtrækningspauser/nedsatte vejrtrækninger (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.

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

En ansøger, som lider af moderat eller svært obstruktivt søvnapnøsyndrom, som ubehandlet medfører udtalt dagtræthed, kan sædvanligvis få anbefalet 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 ifølge kørekortbekendtgørelsen**

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, er ikke omfattet af reglerne om tidsbegrænsning og kan således sædvanligvis få anbefalet 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.



## 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 helbredsmæssige 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.

### 4.3.2. Narkolepsi

#### Generelle forhold

Narkolepsi er en sjælden sygdom, hvor personen pludselig kan falde i søvn. Personen kan falde i søvn midt i en samtale eller anden aktivitet. Ud over søvntrangen er narkolepsi også kendt for anfald, hvor alle muskler slappes, så man pludselig kan falde sammen. Ubehandlet narkolepsi udgør en stor fare for trafikikkerheden, som kan sidestilles med risikoen ved epilepsi.

#### 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-kategorier kan genoptages.

For førere af gruppe 2-kategorier kan det være nødvendigt at gøre kørselsforbuddet permanent på grund af de særlige risici, der er ved at føre disse køretøjer. Dette skyldes, at der statistisk set er en større risiko for at falde i søvn under kørsel, da den samlede køretid som oftest er længere. Det er den samlede køretid, der er afgørende for vurderingen. Der kan dog gøres undtagelser i helt særlige situationer, hvor de behandlingsmæssige resultater er gode og normaliserer tilstanden.

#### Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Kørekort kan sædvanligvis anbefales til ansøgere/førere af gruppe 1-kategorier, hvis ansøgeren er i stabil behandling og har været symptomfri i mindst tre måneder. Kørekortet anbefales sædvanligvis med et vilkår om tidsbegrænsning grundet lidelsens natur op til to år.

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

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

#### 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 der oprettes en kørekortsag som nærmere beskrevet i [kapitel 2.4](#). Sagen vil sædvanligvis blive forelagt en prøvesagkyndig med henblik på, at der eventuelt vil blive stillet krav om specialindretning af køretøjet. Der kan også være behov for en vejledende helbreds-mæssig køretest, hvis der er symptomer på kognitiv påvirkning, som i så fald bør beskrives bedst muligt i den kørekortattest, der skal udfyldes ved oprettelse 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-kategorier, 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.

Ved nyopdagede cerebrale aneurismer *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 aktuel vurdering ved speciallæge i neurokirurgi eller neurologi med vurdering af risiko for aneurismeruptur og blødning. Der bør være en lav årlig risiko for ruptur og blødning, hvilket for gruppe 1 kategorier sædvanligvis betyder mindre end 20 % årlig risiko. Ved gruppe 2-kategorier anbefales sædvanligvis mindre end 2 % årlig risiko grundet de yderligere risici, der er forbundet med at føre køretøjer tilhørende gruppe 2.

Ved episoder med svimmelhed og andre symptomer på grund af neuritis vestibularis (virus på balancenerven), benign paroxysmal positions vertigo (BPPV – godartet anfaldsvis stillingsafhængig svimmelhed), samt migræne er der sædvanligvis ikke behov for et 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.

Transitorisk global amnesi er formentlig en migrænelignende tilstand, med betydelig lavere risiko for recidiv end TCI og epilepsi, hvor der sædvanligvis ikke behov for et lægeligt kørselsforbud.

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

Ved en progressiv nervesygdom bør der foreligge en neurologisk speciallægevurdering af førerevnen. Såfremt der er oplysning om at ansøgeren har nedsat funktionsevne der kan påvirke førerevnen, vil der

også være behov for en vurdering fra en prøvesagkyndig af ansøgerens føreregnethed. Der bør der sædvanligvis anbefales vilkår om tidsbegrænsning på to år med henvisning til progressiv alvorlig nervesygdom. Hvis tilstanden er stabil, eller der er meget langsom udvikling i tilstanden, kan der eventuelt anbefales 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 kognitive mén, der er hindrende for anbefaling af kørekort, vil der sædvanligvis heller ikke være behov for anbefaling af vilkår om tidsbegrænsning.

#### **Vilkår for kørekortet**

I tilfælde hvor ansøgeren har nedsat fysisk funktionsevne, bør det anbefales, at sagen forelægges den prøvesagkyndige med henblik på en vurdering af, om der er behov for særlig indretning af køretøjet.

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

Lægen skal udfylde kørekortattesten med en beskrivelse af tilstanden og ansøgerens føreregnethed. I nogle tilfælde af Multipel sklerose og Mb. Parkinson kan der være behov for en vurdering af føreregnetheden ved en speciallæge i neurologi og eventuelt en neuropsykologisk undersøgelse.

# 5. Hjerte- og karsygdomme

## 5.1 Hjertesygdomme

### 5.1.1. Generelle forhold

Hvis en fører af motorkøretøj har en sygdom i hjerte- eller kredsløbssystemet, er det 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 førere til køretøjer i gruppe 1. Førere af store køretøjer bruger ofte køretøjet erhvervmæssigt 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 er i kørekortbekendtgørelsen angivet 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

Sædvanligvis bør alle nydiagnosticerede hjerteproblemer, hvor det vurderes, at der vil være risiko for pludselig inkapacitet (handlingslammet) udløse et lægeligt kørselsforbud. Kørselsforbuddet kan dog sædvanligvis hurtigt ophæves igen, når tilstanden er vurderet og behandlet, og der sker den nødvendige opfølgning. Det er vigtigt at vurdere risikoen for pludselige hændelser og for forværring i sygdommen.

Kørekortbekendtgørelsens helbredskrav er skematisk angivet i de efterfølgende tabeller. Tabellerne er opdelt på sygdomsgrupper og igen på gruppe 1 og gruppe 2-kategorier. Det er anført, hvornår der ud fra en vurdering af, om kørekortbekendtgørelsens helbredskrav er opfyldt 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 tilstande.

Tabel 5.1. Iskæmisk hjertesygdom

	Gruppe 1	Gruppe 2
Stabil iskæmisk hjertesygdom og stabil angina	Helbredskrav opfyldt, hvis ingen angina i hvile eller under kørsel og ingen malign arytm	Helbredskrav opfyldt, hvis <ul style="list-style-type: none"> <li>- NYHA I-II og ikke angina i forbindelse med bilkørsel eller sindsbevægelse</li> <li>- LVEF &gt;35%</li> <li>- Opnår ved arbejdstest METS≥5 Ingen malign arytm</li> </ul>
Efter akut koronar syndrom (AMI eller ustabil angina)	Helbredskrav opfyldt, hvis ingen angina i hvile eller under kørsel og ingen malign arytm. Hvis LVEF ≤35% er der dog 30 dages observation før helbredskrav er opfyldt efter AMI.	Helbredskrav opfyldt efter 30 dage, hvis <ul style="list-style-type: none"> <li>- NYHA I-II og ikke angina i forbindelse med bilkørsel eller sindsbevægelse</li> <li>- LVEF &gt;35%</li> <li>- Opnår ved arbejdstest METS≥5</li> <li>- Ingen malign arytm</li> </ul>
Efter elektiv PCI	Helbredskrav opfyldt, hvis ingen angina i hvile/ sindsbevægelse og ingen malign arytm	Helbredskrav opfyldt efter 30 dage, hvis <ul style="list-style-type: none"> <li>- NYHA I-II og ikke angina i forbindelse med bilkørsel eller sindsbevægelse</li> <li>- LVEF &gt;35%</li> <li>- Opnår ved arbejdstest METS≥5</li> <li>- Ingen malign arytm</li> </ul>
Efter CABG	Helbredskrav opfyldt efter 30 dage, hvis ingen angina i hvile/ sindsbevægelse og ingen malign arytm	Helbredskrav opfyldt efter 3 måneder, hvis <ul style="list-style-type: none"> <li>- NYHA I-II og ikke angina i forbindelse med bilkørsel eller sindsbevægelse</li> <li>- LVEF &gt;35%</li> <li>- Opnår ved arbejdstest METS≥5</li> <li>- Ingen malign arytm</li> </ul>

