**Vejledning om helbredskrav til kørekort HØRINGSUDGAVE 12. juni 2017**

**Introduktion**

1. **Generelle forhold og introduktion til begreber**

1.1. Vejledningens opbygning  
1.2. Hvornår skal der vedlægges en lægeattest i forbindelse med ansøgning om kørekort?  
1.3. Styrelsen for Patientsikkerheds rolle  
1.4. Lægeattesttyper og kørekortkategorier  
1.5. Udfyldelse af lægeattesten og dokumentation af helbredskrav  
1.6. Anbefaling af vilkår og begrænset gyldighedsperiode for kørekortet  
1.7. Anbefaling af vejledende helbredsmæssig køretest (VHK), kontrollerende køreprøve (KKP) og vurdering ved bilinspektør

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

2.1. Fornyelse af kørekort  
2.2. Lægeligt kørselsforbud i henhold til Autorisationslovens § 44 – lægens pligt  
2.3. Information til patienten ved lægeligt kørselsforbud og journalføring  
2.4. Tvivl eller uenighed om føreregnetheden  
2.5. Instrukser om kørselsforbud  
2.6. Indberetning til Styrelsen for Patientsikkerhed  
2.7. Anmeldelse til politiet ved umiddelbar fare

1. **Synet og hørelsen**

3.1. Synet  
3.2. Hørelsen

1. **Neurologiske lidelser**

4.1. Epilepsi og kramper  
4.2. Synkoper og andre bevidsthedsforstyrrelser  
4.3. Søvn- og vågenhedsforstyrrelser  
4.4. Andre neurologiske sygdomme

1. **Hjerte- og karsygdomme**

5.1. Hjertesygdomme  
5.2. Cerebrovaskulære sygdomme

1. **Diabetes**
2. **Psykiske sygdomme og demens**

7.1. Psykiske sygdomme og hyperkinetiske lidelser  
7.2. Demens og andre kognitive forstyrrelser

1. **Alkohol- og narkotikamisbrug**

8.1. Alkoholmisbrug  
8.2. Narkotikamisbrug

1. **Trafikfarlig medicin**
2. **Andre sygdomme**

10.1. Bevægeapparatet  
10.2. Nyresygdomme  
10.3. Respirationsinsufficiens og iltbehandling ved bilkørsel  
10.4. Andre helbredsmæssige forhold af trafiksikkerhedsmæssig betydning

**Introduktion**

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

* Når man som læge skal vurdere, om der bør udstedes et lægeligt kørselsforbud i henhold til autorisationslovens § 44 på grund af en helbredstilstand/sygelig tilstand hos en patient, som indebærer risiko for trafiksikkerheden (se afsnit 2.2.).
* Ved udfyldelse kørekortattesten: ”Blanket til helbredsmæssige oplysninger ved udstedelse af kørekort til Gruppe 1 og 2”.
* I situationer, hvor man som læge skal udfylde den såkaldte diabetesattest: ”Lægeerklæring om diabetes i forbindelse med helbredsmæssige oplysninger ved udstedelse af kørekort”.
* Når man som læge giver anden udtalelse i forbindelse med en patients ansøgning om udstedelse eller fornyelse af kørekort.

Vejledningen præciserer de krav til omhu og samvittighedsfuldhed, som læger i henhold til Autorisationsloven må forventes at udvise ved vurdering af spørgsmål om helbred og bilkørsel.

Vejledningen kan også læses af borgere, der har brug for at vide, hvornår man lægefagligt vurderer, at man på grund af sygdom, svækkelse, indtagelse af bevidsthedspåvirkende stoffer, påvirkning af opstemmende eller bedøvende midler eller af andre lignende årsager bør lade være med at køre bil eller andet motorkøretøj. Af Færdselslovens §54 stk. 2 fremgår det klart, at man ikke må føres, eller forsøges ført at nogen, som er omfattet af ovenstående.

Når der efter kapiteloverskrifterne står et bogstav henviser det til det tilsvarende afsnit i kørekorts-blanketten (Blanket til helbredsmæssige oplysninger ved udstedelse af kørekort).

Kapitel 5.1 om hjertesygdomme træder først i kraft den 1. januar 2018. Der er dog meget begrænsede afvigelser i forhold til det hidtidige regelsæt.

*Vejledningen knytter sig til følgende lovgivning:*

Færdselsloven LBK nr. 38 af 5. januar 2017 med senere ændringer.

Bekendtgørelse om kørekort nr. 312 af 25. marts 2015 med senere ændringer (omtales herefter som *Kørekortsbekendtgørelsen*).