Tabel 5.2. Arytmi, pacemaker (PM), og ablation

	Gruppe 1	Gruppe 2
Primærprofylakse (ikke tidligere hjertestop)	Helbredskrav opfyldt 1 uge efter implantationen såfremt hjemmemonitorering er etableret  Hvis hjemmemonitorering ikke er etableret, kan helbredskrav evt. være opfyldt 2 uger efter implantationen på basis af udtalelse fra behandlende ICD center	Helbredskrav ikke opfyldt. (Kørekort kan hverken udstedes, fornyes eller bevares Helbredskrav skal være vurderet opfyldt af den behandlende speciallæge i kardiologi.
Sekundær profylakse (efter tidligere hjertestop)	Helbredskrav opfyldt 1 uge efter implantationen, der skal være gået minimum 3 måneder siden seneste VF/sustained VT	Helbredskrav ikke opfyldt. (Kørekort kan hverken udstedes, fornyes eller bevares)
ICD stød (appropriate)	Helbredskrav ikke opfyldt i 3 måneder, ICD skal være aflæst og kontrolleret før kørselstilladelse kan gives.	Helbredskrav ikke opfyldt. (Kørekort kan hverken udstedes, fornyes eller bevares)
ICD stød (inappropriate)	Helbredskrav ikke opfyldt indtil årsagen til den utilsigtede terapi er afklaret og afhjulpet	Helbredskrav ikke opfyldt. (Kørekort kan hverken udstedes, fornyes eller bevares)
ATP (AntiTakykardiPacing)	Ingen restriktion	-
Patienter, der ikke ønsker primærprofylaktisk ICD	Ingen restriktion	Helbredskrav ikke opfyldt. (Kørekort kan hverken udstedes, fornyes eller bevares)

	<b>Gruppe 1</b>	<b>Gruppe 2</b>
Patienter, der ikke ønsker sekundærprofylaktisk ICD	Helbredskrav ikke opfyldt i 3 måneder. Der skal foreligge oplysninger om indlæggelser/skadestuebesøg i de 3 måneder inden genoptagelse af kørsel	Helbredskrav ikke opfyldt. (Kørekort kan hverken udstedes, fornyes eller bevares)
Efter ICD skift eller lommerevision	Helbredskrav opfyldt 1 uge efter implantationen (patienten skal være smertefri)	Helbredskrav ikke opfyldt. (Kørekort kan hverken udstedes, fornyes eller bevares)
Efter replacering/skift af ICD elektrode	Helbredskrav opfyldt 1 uge efter implantationen såfremt hjemmemonitorering er etableret.  Hvis hjemmemonitorering ikke er etableret, kan helbredskrav være opfyldt 2 uger efter implantationen på basis af udtalelse fra behandlende ICD center.	Helbredskrav ikke opfyldt. (Kørekort kan hverken udstedes, fornyes eller bevares)

**Tabel 5.4. Hjertesvigt, klapsygdomme, hypertension, aortasygdom**

	<b>Gruppe 1</b>	<b>Gruppe 2</b>
Hjertesvigt, NYHA I-II	Helbredskrav opfyldt	Helbredskrav opfyldt, hvis LVEF>35%
Hjertesvigt, NYHA III	Helbredskrav opfyldt	Helbredskrav ikke opfyldt
Hjertesvigt, NYHA IV	Helbredskrav ikke opfyldt	Helbredskrav ikke opfyldt
Mekanisk hjerte – LVAD	Individuel vurdering foretaget af behandlende center, tidligst efter 90 dage.	Helbredskrav ikke opfyldt

	<b>Gruppe 1</b>	<b>Gruppe 2</b>
Hjertetransplantation	Helbredskrav opfyldt efter 30 dage, hvis smertefri og ingen malign arytmie	Helbredskrav opfyldt efter 12 måneder, hvis <ul style="list-style-type: none"> <li>- LVEF &gt; 55 %</li> <li>- normal arbejdskapacitet (80 % af forventet) og</li> <li>- ingen tegn på betydende allograft vaskulopati ved screeningsundersøgelse</li> </ul>
Aorta- eller mitral-insufficiens, let til moderat aortastenose	Helbredskrav opfyldt, hvis ikke NYHA IV eller synkope	Helbredskrav opfyldt, hvis ikke NYHA III-IV eller synkope
Aortastenose, svær	Helbredskrav opfyldt, hvis ikke NYHA IV eller synkope	Helbredskrav ikke opfyldt
Mitralstenose	Helbredskrav opfyldt, hvis ikke NYHA IV eller synkope	Helbredskrav ikke opfyldt hvis NYHA III-IV, synkope eller svær pulmonal hypertension
Efter hjerteklapkirurgi	Helbredskrav opfyldt efter 30 dage, hvis ingen angina i hvile/ sindsbevægelse og ingen malign arytmie	Helbredskrav opfyldt efter 3 måneder, hvis <ul style="list-style-type: none"> <li>- NYHA I-II og ikke angina i forbindelse med bilkørsel eller sindsbevægelse</li> <li>- LVEF &gt; 35%</li> <li>- Opnår ved arbejdstest METS ≥ 5</li> <li>- Ingen malign arytmie</li> </ul> Patienter med mekanisk klap skal være i stabil AK-behandling



	<b>Gruppe 1</b>	<b>Gruppe 2</b>
Grad 1 og 2 hypertension (DBP <110 og SBP <180 mmHg)		Helbredskrav opfyldt hvis ikke bivirkninger til behandling af trafikikkerhedsmæssig betydning
Grad 3 hypertension (DBP ≥110 og/eller SBP ≥180 mmHg)	Helbredskrav opfyldt, hvis der ikke er svimmelhed, svær hovedpine eller synsforstyrrelser	Helbredskrav ikke opfyldt indtil blodtryk er under kontrol
Thorakal aortadilatation/aneurisme (ikke som led i syndrom, familiær aortasygdom eller bikuspid aortaklap)	Helbredskrav opfyldt, hvis smertefri og aortadiameter ≤60mm	Helbredskrav opfyldt, hvis asymptomatisk og aortadiameter ≤55mm
Abdominal aortadilatation/aneurisme (ikke som led i syndrom, familiær aortasygdom eller bikuspid aortaklap)	Helbredskrav opfyldt, hvis smertefri og aortadiameter ≤65mm	Helbredskrav opfyldt, hvis asymptomatisk og aortadiameter ≤55mm
Aortadilatation som led i syndrom, familiær aortasygdom eller ved bikuspid aortaklap	Helbredskrav opfyldt hvis årlig risiko for ruptur skønnes under 10%, hvilket typisk svarer til indikationen for kirurgisk intervention	Helbredskrav opfyldt hvis årlig risiko for ruptur skønnes under 5%
Kronisk aortadissektion	Helbredskrav opfyldt hvis årlig risiko for ruptur skønnes under 10%	Helbredskrav ikke opfyldt