Cirkulære om kørekort nr. 9163 af 25. marts 2015 med senere ændringer.

Sundhedsloven LBK nr. 1188 af 24. september 2016 med senere ændringer.

Lov om Autorisation LBK nr. 1356 af 23. oktober 2016 med senere ændringer.

**1. Generelle forhold og introduktion til begreber**

***1.1. Vejledningens opbygning***

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

Derefter kommer et kapitel om det lægelige kørselsforbud. Her fremgår retningslinjerne 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 tre til ti handler om de specifikke helbredsmæssige forhold, som kan få en betydning for vurderingen af, om en patient er i stand til at føre motorkøretøj på betryggende vis. Under hvert af de helbredsmæssige forhold er der følgende afsnit, hvor det er relevant:

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

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

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

En lægeattest skal altid vedlægges i følgende tilfælde:

* Ved udstedelse af det første kørekort, undtagen kørekort til lille knallert.
* Ved udvidelse af kørekort til vogntog, jf. kørekortbekendtgørelsens § 12, stk. 1, nr. 4, traktor/motorredskab eller erhvervsmæssig personbefordring.
* Ved generhvervelse af førerretten, når denne har været inddraget af lægelige grunde eller på grund af afhængighed af euforiserende eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer eller på grund af manglende ædruelighed.
* Udstedelse af dansk kørekort på baggrund af kørekort, der ikke er erhvervet i et EU- eller EØS-land, medmindre kørekortet er erhvervet på Færøerne eller i Grønland.
* Kørekortets gyldighedstid er individuelt fastsat efter kørekortbekendtgørelsens § 83, stk. 1.
* Ved ansøgning om fornyelse af kørekort til kategori C1, C1/E, C, C/E, D1, D1/E, D og D/E samt kørekort til erhvervsmæssig personbefordring og kørekort med påtegning om godkendelse som kørelærer.

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

Ved fornyelse af kørekort til stor knallert, personbil, motorcykel, almindelig bil med stor påhængskøretøj, traktor og motorredskab, der udløber på grund af alder, er der ikke længere krav om en lægeattest.

***1.3.*** ***Styrelsen for Patientsikkerheds rolle***

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

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

***1.4. Lægeattesttyper og kørekortkategorier***

Lægeattesten skal normalt udfyldes af ansøgerens egen læge og må i henhold til kørekortsbekendtgørelsen ikke være mere end tre måneder gammel. Hvis en anden end ansøgers egen læge udfylder attesten, skal der være en saglig begrundelse for det.

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

Den særlige diabetesattest skal udfyldes og sendes med ved ansøgning om kørekort i Gruppe 2, hvis ansøger bliver behandlet med medicin, som kan medføre hypoglykæmi (insulin m.m.). Ved ansøgning om Gruppe 1-kørekort skal den udfyldes og sendes med, hvis diabetessygdommen er ustabil eller har medført komplikationer. Se i øvrigt afsnittet om diabetes.

Lægen skal sammen med lægeattesten 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 lægeattesten lægges i en lukket kuvert, hvis det bliver udleveret til ansøgeren. Kuverten må ikke åbnes af ansøgeren. Lægen skal ifølge Bekendtgørelse om kørekort udlevere en kopi af lægeattesten til ansøgeren.

Kørekortkategorier:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Gruppe 1:** |  | |  | AM: (Stor knallert) | |  | A1: Lille motorcykel | |  | A2: Mellemstor motorcykel | |  | A: Stor motorcykel | |  | B: Almindelig bil | |  | B/E: Almindelig bil med stort påhængskøretøj | |  | TM: Traktor og motorredskab | | **Gruppe 2:** |  | |  | C1: Lille Lastbil | |  | C: Stor lastbil | |  | D1: Lille bus | |  | D: Stor bus | |  | C1/E, C/E og D1/E, D/E: Stort påhængskøretøj | |  | **Udvidelser:** | |  | Erhverv B og D1, D: kørekort til erhvervsmæssig personbefordring og godkendelse som kørelærer | |

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

Lægen skal i forbindelse med udfyldelsen af hver enkelt lægeattest vurdere og afpasse den relevante dokumentation for den konkrete ansøgers helbredstilstand. I lægeattesterne skal der ikke redegøres for helbredsforhold, som er uden betydning for trafiksikkerheden. Omvendt skal der redegøres for helbredsforhold, som vurderes at være af konkret trafiksikkerhedsmæssig betydning, selv om lidelsen ikke er konkret omtalt i blanketten.