Tabel 5.5. Arvelige hjertesygdomme

	Gruppe 1	Gruppe 2
Hypertrofisk kardiomyopati	Helbredskrav opfyldt hvis ingen synkope eller NYHA IV. Ved synkope er helbredskrav ikke opfyldt indtil tilstanden er under kontrol og/eller behandlet.	Helbredskrav opfyldt, hvis NYHA I-II og der ikke har været synkope eller er indikation for ICD.
Langt QT syndrom (alle subtyper) uden synkope, TdP eller QTc > 500 ms	Helbredskrav opfyldt	Helbredskrav opfyldt
Langt QT syndrom (alle subtyper) og anamnese med synkope, TdP eller QTc > 500 ms	Helbredskrav ikke opfyldt indtil behandling er påbegyndt og behandlingen skønnes adækvat af kardiolog. Ved indikation for ICD, se relevant tabel under ICD afsnit.	Helbredskrav ikke opfyldt
Brugada syndrom med enhver synkope, aborted SCD (sudden Cardiac death) eller anden indikation for ICD	Individuel vurdering ved hjertespecialist på baggrund af regelmæssige undersøgelser	Helbredskrav ikke opfyldt
Asymptomatisk Brugadasyndrom uden indikation for ICD	Helbredskrav opfyldt	Helbredskrav opfyldt
Andre kardiomyopati og primære arytmier	Risikoen for pludselig in-kapacitet vurderes af specialist. Ved ICD indikation gælder regler for ICD patienter.	Risikoen for pludselig in-kapacitet vurderes af specialist. Ved ICD indikation er helbredskrav permanent ikke opfyldt.

**Tabel 5.6. Voksne med medfødt hjertesygdom (GUCH=Grown-Ups with Congenital Heart disease)**

	<b>Gruppe 1</b>	<b>Gruppe 2</b>
Simple former, opererede eller ikke opererede (GUCH light)* *eksempelvis ikke hæmodynamisk betydende ASD, VSD, pulmonalstenose og persisterende ductus arteriosus, der er lukket enten spontant eller interventionelt/ kirurgisk, og hvor der ikke er tegn på pulmonal hypertension	Helbredskrav opfyldt	Helbredskrav opfyldt
Komplicerede former	Risikoen for pludselig inkapacitet vurderes af specialist. Ved ICD indikation gælder regler for ICD patienter.	Risikoen for pludselig inkapacitet vurderes af specialist. Ved ICD indikation er der permanent helbredskrav ikke opfyldt.

**Tabel 5.7. Kardiologiske synkoper**

<b>Synkopetype</b>	<b>Gruppe 1</b>	<b>Gruppe 2</b>
<p>"Banal synkope", enkeltstående tilfælde indenfor en 12 mdr.s periode, ikke opstået under højrisiko aktivitet*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vasovagal synkope</li> <li>- forklaret synkope</li> <li>- situationssynkope</li> <li>- synkope i forbindelse med akut sygdom</li> <li>- synkope i forbindelse med medicinsk procedure</li> </ul> <p>*højrisiko aktiviteter (bilkørsel, arbejde med maskiner eller i højde)</p>	Helbredskrav opfyldt hvis det er vurderet af læge at det ikke er underliggende hjertesygdom.	Helbredskrav opfyldt hvis det er vurderet af læge at der ikke er underliggende hjertesygdom. Ved situationssynkoper i forbindelse med vandladning eller defækation bør det sikres at der er tale om et benignt fænomen

	<b>Gruppe 1</b>	<b>Gruppe 2</b>
Recidiverende synkoper indenfor 12 mdr. (inkl. gentagne "banale" synkoper, dog ikke synkoper i forbindelse med akut sygdom, situationssynkope eller medicinsk procedure)	Helbredskrav opfyldt (Kørekort kan udstedes, fornyes eller bevarer), hvis patienten efter adækvat udredning og behandling har været uden synkoper i 3 måneder, og ved synkope under bilkørsel i 6 måneder	Helbredskrav ikke opfyldt, med mindre årsagen til synkopen er helt afklaret og behandlingen har vist sig effektiv uden synkoper i 12 måneder fra behandlingsstart.
Sinus caroticus synkope	Hvis indikation for pacemaker er helbredskrav opfyldt 1 uge efter anlæggelse af pacemaker såfremt forløbet er uproblematisk og der er ophør af symptomer ved carotis-massage.	Hvis indikation for pacemaker er helbredskrav opfyldt efter klinisk kontrol 4 uger efter anlæggelse af pacemaker såfremt forløbet er uproblematisk og der er ophør af symptomer ved carotismassage
Hostesyknkope med gentagne tilfælde	Helbredskrav opfyldt efter 6 måneders symptomfri observation på basis af lægeudtalelse	Helbredskrav ikke opfyldt (Kørekort kan hverken udstedes, fornyes eller bevarer). Kan dog i særlige tilfælde, hvor der foreligger dokumenteret ændring af livsstil med vægttab og rygeophør, genovervejes efter 12 mdr.s symptomfri periode.

### 5.1.3. Undersøgelsesmetoder

CCS klassifikationen foretages ved vurdering af angina. CCS-klassifikationen foretages ved en vurdering af angina ved aktivitet, hvor CCS-klasse 1 dækker angina kun ved maksimal anstrengelse, mens CCS-klasse 4 dækker angina i hvile. Det kan afgrænses mere specifikt ved udførelse af en arbejdstest.

Arbejdstest udføres sædvanligvis som en cykeltest med EKG monitorering. Venstre ventrikels udrykningsfraktion (LVEF) bestemmes sædvanligvis ved ekkokardiografi.

### 5.1.4. Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Generelt anbefales efter tabellerne under 5.1 til 5.10 og under hensyntagen til evt. særlig kardiologisk vurdering. Der er sædvanligvis ikke behov for anbefaling af særlige vilkår for kørekortet, hvis helbredskrav er opfyldt og tilstanden er velbehandlet, og ansøger ikke har symptomer af trafikikkerhedsmæssig betydning.

### Vilkår om tidsbegrænsning

En særlig tidsbegrænsning fastsættes sædvanligvis med udgangspunkt i ansøgerens sygdomshistorie og tilstand, og sædvanligvis efter vurdering af kardiologisk speciallæge. Tidsbegrænsningen afhænger af, om patienten har haft en længere stabil periode og/eller risiko for forværring af sygdommen.

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

Ved kendte kardiale forhold af trafikikkerhedsmæssig betydning, bør der foreligge en udtalelse fra speciallæge i kardiologi evt. epikrise eller journal fra kardiologisk udredning og behandling, såfremt disse indeholder entydige oplysninger om patientens føreregnethed.

## 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 synsfeltsdefekter, restlammelser og eventuelt kognitive forstyrrelser. Derudover kan neglect (at man har en mindre opmærksomhed mod sin egen krop eller rummet på den ene side) udgøre en betydelig trafikikkerhedsmæssig 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.

**Tablet 5.8. Kriterier for vurdering af transitorisk cerebral iskæmi (TCI) og let apopleksi (SPI-IIkriterier)**

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 eller hvor der efter en uge er et ubetydeligt restsymptom, f.eks. hængende mundvige.

### 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.

#### 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 sekundær 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 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 førerevnen, bør der tages initiativ til at få gennemført en vejledende helbredsmæssig køretest. 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 førerevnen, bør der tages initiativ til at få gennemført en vejledende helbredsmæssig køretest.

**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 carotisstenose (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 carotisstenose eller atrieflimren** 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.

## Gruppe 2

Ved vurdering af førerevnen 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, og der bør altid foreligge en aktuel vurdering fra en speciallæge i neurologi.

Der bør altid gives minimum tre måneders kørselsforbud til gruppe 2 efter TCI eller apopleksi. Det forudsættes, at EKG er uden hjerterytmeforstyrrelser (atrieflimren), 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 atrieflimren, 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 udføres normalt ikke vejledende helbredsmæssig køretest til gruppe 2-kategorier.

## Vejledende helbredsmæssig køretest

I tvivlstilfælde kan der efter et TCI-tilfælde eller en apopleksi være behov for en vejledende helbredsmæssig køretest. 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 sædvanligvis altid afholdes en vejledende helbredsmæssig køretest. 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 recidivrisiko, kan kørekortet sædvanligvis anbefales udstedt, fornyet eller bevaret med vilkår om individuelt fastsat tidsbegrænsning. Ved udmåling af tidsbegrænsningen kan der lægges vægt på patientens tilstand, herunder neglekt, kognitiv deficit og føreregnethed i forhold motoriske funktioner. I øvrige tilfælde vil der sædvanligvis ikke være behov for anbefaling af særlig tidsbegrænsning.

### **5.2.5. TCI og apopleksi**

Når kørselsforbuddet er overstået uden nye anfald, kan kørekortet sædvanligvis anbefales uden særlig tidsbegrænsning.

#### **Særligt om TCI og apopleksi forårsaget af carotisstenose eller atrieflimren**

Når kørselsforbuddet er overstået uden nye anfald, bør kørekortet sædvanligt anbefales med et vilkår om tidsbegrænsning. Længden af tidsbegrænsningen afhænger af speciallægens vurdering.

### **5.2.6. 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.



# 6. Diabetes (E)

## 6.1. Generelle forhold

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

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 uregelmæssig 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.

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

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

Sidst i dette kapitel findes en 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 er i kørekortbekendtgørelsen defineret 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. Kørekortbekendtgørelsen definerer recidiverende (tilbagevendende) hypoglykæmi, som en tilstand, når en person har haft mere end ét tilfælde af alvorlig hypoglykæmi inden for en periode på 12 måneder.

Ved alvorlig natlig hypoglykæmi under søvn anbefales, at lægen udsteder et midlertidigt kørselsforbud, indtil den behandlingsansvarlige diabeteslæge vurderer, at tilstanden på ny er stabiliseret.

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.

### 6.2.1. Gruppe 1

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.

### 6.2.2. 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-kategorier kan først genoptages, når problemstillingen i øvrigt er afhjulpet.

## 6.3. Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

### 6.3.1. Gruppe 1

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.

### 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.

#### **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 tidsbegrænsning på højst fem år, det vil sige svarende til den normale gyldighedsperiode for gruppe 2-kørekort.

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 sædvanlige længde fastsættes med udgangspunkt i ansøgerens sygdomshistorie og tilstand, for eksempel hvis tilstanden har været ustabil.

### **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-kategorier. Den behandlingsansvarlige læge skal derfor, ud over 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.

#### **6.4.1. 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 (se kørekortbekendtgørelsens krav for gruppe 1).

#### 6.4.2. 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. En korrekt udfyldt diabetesattest indeholder de informationer, som gør det muligt at vurdere, om ovenstående forudsætninger for kørekort er opfyldt (se kørekortbekendtgørelsens krav for gruppe 2).

### 6.5. Oversigt over klassifikation af hyppigt anvendte antidiabetika i trafikikkerhedsmæssig sammenhæng (listen er ikke udtømmende)

#### 6.5.1. Lægemidler, som medfører risiko for hypoglykæmi af trafikikkerhedsmæssig betydning (E3 lægemidler):

- Insulin og kombinationspræparater, der indeholder insulin.
- $\beta$ -cellestimulerende midler (sulfonylurinstoffer og meglitinider): Glimepirid (Amaryl), gliclazid (Diamicon), glibenclamid (Daonil, Hexaglucon), repaglinid (Novonorm) og nateglinid (Starlix).

#### 6.5.2. Lægemidler, som giver en lav eller ingen risiko for hypoglykæmi af trafikikkerhedsmæssig betydning (E2 - lægemidler):

- 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 (Incesync), 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), semaglutid (Ozempic, Rybelsus)

# 7. Psykiske sygdomme og demens

## 7.1 Psykiske sygdomme og hyperkinetiske lidelser (G1)

### 7.1.1. 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](#).

### Lægeligt kørselsforbud

Lægen bør for alle psykiske lidelser udstede kørselsforbud, hvis lægen vurderer, at tilstanden bevirker, at patienten ikke er i stand til at føre motorkøretøj på betryggende vis og udgør en fare i trafikken. Et eventuelt kørselsforbud 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. Der anbefales særlig forsigtighed i forhold til førere af store køretøjer med aktuelle psykotiske lidelser, herunder personer med skizofreni og alvorlig bipolær affektiv sindslidelse. Hensynet er, at det er alvorlige tilstande med nedsat impuls kontrol og akut nedsat føreregnetted. Ved akut psykose, særligt mani, er det særligt vigtigt, at lægen iagttager sine forpligtelser efter autorisationslovens § 44. Der må tillige være opmærksomhed på de særlige risici, der er ved erhvervmæssig personbefordring.

### Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Kørekort til gruppe 1 kategorier vil sædvanligvis kunne anbefales ved lettere psykiske lidelser, som for eksempel angstlidelser. Ved psykiske lidelser med forekomst af psykotiske episoder, skal tilstanden inden for det seneste år være dokumenteret stabil og med god behandlings compliance, for at der vil kunne anbefales kørekort. Sædvanligvis anbefales vilkår om en individuel fastsat tidsbegrænsning på op til to år. Er der tale om en helt stabil tilstand over flere år, kan kørekort til gruppe 1-kategorier sædvanligvis anbefales fornyet med en tidsbegrænsning på op til fem år. Er tilstanden helt stabil over en kontinuerlig periode på mere end 10 år, kan kørekort til gruppe 1-kategorier anbefales fornyet uden særlig tidsbegrænsning.

Kørekort til gruppe 2 kategorier. Ved skizofreni og alvorlig bipolær/manisk affektiv sindslidelse bør der kun udstedes kørekort til gruppe 2 kategorier, hvis tilstanden har været stabil i mere end 5 år.

### **7.1.2. Depression**

Der er alene grundlag for at udstede et kørselsforbud til en patient med depression, hvis patientens adfærd udgør en særlig risiko for fare, eksempelvis som følge af en selvmordsrisiko. Det er som udgangspunkt ikke nødvendigt at udstede et kørselsforbud, hvis patientens habitualtilstand er opnået, eventuelt i forbindelse med medicinsk behandling.

### **7.1.3. Isoleret affektreaktion**

Styrelsen anbefaler sædvanligvis kørekort, også til gruppe 2, hvis habitualtilstand er opnået, eventuelt i forbindelse med medicinsk behandling.

### **7.1.4. Skizofreni**

Styrelsen anbefaler sædvanligvis kørekort med tidsbegrænsning på 2 år, hvis sygdommen er stabil på velkontrolleret medicinsk behandling og uden hallucinationer eller vrangforestillinger. Er der tale om en helt stabil tilstand over flere år, kan kørekort til gruppe 1-kategorier sædvanligvis anbefales fornyet med en tidsbegrænsning på op til fem år. Er tilstanden helt stabil over en kontinuerlig periode på mere end 10 år, kan kørekort til gruppe 1-kategorier anbefales fornyet uden særlig tidsbegrænsning.