Ved nogle særlige helbredstilstande vil der være brug for en vurdering 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. Speciallægen skal vurdere, hvilken indflydelse ansøgerens lidelse kan have på evnen til at føre motorkøretøj samt give en anbefaling om, hvorvidt ansøgeren er egnet til at føre motorkøretøj, og om der eventuelt er behov for særlige indretninger af køretøjet mv.

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

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, som for eksempel en speciallægeudtalelse. Speciallægeudtalelsen skal i det tilfælde kun omfatte oplysninger om ansøgers føreregnethed og tage aktuel stilling til, om kørekort kan erhverves eller beholdes ved den givne helbredstilstand.

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

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

Det er kommunerne og politiet, der træffer afgørelse om udstedelse og fornyelse af kørekort, herunder tager stilling til eventuelle vilkår i kørekortet. De nærmere regler fremgår af Kørekortsbekendtgørelsen. 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 politiet, at kørekortet inddrages eller kun gives på særlige vilkår.

***1.7. Anbefaling af vejledende helbredsmæssig køretest (VHK), kontrollerende køreprøve (KKP) og vurdering ved bilinspektør***

Hvis der er tvivl om, hvorvidt en ansøger har et tilstrækkeligt godt helbred til at kunne føre motorkøretøj, kan politiet kræve, at ansøgeren gennemfører en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK). Formålet med køretesten er at undersøge, om ansøgeren har nogle helbredsmæssige mangler, som har en negativ indflydelse på evnen til at køre bil, samt om ansøgeren eventuelt har brug for en særlig indretning af køretøjet. En vejledende helbredsmæssig køretest foregår på offentlig vej i enten en skolebil eller egen bil og har normalt en varighed af ca. 30 minutter. Turen vil foregå i almindelig trafik med afprøvning af generelle kørefærdigheder.

Både egen læge og Styrelsen for Patientsikkerhed kan på baggrund af samtlige oplysninger om ansøgerens helbred anbefale en VHK. Dette kan for eksempel ske ved kognitive problemer, eksempelvis lettere demenstilstande. Ved svær demens anbefaler Styrelsen for Patientsikkerhed oftest umiddelbart afslag på ansøgningen. Hvis der under en VHK bliver konstateret manglende kundskaber eller færdigheder af væsentlig betydning for evnen til at føre motorkøretøjer, kan politiet beslutte at indkalde ansøgeren til en kontrollerende køreprøve.

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

Både egen læge og Styrelsen for Patientsikkerhed kan anbefale, at sagen bliver vurderet ved politiets bilinspektør, hvis ansøger har fysiske handicap. Bilinspektøren tager i den forbindelse stilling til, om der skal foretages tilpasninger af et køretøj. En beslutning om, at en ansøger har brug for en tilpasning, vil medføre et vilkår for kørekortet om særlig indretning af køretøjet.

**2. Lægeligt kørselsforbud - Lægens ansvar og anmeldelsespligt i forbindelse med kørekort**

***2.1. Fornyelse af kørekort***

Alle kørekort til motorkøretøjer i Gruppe 1 (se afsnit 1.4.) skal fornyes hvert 15. år. Disse administrative fornyelser kræver ikke lægeattest.

Per 1. juli 2017 er aldersgrænserne for gyldighed af kørekort til Gruppe 1 blevet ophævet[[1]](#footnote-1). Der er således ikke længere et særskilt krav om fornyelse af kørekort ved 75 år eller efterfølgende. Alle kørekort, der udstedes til Gruppe 1 har en gyldighed på 15 år. Det betyder også, at der ikke vil være krav om lægeattest ved fornyelse af kørekort til Gruppe 1-køretøjer for ældre, og at der således ikke vil blive foretaget en regelmæssig myndighedsvurdering af, om ældre kørekortindehavere fortsat opfylder de helbredsmæssige krav til at kunne føre motorkøretøjer. Ifølge lovforslaget blev det ved afskaffelsen af de særlige regler forudsat, at der skete en tydeliggørelse og en skærpelse af lægernes forpligtelse til at være opmærksomme på sammenhængen mellem helbredet og bilkørsel. Lægernes forpligtelser i denne henseende er beskrevet i dette kapitel og præciseret for så vidt angår de enkelte helbredsmæssige tilstande i kapitel tre til ti.

Kørekort til motorkøretøjer i Gruppe 2 (se kørekortkategorierne placering i grupperne i afsnit 1.4.) bliver i dag kun udstedt med en gyldighed på fem år. Dog er kørekort udstedt til denne gruppe før 2013 gyldige, til indehaveren bliver 50 år. Kørekort udstedt før 1996 er gyldige, til indehaveren bliver 70 år.

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

***2.2. Lægeligt kørselsforbud i henhold til autorisationslovens § 44 – lægens pligt***

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

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

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

En læge er forpligtet til at udstede et lægeligt kørselsforbud, hvis lægen bliver opmærksom på, at en patient udsætter andres liv eller helbred for nærliggende fare ved at føre motorkøretøj, fordi patienten efter lægens vurdering ikke har den nødvendige mentale eller fysiske førlighed hertil. Ifølge autorisationslovens § 44 er lægen forpligtet til at søge faren afbødet først og fremmest ved henvendelse til vedkommende 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.

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

Kørselsforbud bør for eksempel gives ved:

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

I denne vejlednings kapitel 3 til 10 er der anført retningslinjer for kørselsforbud for alle større sygdomsgrupper af betydning for trafiksikkerheden.

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

Det er den læge, der i sin faglige virksomhed vurderer, at patienten ikke kan føre motorkøretøj på betryggende vis, der har handlepligten uanset tilhørsforhold (egen læge/sygehuslæge). Bliver et kørselsforbud eksempelvis udstedt under indlæggelse eller 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. Det er altså som udgangspunkt den på ethvert tidspunkt behandlingsansvarlige læge, der må sikre, at der bliver givet et kørselsforbud, at oplysningen herom bliver videregivet til relevante parter, og at det bliver ophævet, når der ikke længere er behov for det.

Handlepligten gælder kun i forbindelse med et læge/patient-forhold, det vil sige, når lægen får oplysninger om patientens helbred i forbindelse med sin virksomhed som læge for patienten.

Hvis lægen ud fra patientens mundtlige eller skriftlige tilkendegivelser eller ud fra patientens øvrige adfærd er overbevist om, at patienten er indstillet på at følge det lægelige kørselsforbud, skal lægen ikke foretage sig yderligere ud over at journalføre kørselsforbuddet. Der er ikke krav om, at patienten skal underskrive et skriftligt kørselsforbud. En læge kan udstede et kørselsforbud til en patient uden dennes fremmøde, for eksempel pr. telefon eller brev. Lægen skal imidlertid sikre sig, at patienten har forstået kørselsforbuddet ved at spørge patienten herom under samtalen eller følge brevet op med en telefonopringning.   
  
***2.3. Information til patienten ved lægeligt kørselsforbud og journalføring***

*Information*

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

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

Hvis beslutningen om kørselsforbud bliver truffet af en sygehuslæge, skal denne læge informere patienten om, at det kan være egen læge, der skal foretage den efterfølgende 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.

Hvis en sygdom i øvrigt har indvirkning på patientens evne til at føre motorkøretøj, skal lægen også informere patienten herom.

*Journalføring*

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

***2.4. Tvivl eller uenighed om føreregnetheden***

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

Hvis en læge er i tvivl om patientens fortsatte føreregnethed og overvejer, om der er behov for et egentligt kørselsforbud fra politiet, for eksempel ved en forværring af en sygdom, kan lægen, efter aftale med patienten, begynde en kørekortsag. Det kan iværksættes ved at udfylde en lægeattest, som patienten afleverer til kommunen. Sagen vil herefter blive behandlet på samme måde som ved en ansøgning om udstedelse af et nyt kørekort eller fornyelse af et kørekort, hvor ansøgeren har helbredsmæssige forhold af betydning for evnen til at føre motorkøretøj. Der kan ikke påbegyndes en kørekortssag uden patientens samtykke.

Denne fremgangsmåde kan også bruges, hvis patienten og lægen ser forskelligt på, om der skal være et lægeligt kørselsforbud eller ej. Patienten kan på denne måde få afprøvet den lægelige vurdering, men kørselsforbuddet gælder som minimum, til sagen er afgjort af politiet.

***2.5. Instrukser om kørselsforbud***

Det enkelte behandlingssted eller den enkelte sygehusafdeling bør sørge for, at der foreligger skriftlige instrukser om udstedelse af kørselsforbud.

Instrukserne skal blandt andet indeholde retningslinjer om:

* Ansvars- og kompetenceforhold,
* Hvem, der anses for behandlingsansvarlig læge, og i hvilke tilfælde der er behov for en vurdering af relevant speciallæge,
* Beslutningsprocessen, herunder nødvendige procedurer om involvering af patienten,
* Hvilke kriterier, der skal være opfyldt forud for beslutning om kørselsforbud,
* Evalueringsprocedurer, der sikrer, at der følges op på et givet kørselsforbud,
* Involvering af samarbejdspartnere (Styrelsen for Patientsikkerhed eller politi) og fremgangsmåden ved eventuel tvivl eller uenighed,
* Journalføring.