### **7.1.5. Bipolar affektiv sindslidelse (psykosis manio-depressiva)**

Styrelsen anbefaler sædvanligvis kørekort med tidsbegrænsning på 2 år, hvis sygdommen er stabil uden mani på fortsat velkontrolleret medicinsk behandling. Er der tale om en helt stabil tilstand over flere år, kan kørekort til gruppe 1-kategorier sædvanligvis anbefales fornyet med en tidsbegrænsning på op til fem år. Er tilstanden helt stabil over en kontinuerlig periode på mere end 10 år, kan kørekort til såvel gruppe 1 som gruppe 2 anbefales fornyet uden særlig tidsbegrænsning.

### **7.1.6. Posttraumatisk stress syndrom**

Styrelsen anbefaler sædvanligvis kørekort. PTSD i lettere grad indikerer ikke tidsbegrænsning. Styrelsen anbefaler sædvanligvis tidsbegrænsning ved komorbiditet med skizofreni og affektiv lidelse, samt ved alvorlig PTSD som kræver indlæggelse.

### **7.1.7. Personlighedsforstyrrelse**

Ved mistanke om personlighedsforstyrrelse, hvor der er holdepunkter om nedsat dømmekraft, manglende impuls kontrol eller adfærdsforstyrrelser, der kan være farlige i trafikken, anbefaler styrelsen sædvanligvis ikke kørekort. Ved øvrige psykiske lidelser, fraset hyperkinetiske lidelser (se nedenfor), er der sædvanligvis ikke behov for vilkår om tidsbegrænsning eller indskrænkning i forhold til de forskellige kategorier, forudsat at lidelsen er stabil og velbehandlet, og lægen vurderer, at lidelsen ikke påvirker førerevnen.

### **7.1.8. Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort til alle psykiske lidelser**

Der bør foreligge en vurdering fra den behandlingsansvarlige læge, det vil sige egen læge eller speciallæge i psykiatri med oplysning om tilstandens sværhedsgrad, stabilitet og patientefterlevelse af behandlingen samt en vurdering af føreregnethed. I ukomplicerede sager er den almindelige kørekortattest tilstrækkelig.

Ved alvorlige psykiske lidelser, herunder skizofreni og alvorlig bipolær affektiv sindslidelse, bør der foreligge en aktuel vurdering af føreregnetheden fra en psykiatrisk speciallæge. Såfremt tilstanden behandles med trafikfarlig medicin, bør der sædvanligvis foreligge en lægeudtalelse, hvori det vurderes, om behandlingen i sig selv udgør et trafikikkerhedsmæssigt problem.

### **7.1.9. Hyperkinetiske forstyrrelser og behandling med centralstimulerende lægemidler**

#### **Generelle forhold**

Hyperkinetiske forstyrrelser som ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) og ADD (Attention Deficit Disorder) anses for at udgøre en væsentlig trafikikkerhedsmæssig risiko. Denne patientgruppes risiko for trafikikkerheden vurderes generelt 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 over for stofferne. Store doser kan i sig selv udgøre en risiko for trafikikkerheden fordi centralstimulerende lægemidler kan medføre, at man har nedsat impuls kontrol. I tilfælde, hvor der behandles med dosis over rekommanderet dosis, bør der foretages en særlig grundig vurdering. På samme måde bør det også evalueres om forbruget svarer til ordinationen, og om der kan være samtidigt misbrug af rusmidler.

#### **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.

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

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

Ved hyperkinetiske forstyrrelser, hvor der bliver behandlet med 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.

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

Ved udstedelse af kørekort bør der foreligge en udtalelse om føreregnethed og behandlingskompliance (patienten følger den givne behandling) fra den speciallæge, der har påbegyndt behandlingen med lægemidler.

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



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

### 7.2.1. Demens

#### Generelle forhold

Der er en øget risiko for trafiksikkerheden 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 neglect (svækket opmærksomhed mod sin egen krop eller rummet på den ene side). Efter ophævelse af aldersscreening for bilister på 75 år og herover, er det et område, hvor der er brug for særlig opmærksomhed fra læger.

#### Oprettelse af en kørekortsag

Ved påvisning af kognitiv svækkelse (demens) hos en fører i gruppe 1 anbefales, hvor der er tvivl om den fortsatte føreregnethed, at lægen, tager initiativ til, at der oprettes en kørekortsag (se [afsnit 2.4.](#) herom), eventuelt med anbefaling om en vejledende helbredsmæssig køretest og en tidsbegrænsning på kørekortet på maksimalt 2 år, eventuelt 1 år, alt efter graden af sygdomsudvikling. Opstart af en kørekortssag forudsætter dog patientens samtykke hertil, jf. afsnit 2.4.

#### 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, med særlig fokus på de kognitive funktioner. For at komme til en vejledende helbredsmæssig køretest skal der påbegyndes en kørekortsag som nærmere beskrevet i [kapitel 2.4 "Oprettelse af en kørekortsag"](#).

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, medmindre diagnosen tilsiger uklarhed omkring progressionen i sygdommen og dermed den fortsatte føreregnethed. Det anbefales, at patienten følges tæt og indkaldes til jævnlige kontroller i forhold til at følge udviklingen af sygdommen, og at der løbende tages stilling til patientens føreregnethed.

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.

#### 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 ofte tillige en mere vidtgående udredning. Urskive- og ordgenkaldelsestest er vejledende for vurderingen af, om der bør udføres en vejledende helbredsmæssig køretest. Det skal i den samlede vurdering 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.

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

Undersøgelserne for kognitivt 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 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.

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.

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.

### **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 anbefales kørekort med vilkår om tidsbegrænsning på højst to år på grund af risikoen for fremadskridende kognitiv svækkelse.

### **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, skal der være angivet en detaljeret begrundelse.

### **7.2.2. Psykisk udviklingshæmning**

Udviklingshæmning er reducerede intellektuelle evner og social tilpasning, som er opstået før 18 årsalderen. 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.

### **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 køreundervisning 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.

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

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

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

Der bør foreligge en aktuel vurdering af ansøgerens føreregnetid 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 af føreregnetid fra en 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 sundhedsvæsenet, hvor der derfor er mulighed for at gribe ind.

Overordnet set er 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 opfylde kriterierne for alkoholafhængighedssyndrom.

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 diagnosticeringen af alkoholproblemer bygge på sygehistorien, kliniske tegn, påvisning af biologiske, psykologiske og sociale markører for alkoholskade. Desuden kan anvendes bestemte blodprøver (GGT eller CDT) eller anden biomarkør som fosfatidylethanol (PEth), der er et abnormt phospholipid, som kun dannes, når der er ethanol tilstede. PEth vil kunne anvendes som markør for alkoholindtag med høj diagnostisk specificitet.

### 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 lægedokumenteret alkoholafholdenhed, før kørslen kan genoptages. Det er borgerens eget ansvar at finde et sted, hvor der kan testes for afholdenhed, og borgeren skal selv afholde udgifterne hertil.

Dokumentationen af alkoholafholdenhed kan ske ved regelmæssig opfølgning hos egen læge eller i et alkoholambulatorium. I den pågældende 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 pågældende 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 6 måneder, som beskrevet ovenfor, kan kørekort anbefales udstedt, men sædvanligvis med vilkår om en tidsbegrænsning på to år. Ved efterfølgende ansøgninger og fortsat alkoholafholdenhed, kan kørekort sædvanligvis anbefales 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 forskellig måde. Hvis der foreligger et varigt forbrug, selv om stoffet/stofferne ikke bruges i forbindelse med kørsel, er der en sandsynlighed for, at føreregnetheden vil kunne være varigt påvirket.