***2.6. Indberetning til Styrelsen for Patientsikkerhed***

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

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

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

***2.7. Anmeldelse til politiet ved umiddelbar fare***

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

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

**3. Synet (A) og hørelsen (B)**

***3.1. Synet (A)***

Generelle forhold

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

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

Lægeligt kørselsforbud

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

Hvis synskravene ikke opfyldes, er der dog mulighed for, at en fører alligevel kan tillades at køre. Dette kræver opstart af en kørekortsag som beskrevet i afsnit 2.4, hvorunder der skal gennemføres en vejledende helbredsmæssig køretest.

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

Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

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

**Synsstyrke**

Krav til synsstyrken

**Gruppe 1**: Synsstyrken skal – eventuelt med korrigerende briller eller kontaktlinser – være på mindst 0,5 på de to øjne tilsammen (binokulære syn). Der er ingen øvre grænser for korrektionens styrke.

Blindhed eller svagtsynethed på det ene øje er tilladt, hvis det seende øje opfylder kravet om en synsstyrke på mindst 0,5, eventuelt med korrigerende briller eller linser. Det kræver dog, at egen læge eller speciallæge i øjensygdomme vurderer, at denne tilstand har eksisteret så længe, at ansøgeren/føreren 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 ansøgeren/føreren briller, må brillestyrken ikke overstige plus 8 dioptrier, fordi større korrektion medfører funktionelt ringformet synsfeltsindskrænkning. Ansøgeren/føreren 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.

Lægeligt kørselsforbud

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

For Gruppe 1 førere gælder, at et nyligt konstateret tilfælde af dobbeltsyn eller tab af synsevne på det ene øje bør efterfølges af en individuelt fastsat periode, hvor kørsel ikke er tilladt. Før genoptagelse af kørsel skal kørekortet fornys. Det sker ved, at der påbegyndes en kørekortssag som nærmere beskrevet i afsnit 2.4. ”Tvivl eller uenighed om føreregnetheden”. Kravene er nærmere beskrevet i nedenstående afsnit ”Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort”. Dobbeltsyn vil normalt ikke være forenelig med kørsel med Gruppe 2 køretøjer, men må vurderes nøje i hvert enkelt tilfælde. Da der til Gruppe 2 kræves syn på begge øjne kan behandling med klap ikke anvendes.

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 føreren kan vænne sig til tilstanden. Denne periode skal fastsættes individuelt afhængigt af graden af synsevnetab. Jo større synsevnetab, jo længere tilvænningsperiode. Synsstyrkekravene for Gruppe 2 skal desuden være opfyldt, før kørselsforbuddet kan ophæves.

Der kan i visse tilfælde gøres undtagelser til kravene om synsstyrke. Det forudsætter, at der påbegyndes en kørekortssag som nærmere beskrevet i afsnit 2.4. ”Tvivl eller uenighed om føreregnetheden”. Kravene er nærmere beskrevet i nedenstående afsnit ”Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort”.

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

Undersøgelsesmetode

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

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

For Gruppe 1 gælder, at der efter et nyligt konstateret tilfælde af dobbeltsyn eller tab af synsevne på det ene øje, at kørsel først kan genoptages på baggrund af en udtalelse fra egen læge eller speciallæge i øjensygdomme og på betingelse af, at ansøger gennemfører en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK) på tilfredsstillende vis. Der kan stille krav i kørekortet om anvendelse af øjenklap.

Dobbeltsyn vil normalt ikke være forenelig med kørsel med Gruppe 2 køretøjer, men må vurderes nøje i hvert enkelt tilfælde. Da der til Gruppe 2 kræves syn på begge øjne kan behandling med klap ikke anvendes. I de helt særlige tilfælde, hvor det er aktuelt, gælder de samme krav som til Gruppe 1.

Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

**Synsfelt**

Krav til synsfeltet

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

**Gruppe 1**: Synsfeltet på det horisontale plan skal være mindst 120 grader. Derudover skal synsvinklen være mindst 50 grader til venstre og 50 grader til højre. I op- og nedadgående retning skal synsvinklen være 20 grader. Der må ikke være udfald inden for en radius af 20 grader fra det centrale synsfelt.