Reglerne for trafikfarlige lægemidler, der er indtaget i overensstemmelse med lovlig recept omtales nærmere i [kapitel 9 "Trafikfarlig medicin"](#).

Substitutionsbehandling med metadon eller buprenorfin må, efter tilvæning, 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 opretholdes, indtil tilstanden er stabil uden brug af euforiserende stoffer, og der ikke samtidig er forbrug af andre bevidsthedspåvirkende midler, det vil sige både lægemidler og illegale stoffer.

### **Gruppe 2**

Ved 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 uden misbrug. Der bør være speciel opmærksomhed på personer med kørekort til erhvervmæssig personbefordring.

Lægen kan udstede et kørselsforbud, så længe patienten er i substitutionsbehandling.

#### **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 Færdselsstyrelsen sædvanligvis kræve aflæggelse af rene urinkontroller i et nærmere fastsat tidsrum. Det kan for eksempel være seks gange på et halvt år med vekslende mellemrum hos egen læge eller på et misbrugscenter. Borgeren er selv ansvarlig for at finde et sted, der tester urinprøver, og borgeren skal selv afholde udgifterne hertil.

Der findes ikke specifikke regler om hvilke undersøgelsesmetoder, der skal anvendes, eller om hvordan kontrollen organiseres. Vedrørende urinprøver vil oplysning om urinkreatinin koncentration 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**

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

Hvis der er oplysninger om brug eller misbrug af euforiserende stoffer eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer, inden for det seneste år, men hvor der ikke er dokumentation for et afhængighedssyndrom, bør der sædvanligvis foreligge mindst seks måneders dokumenteret stoffrihed. Færdselsstyrelsen 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 Færdselsstyrelsen, er uden indhold af bevidsthedspåvirkende stoffer, bør kørekortet sædvanligvis anbefales 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 2 år skal egen læge udfylde en fornyet kørekortattest.

Er der på dette tidspunkt ingen mistanke om aktuelt stofmisbrug, kan kørekort sædvanligvis anbefales uden særlig tidsbegrænsning.

#### **8.2.6. 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 sædvanligvis anbefales.

#### **8.2.7. Gruppe 2 ved behandling med metadon eller buprenorfin**

Kun ved dokumentation af helt særligt tilfælde, hvor der foreligger helt stabile forhold, bør kørekort anbefales. Der bør sædvanligvis være vilkår om tidsbegrænsning på to år.

#### **8.2.8 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/fornyas.

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. Mærkningen er kun vejledende. Herudover er der nogle lægemidler, der kun bruges på sygehuse, som kan påvirke evnen til at føre bil, for eksempel anæstesimidler. Her påhviler det den behandlende læge at informere om 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 reelt kan have betydning for trafiksikkerheden. Det drejer sig for eksempel om en række psykofarmaka<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Færdselsstyrelsen har udarbejdet en pjece om trafikfarlig medicin, som skal øge den generelle trafiksikkerhed og hjælpe de personer, som indtager trafikfarlig medicin (<https://www.fstyr.dk/da/Lister/Nyheder/Nyheder/2021/10/Pjece-om-trafficfarlig-medicin-skal-vaere-med-til-at-oeg-trafficikkerheden>)

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 motorkøretøj 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 erhvervsmæssig personbefordring, hvor der i nogle tilfælde er særlige regler (se nedenstående afsnit).

Brug af anabole androgene steroider (se også afsnit 9.5) kan udgøre en trafiksikkerhedsrisiko grundet risici for nedsat impuls kontrol. Dette kan også vedvare i en længere tidsperiode efter at brugen er ophørt. Lægen bør udstede et lægeligt kørselsforbud, hvis brugen vurderes at medføre en trafiksikkerhedsrisiko.

### 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.

### 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 anbefales uden særlige vilkår. Særlige regler gælder dog ved kørekort til store køretøjer og kørekort til erhvervsmæssig 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 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.

**Tablet 9.1. Stærkt smertestillende medicin – korttidsvirkende præparater**

Generisk navn	Handelsnavne (eksempler)	Bemærkninger
Morfin	Morfin, Oramorph®	
Codein	Fortamol®, Kodein, Kodipar®, Pinex® comp.	Kun indtag med mere end 10 mg Codein er kontraindiceret.
Fentanyl	Abstral, Actiq, Instanyl®, PecFent	
Hydromorphon	Palladon® kapsler	
Ketobemidon	Ketogan®	
Nicomorpin	Vilan®	
Oxycodon	Oxycodone, Oxycodonhydrochlorid (kapsler), Oxynorm®	
Pethidin	Petidin	
Tramadol	Dolol® (brusetabletter, kapsler), Mandolgin® (brusetabletter, kapsler), Nobligan® (kapsler, dråber), Tadol, Tradolan® (tabletter), Tramadol® (kapsler)	
Tapentadol	Palexia®	
<p><i>Tabellen viser en oversigt over korttidsvirkende opiat, 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></p>		

De korttidsvirkende opiat er dog i særlige tilfælde ordineres efter behov (p.n.), uden at lægen skal udstede kørselsforbud, hvis patienten er instrueret i kun at anvende dem lejlighedsvist og i særlige situationer, og patienten har forstået, at kørsel ikke må finde sted, så længe vedkommende er under påvirkning af lægemidlet og i øvrigt ikke på anden måde vurderes uegnet til at føre motorkøretøj. Styrelsen anbefaler som udgangspunkt at kørsel tidligst bør finde sted mindst 8 timer efter den seneste indtagelse.

I tilfælde, hvor lægen vurderer, der er behov for behandling med korttidsvirkende opiat oftere end to gange ugentligt, bør lægen overveje om patienten vil være bedre behandlet, herunder om patienten bedre kan opfylde færdselslovens førerregningskriterie (§ 54 stk. 2), hvis smertebehandlingen blev givet med et langtidsvirkende opiat (depotpræparat).

I helt særlige tilfælde og attesteret af en speciallæge, eksempelvis ved korttarmssyndrom, som kun kan behandles effektivt med eksempelvis opiumsdråber, kan dette være acceptabelt, hvis patienten vurderes at være upåvirket og overholder den ordinerede dosering.

Langtidsvirkende opiat (depotpræparater) anses som udgangspunkt for at være forenelig med bilkørsel, såfremt der er opnået en stabil døgndækkende smertebehandling, det vil sædvanligvis sige at lægemiddeldosis og doseringsinterval har været uændret i mindst syv døgn. Det forudsætter yderligere, 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 helbredsrelevante forhold, der taler imod kørsel.

**Tabel 9.2. Stærkt smertestillende medicin – langtidsvirkende præparater**

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 (depottabletter), OxyContin®, Reltebon Depot, Targin komb.	110 mg.