**Gruppe 2**: Synsfeltet med begge øjne (det binokulære synsfelt) skal i det horisontale plan være mindst 160 grader, og synsvinklen skal være mindst 70 grader til venstre og 70 grader til højre. I op- og nedadgående retning skal synsvinklen være 30 grader. Der må ikke være udfald inden for en radius af 30 grader fra det centrale synsfelt.

Lægeligt kørselsforbud

Såfremt føreren 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 føreren undersøges af en speciallæge i øjensygdomme, som skal vurdere førerens evne til at føre motorkøretøj på baggrund af ovennævnte krav til synsfeltet.

Der er dog visse undtagelsesmuligheder for Gruppe 1. For at komme til en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK) skal der påbegyndes en kørekortsag som nærmere beskrevet i afsnit 2.4. ”Tvivl eller uenighed om føreregnetheden”.

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

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.

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

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

Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Resultatet af undersøgelsen af synsfeltet skrives i lægeattesten. 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/føreren opfylder synskravene. Det vil ofte være relevant at medsende udskrifter af digitale synsfeltsundersøgelser.

**Fremadskridende øjensygdom af betydning for synsevnen**

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 ansøgeren/føreren har en fremadskridende øjensygdom, som på sigt kan få betydning for evnen til at føre motorkøretøj på betryggende vis, skal lægen så vidt muligt sikre, at der følges op på problemstillingen, så vedkommende ikke fortsætter kørsel, selv om synskravene ikke længere er opfyldt. Hvis lægen er i tvivl, om føreren opfylder synskravene, bør ansøgeren/føreren 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.

Katarakt (grå stær) er en aldersbetinget ændring og vurderes normalt ikke i denne sammenhæng som en fremadskridende øjensygdom.

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 kørekortskategori ikke kan opfyldes.

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

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

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

Generelle forhold

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

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

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 Bekendtgørelse om kørekort kun specifikke krav til Gruppe 2.

Undersøgelsesmetode

Der findes ikke specifikke undersøgelsesmetoder, der kan dokumentere nedsat kontrastfølsomhed, følsomhed over for blænding eller natteblindhed. Diagnoserne 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 ansøger/fører selv at vurdere, om man lever op til færdselslovens § 54, som forpligter den enkelte til kun at køre, hvis man er i stand til det på betryggende vis.

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Hvis ansøgeren/føreren har så alvorlige symptomer, at kørsel ikke vurderes forsvarlig, kan kørekort ikke udstedes eller fornys. Der er i henhold til Bekendtgørelse om kørekort mulighed for at lave begrænsninger i kørekortet, så der kun må kører i dagtimerne.

Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

***3.2. Hørelsen (B)***

Generelle forhold

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

Lægeligt kørselsforbud

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

Undersøgelsesmetode

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

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

**Gruppe 2:** Ved betydende hørenedsættelse kræves til førere i Gruppe 2 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.

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

**4. Neurologiske lidelser**

***4.1. Epilepsi og kramper (F1)***

Generelle forhold

Epilepsianfald, der påvirker bevidstheden, og andre alvorlige bevidsthedsforstyrrelser udgør i sagens natur en betydelig risiko for trafiksikkerheden, hvis anfaldene indtræffer, mens føreren kører et motorkøretøj

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

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

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

Lægeligt kørselsforbud

**Gruppe 1**: Ved nydiagnosticeret epilepsi, som defineret i afsnittet ”Generelle forhold”, og efter et epileptisk anfald hos en patient med kendt epilepsi, bør lægen sædvanligvis udstede et kørselsforbud i mindst 12 måneder. Føreren skal have været anfaldsfri i hele den periode, der er kørselsforbud. Tilsvarende regler gælder efter et operativt indgreb til behandling af epilepsi.

Efter et enkeltstående uprovokeret epileptisk anfald hos en patient uden kendt epilepsi, bør lægen give et kørselsforbud i sædvanligvis mindst seks måneder. I vurderingen må indgå, om der i anamnesen er nogen form for epilepsi-lignende symptomer og om der er EEG-forandringer. Inden ophævelse af kørselsforbuddet bør der normalt ske en neurologisk speciallægevurdering.

Ved et enkeltstående epilepsilignende anfald på grund af abstinens eller alkoholrelaterede kramper bør kørselsforbuddet være på 12 måneder. Føreren er endvidere omfattet af reglerne beskrevet i kapitel 8.1. om alkoholmisbrug.

Ved 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.

Ved epilepsi udelukkende i sovende tilstand bør der udstedes kørselsforbud, indtil dette anfaldsmønster har varet i mindst et år og er bekræftet ved lægelig udtalelse fra relevant speciallæge.

Ved epilepsi, som beviseligt hverken påvirker bevidstheden eller medfører nedsat funktionel evne, bør der udstedes kørselsforbud, indtil dette anfaldsmønster har varet i mindst et år og er bekræftet ved udtalelse fra relevant speciallæge.

Under en lægekontrolleret nedtrapning af anfaldsforebyggende behandling bør lægen udstede kørselsforbud i nedtrapningsperioden og i mindst seks måneder efter afslutning af behandlingen (seponeringen).

Ved patientens egen seponering af anfaldsforebyggende behandling mod epilepsi , må patienten oplyses om, at der bør gå mindst et år uden symptomer, før kørslen må genoptages. Får patienten anfald, gælder der de samme regler som ved nydiagnosticeret epilepsi, hvor patienten ikke får anfaldsforebyggende behandling.

Ved psykogene eller funktionelle anfald (PENS) bør lægen udstede kørselsforbud som ved genuine epileptiske anfald.

**Gruppe 2:** Personer med Gruppe 2 kørekort, som udvikler epilepsi, bør have kørselsforbud i 10 år. Tilsvarende gælder for den gruppe, som er i besiddelse af et gyldigt kørekort til Gruppe 2 kategorier, men som får et epileptisk anfald. Inden ophævelse af kørselsforbuddet bør der være gennemført en neurologisk speciallægeundersøgelse, der skal vise normale forhold.

Der kan ske en reduktion i længden af kørselsforbuddet, såfremt der er gode prognoseindikatorer. Dette forudsætter, at der påbegyndes en kørekortsag som nærmere beskrevet i kapitel 2.4. om tvivl eller uenighed om føreregnetheden.

Der er ikke noget lovkrav om, at førere med diagnosen epilepsi, som er i besiddelse af et gyldigt kørekort til Gruppe 2 kategorier, og som er symptomfri og stabile på den anfaldsforebyggende behandling, skal have et kørselsforbud.

Ved enkeltstående uprovokeret epileptisk anfald bør lægen udstede kørselsforbud i mindst fem år. For at kørselsforbuddet kan ophæves, må der i den femårige periode ikke være givet anfaldsforebyggende behandling, og en speciallæge i neurologi skal aktuelt anbefale en ophævelse. Proceduren for eventuel forkortet observationsperiode er den samme som for epilepsi beskrevet ovenfor.

Ved et enkeltstående provokeret epileptisk anfald bør lægen udstede kørselsforbud, indtil tilfældet er neurologisk udredt, og der er en aktuel udtalelse fra en speciallæge i neurologi eller neurokirurgi, der anbefaler ophævelse. Ved Gruppe 2-køretøjer skal de faglige grunde til at antage, at gentagelsesrisikoen er uvæsentlig, være meget veldokumenterede.

Ved andre tilfælde af anfald med tab af bevidsthed eller øget risiko for sådanne anfald bør lægen udstede kørselsforbud, indtil en speciallæge i neurologi har vurderet risikoen for gentagelse under kørsel, og det er vurderet, at risikoen for anfald er højst 2 % om året.

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

**Gruppe 1**:

Epileptiske anfald hos førere med epilepsi, som defineret under ”Generelle forhold” må ikke være forekommet indenfor de seneste 12 måneder.

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

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

Ved nydiagnosticeret epilepsi bør der sædvanligvis have været en 12 måneders anfaldsfri periode, inden kørekort kan udstedes.

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

*Vilkår om tidsbegrænsning*

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

Hvis der er risiko for, at sygdommen forværret, anbefales sædvanligvis en tidsbegrænsning på to år. Efter de to år anbefales sædvanligvis en tidsbegrænsning på tre år. Tidsbegrænsningen er begrundet i, at der derved bliver mulighed for at følge op på forløbet i de første år og sikre, at sygdommen er stabiliseret og dermed ikke udgør en væsentlig trafiksikkerhedsmæssig risiko.

Efter fem års anfaldsfrihed kan kørekort udstedes uden særlig tidsbegrænsning, eventuelt mens føreren fortsat er i forebyggende behandling.

**Særlige epilepsiformer**

Godartet Rolandisk epilepsi i barnealderen giver næsten aldrig anfald som voksen, og der vil sædvanligvis kunne udstedes kørekort på almindelige betingelser.

Psykogene, ikke epileptiske anfald (PNES) medfører sædvanligvis samme begrænsninger med hensyn til føreregnethed som genuine epileptiske anfald.