Generisk navn	Handelsnavne	Absolut maksimal døgndosis (mg) for kørekort
Tramadol depotpræparater	Adamon SR, Dolatramyl, Dolol® (depotkapsler), Gemadol® Retard, Mandolgin® (deportabletter), Nobligan® (depottabletter), Tradolan® (depottabletter), Tramadol Retard	400 mg.
Tapentadol depotpræparater	Palexia®	600 mg.
Buprenorphin sublinguale resoribletter	Buprenorphin, Norvipren, Suboxone®, Subutex®, Temgesic®	Der er ikke fastlagt en øvre grænse.
Buprenorphin depotplastre	Buprefarm, Buprenorphine, Norspan, Transtec	Der er ikke fastlagt en øvre grænse

*Tabellen viser en oversigt over udvalgte depotpræparater. Der er angivet en absolut maksimal døgndosis (mg) for kørekort. Behandles der med 2 forskellige præparater halveres de maksimale døgndoser for begge præparater. Behandles der med 3 eller flere præparater bør den ordinerende læge give et lægeligt kørselsforbud i hele behandlingstiden.*

Der bør være særlig opmærksomhed på førere med kørekort til gruppe 2. Førere af store køretøjer bør som udgangspunkt ikke køre disse 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.

### 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". Vilkår om tidsbegrænsning Såfremt der ikke er særlige forhold, der begrundes 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 væsentlig betydning for vurderingen, om ansøgeren, som er i fast behandling med afhængighedsskabende stærk smertestillende medicin, går til jævnlig lægelig kontrol i forbindelse med fornyelse af recepter (jf. vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler). 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, vil der sædvanligvis ikke være behov for at anbefale en særlig tidsbegrænsning.

### 9.3. Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler

#### 9.3.1. Generelle forhold

Disse lægemidler udgør en betydelig trafiksikkerhedsmæssig 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 i 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. Som udgangspunkt bør lægemidlet være indtaget mindst 24 timer før kørsel.

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. Kørselsforbuddet 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).

Tabel 9.3. Benzodiazepiner

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 <sup>1)</sup>
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.
<p>Tabellen viser en oversigt over hyppigt anvendte benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler, halveringstider og brug i forbindelse med bilkørsel.</p> <p>1) Clonazepam er registreret til brug ved visse former for epilepsi, og der er særlige regler for bilkørsel på denne indikation. Se teksten.</p>			

### 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, kan der ikke anbefales udstedelse, fornyelse, udvidelse eller generhvervelse af kørekortet. De korttidssvirkende benzodiazepiner kan dog ordineres efter behov (p.n.) uden, at der skal udstedes et kørselsforbud, hvis patienten er instrueret i kun at anvende dem som en enkelt dosis, undtagelsesvist eller i særlige situationer, og patienten har forstået at kørsel ikke må finde sted, så længe vedkommende er under påvirkning af lægemidlet. Lægen skal rådgive patienten om ikke at føre motorkøretøj i tiden efter indtagelsen.

Som udgangspunkt bør de korttidssvirkende benzodiazepiner være indtaget mindst otte timer før kørsel. 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 korttidssvirkende benzodiazepiner (hypnotika), som har en halveringstid på fem timer eller derunder, kan kørekort sædvanligvis anbefales.

#### 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 (jf. vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler). 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, vil der sædvanligvis ikke være behov for at anbefale 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 blive afsløret i testen.

## 9.4. Euforiserende lægemidler: Cannabisholdige lægemidler og heroin (diacetylmorfin)

### 9.4.1. Generelle forhold

Cannabis er i henhold til dansk lovgivning som udgangspunkt ikke forenelig med bilkørsel, såfremt indholdet af THC i blodet overstiger 0.001 mg THC pr. kilogram blod. Cannabis indeholder flere forskellige stoffer, hvoraf de vigtigste er det psykoaktive tetrahydro-cannabinol (THC) og det non-psykoaktive cannabidiol (CBD). THC er ansvarlig for de fleste virkninger af cannabis. CBD har krampedæmpende virkning, lindrer muskelspæmmer og har en antiinflammatorisk virkning. Der henvises i øvrigt til Lægemiddelstyrelsens "Vejledning om lægers behandling af patienter med medicinsk cannabis omfattet af forsøgsordningen".

THC nedsætter de kognitive og psykomotoriske færdigheder, der er nødvendige i forbindelse med motorkørsel. Det drejer sig blandt andet om svækket korttidshukommelse og nedsat opmærksomhed. Den motoriske koordination og psykomotoriske koncentration svækkes, herunder evnen til med synet hurtigt at skanne omgivelserne for genstande og tidsopfattelsen ændres. Personer påvirket af THC er (i simuleret kørsel) langsommere til at anvende bremserne og skifter vognbane risikofyldt.

Et EU-projektet DRUID (Driving under the influence of Drugs, Alcohol and Medicine) viser, at en THC-koncentration på 3,8 ng/ml medfører en generel funktionspåvirkning, der svarer til alkoholpåvirkningen ved 0,5 promille.

I lægens vurdering af, hvorvidt de kognitive og psykomotoriske færdigheder vurderes at ville være opfyldte (dvs. patienten vil opfylde førerevnekriteriet), når der ordineres cannabisholdig medicin, bør lægen være opmærksom på, at der er stor variation fra person til person både med hensyn til den THC-koncentration, der opnås i blodet og evnen til at føre motorkøretøj ved et givet THC-indtag. Vedrørende de konkrete cannabisholdige midler henvises til tabel i [afsnit 9.4.2 om lægeligt kørselsforbud](#).

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](#).

Fra 1. januar 2018 fik læger mulighed for at udskrive en ny type cannabisprodukter. Gennem en forsøgsordning vil det være muligt for læger at ordinere cannabisholdige produkter, der hverken er godkendt cannabisholdigt medicin eller magistrelt (se tabel 9.4) fremstillet cannabisholdigt medicin. Produkterne, der omfattes af forsøgsordningen, betegnes medicinsk cannabis, og de kan have form af tørrede cannabisblomster, cannabisolie, kapsler, tabletter m.m.

Virksomheden af den ikke godkendte medicinske cannabis under forsøgsordningen er endnu ikke tilstrækkeligt undersøgt. Der er ikke tilstrækkelig viden om virkning og bivirkninger ved den type cannabis, som kan udskrives under forsøgsordningen. Doseringen kan ligeledes variere, ligesom man ikke kender nok til den måde cannabis virker sammen med anden medicin. Det kan ikke udelukkes, at indtag af produkter med et THC-indhold under 0,2% kan medføre trafikfarlighed, hvis det indtages i større mængder.

#### **9.4.2. Lægeligt kørselsforbud**

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

Tabel 9.4. Cannabis

Cannabis type	Eksempel	Kørekortsanbefaling	Bemærkninger
Godkendt cannabisholdig medicin, dvs. medicin udleveret fra et apotek og med et dansk produktresumé	Sativex	Behandlingen skal følge indikationen og være iværksat af speciallæge i neurologi. Patienten skal følge lægens anbefaling om tidsinterval mellem indtagelse og kørsel. Hvis førerevnekriteriet ikke med sikkerhed vil være opfyldt, eller at patienten vil være påvirket under kørsel, eller der blot er tvivl om dette, bør der udstedes et kørselsforbud, så længe behandlingen varer.	En enkelt dosis Sativex vil kunne svare til en påvirkning over promillegrænsen, og behandlingsmæssigt anbefaler producenten op til 12 pust om dagen.
Godkendt cannabisholdig medicin, dvs. medicin udleveret fra apotek og med dansk produktresumé	Epidyolex	Cannabinoid anvendes til behandling af sjældne epilepsiformer Lennox-Gastauts syndrom og Dravets syndrom.	Indeholder cannabidiol (CBD). Selvom CBD ikke betragtes som euforiserende kan det virke sløvende og kan tillige forstærke sløvende eller andre for trafikegnethed u hensigtsmæssige bivirkninger af anden medicin.
Ikke godkendt cannabisholdigt medicin på udleveringstilladelse, dvs. medicin udleveret fra et apotek og uden et dansk produktresumé	Marinol Nabilone	Hvis lægen vurderer, at førerevnekriteriet ikke med sikkerhed vil være opfyldt, dvs. at patienten vil være påvirket under kørsel eller der blot er tvivl om dette, bør der udstedes et kørselsforbud, så længe behandlingen varer.	Indeholder syntetisk fremstillede cannabinoider
Magistrelt fremstillet medicin med THC-holdig cannabis, dvs. individuelt fremstillet medicin udleveret fra et apotek og uden et dansk produktresumé	Cannabinol Dronabinol (THC) fremstilles magistrelt på Apotek	Ved brug af magistrelt fremstillede præparat der er THC-holdigt, anbefaler Styrelsen for Patientsikkerhed at udstede lægeligt kørselsforbud i hele behandlingstiden	



Cannabis type	Eksempel	Kørekortsanbefaling	Bemærkninger
Magistrelt fremstillet cannabis præparat dvs. individuelt fremstillet medicin udleveret fra et apotek og uden et dansk produktresume, der IKKE indeholder THC i betydende omfang (under 0,2%)	Cannabidiol CBD-olie	For så vidt angår præparater, der ikke indeholder THC i betydende omfang (under 0,2%), men kun CBD, bør det bero på en konkret lægelig vurdering om patienten kan føre motorkøretøj. Der bør initialt i behandlingstiden nedlægges et lægeligt kørselsforbud. Det kan ikke udelukkes at indtag af produkter med et THC-indhold under 0,2% kan medføre trafikfarlighed hvis det indtages i større mængder. En grænse for THC-indhold i procent er ikke egnet til at fungere som grænse for trafikfarlighed. Ydermere er der stor variation fra person til person både med hensyn til den THC-koncentration, der opnås i blodet og evnen til at føre motorkøretøj ved et givet THC-indtag	Selvom CBD ikke betragtes som euforiserende kan det virke sløvende og kan tillige forstærke sløvende eller andre for trafikegnethed u hensigtsmæssige bivirkninger af anden medicin.
Forsøgsordningen med medicinsk cannabis, dvs. produkter udleveret fra et apotek og uden et dansk produktresume		Ikke forenelig med kørsel.	Virningen af den ikke godkendte medicinske cannabis under forsøgsordningen er ikke tilstrækkeligt undersøgt.

Cannabis type	Eksempel	Kørekortsanbefaling	Bemærkninger
Ulovlig cannabisholdig medicin		Ikke forenelig med kørsel.	Der er stor usikkerhed om, hvordan den ulovlige cannabismedicin er lavet, og hvad produkterne egentlig indeholder. De ulovlige produkter kan indeholde noget helt andet, end der oplyses på pakningen, ligesom indholdet kan variere fra gang til gang

Ved behandling med heroin (diacetylmorfin) bør der gives et lægeligt kørselsforbud, så længe behandlingen pågår. Brug af heroin (diacetylmorfin) må generelt anses for uforenelig med bilkørsel.

## 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 tabel 9.5.

**Tabel 9.5. Anden trafikfarlig medicin**

Antidepressiva	Sedation og akkomodationsparese (tricykliske antidepressiva) kan påvirke førerregnetheden. 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 serotoninoptagelseshæmmere (SSRI-præparater) har ikke umiddelbart betydning for førerregnethed.
Antipsykotika	Sygdommen, som indicerer behandlingen, kan i sig selv have betydning for førerregnetheden. Dette gælder specielt ved psykotiske lidelser. Derudover kan sedation og de motoriske bivirkninger af den medicinske behandling gøre kørsel risikofyldt. Der bør udstedes et kørselsforbud ved start af behandling og ved dosisøgning, indtil reaktionen på lægemidlet er kendt.

Antihistaminer	Selektive H1-blokkere har ikke betydning for trafiksikkerheden. 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 trafiksikkerheden og være den begrænsende faktor. Hvis præparaterne gives på psykiatrisk indikation bør patienterne vurderes af speciallæge i psykiatri, som skal tage stilling til, om behandlingen påvirker føreregnetheden.
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 ikke anbefales udstedelse, bevarelse eller fornyelse af kørekort.

### 9.5.4. Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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 anbefales 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 handicapet 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 pådrager sig en pludselig skade, som har betydning for trafikikkerheden, bør der gives et lægeligt kørselsforbud.

Er lægen i tvivl om, hvorvidt en fører med et nyopstået eller forværret handicap fortsat kan føre motorkøretøj 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 prøvesagkyndig vurdere, om der skal afholdes en vejledende helbredsmæssig køretest, 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 køretøj ikke kan betjenes forsvarligt. Dette vil for eksempel være påkrævet i tilfælde af bandagering/gipsanlæggelse, og indtil tilstrækkelig førerlighed 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 anbefales, 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 lægens udtalelse indeholde en anbefaling om afholdelse af en vejledende helbredsmæssig køretest, hvor behovet for specialindretning af køretøjet vil blive vurderet.

Kørekort til store køretøjer (gruppe 2) kan i princippet anbefales som til gruppe 1-kategorier. 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.

### **10.1.5. 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.

### **10.1.6. Vilkår om tidsbegrænsning**

Hvis der er tale om en fremadskridende tilstand, hvor det vurderes, at der aktuelt ikke er risiko for trafikikkerheden, kan kørekortet anbefales med vilkår om individuelt fastsat tidsbegrænsning. Hvis handicapet derimod er stabiliseret, kan kørekortet anbefales uden særlig tidsbegrænsning.

### **10.1.7. 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 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 trafikikkerheden.

### **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 anbefales udstedes eller fornyes til både gruppe 1 og 2 uden vilkår om tidsbegrænsning. Ansøgere, der har gennemgået en vellykket nyretransplantation, kan ligeledes få anbefalet udstedt eller fornyet kørekortet uden vilkår om tidsbegrænsning.

For ansøgere, der er i dialysebehandling på grund af alvorlig, eventuel irreversibel nyreinsufficiens, bør kørekort sædvanligvis anbefales udstedes med vilkår om tidsbegrænsning på maksimalt tre år, da der kan være tale om betydelige helbredsmæssige 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 behandelende sygehusafdeling.

### **10.3. Respirationsinsufficiens og iltbehandling ved bilkørsel (J) og andre helbredsmæssige forhold af trafikikkerhedsmæssig betydning**

#### **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 anbefales der udstedes kørekort.

#### **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 trafikikkerhedsmæssig forsvarlig vis.

Vedrørende gruppe 2 kategorier bør der foreligge en arbejdstest, hvor ansøger opnår mindst 5 METS svarende til anbefaling ved iskæmisk hjertesygdom.

## 10.4. Andre helbredsmæssige forhold af trafikikkerhedsmæssig betydning

En række andre tilstande og sygdomme end de i kapitel 3 til 10.3. nævnte vil kunne udgøre en trafikikkerhedsmæssig risiko, og det kan derfor også i en række andre sammenhænge f.eks. ved kemoterapi 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 trafikikkerheden, 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 trafikikkerheden, 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.

#### Ophævelse

Styrelsen for Patientsikkerheds vejledning om helbredskrav til kørekort (VEJ nr. 9693 af 1. august 2017) bortfalder.

#### Ikrafttrædelse

Vejledningen træder i kraft den 1. november 2022.

*Styrelsen for Patientsikkerhed, den 1. november 2022*

Lars Fodgaard Møller

/ Mia Karlqvist