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

**Kramper i forbindelse med akutte cerebrale tilstande**

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

**Ophør med anfaldsforebyggende behandling**

Når anfaldsforebyggende behandling trappes ned med henblik på at afslutte behandlingen (seponering) (efter lægelig vurdering), bør føreren sædvanligvis ikke føre motorkøretøj i nedtrapningsperioden og i mindst 6 måneder efter behandlingens afslutning. Kørekort kan herefter udstedes uden særlige vilkår.

En patient, som uden samråd med en læge afslutter anfaldsforebyggende behandling, vil sædvanligvis kunne få udstedt eller fornyet kørekort efter et år efter ophør med den anfaldsforebyggende behandling. Ved gode prognoseindikatorer, kan denne periode forkortes. Ved anfald efter selvseponering bør kravene for nydiagnostiseret epilepsi følges.

**Enkeltstående, ikke alkoholrelaterede krampeanfald**

Ved ansøgning om kørekort til Gruppe 1 kategorier, hvor ansøger har haft et enkeltstående, ikke alkoholrelateret krampeanfald, bør der sædvanligvis have været mindst et års dokumenteret symptomfri observation efter sidste anfald.

**Abstinenskramper og alkoholrelaterede kramper**

Kørekort bør sædvanligvis først udstedes eller fornyes efter en periode på et års symptomfrihed, når en ansøger/fører har haft abstinenskramper eller alkoholrelaterede kramper.

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

*Vilkår om tidsbegrænsning:*

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

**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 behandling med anfaldsforebyggende medicin.

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

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

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

- lav årlig risiko for nyt anfald betyder mindre end 20 % årlig risiko

- meget lav årlig risiko for nyt anfald betyder mindre end 2 % årlig risiko.

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

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

**Abstinenskramper og alkoholrelaterede kramper**

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

Når der har været alkoholrelaterede kramper, foreligger der per definition egentligt 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)***

Generelle forhold

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

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

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

Situationsbestemt synkope opstår i en veldefineret situation. Den optræder aldrig under højrisikoaktiviteter og medfører sjældent personskade.

Adskillelsen af de forskellige former for synkoper er ikke altid mulig, men den er vigtig 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 afsnit 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. I gruppen indgår også ”drop attacks” med og uden bevidsthedstab.

Lægeligt kørselsforbud

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Typer af synkoper** | **Gruppe 1 kategorier** | **Gruppe 2 kategorier** |
| **1.** **Refleks vasovagal synkope**  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) | Sædvanligvis ikke anbefaling af kørselsforbud eller observationsperiode.  Ved gentagne anfald inden for 12 måneder bør lægen sædvanligvis udstede tre måneders kørselsforbud, hvor føreren skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages.  (se også tekst) | Sædvanligvis ikke anbefaling af kørselsforbud eller observationsperiode.  Ved gentagne anfald inden for 12 måneder bør lægen sædvanligvis udstede seks måneders kørselsforbud, hvor føreren skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages.  (se også tekst) |
| **2.** **Lipothymi/tab af eller ændret bevidsthed**  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 personskade,  Der må ikke være tegn på hjertesygdom og EKG skal være normalt.  Der må ikke være tegn på neurologisk sygdom.  (se også tekst) | Sædvanligvis kun anbefaling af tre måneders kørselsforbud eller observationsperiode i tvivlstilfælde/utilstrækkelige oplysninger.  Ved gentagne anfald inden for 12 måneder bør lægen sædvanligvis udstede tre måneders kørselsforbud, hvor føreren skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages. (se også tekst) | Sædvanligvis anbefaling af mindst tre månedes. symptomfri kørselsforbud eller observationsperiode  Ved gentagne anfald inden for 12 måneder bør lægen sædvanligvis udstede seks måneders kørselsforbud, hvor føreren skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages.  (se også tekst) |
| **3.** **Lipothymi/tab af eller ændret bevidsthed**  Klinisk mistanke om kardiovaskulær årsag (dvs. ikke 1 eller 2).  Risikofaktorer er f.eks.:  personskade, optræder under kørsel eller i siddende eller i liggende stilling og flere tilfælde indenfor det sidste år.  Kardiologisk speciallægeudtalelse vil være nødvendig. | Hvis årsagen ikke kan findes, bør lægen sædvanligvis udstede 12 måneders kørselsforbud, hvor føreren skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages.  (se også tekst) | Hvis årsagen ikke kan findes, bør lægen sædvanligvis udstede 12 måneders kørselsforbud, hvor føreren skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages.  (se også tekst) |
| **4.** **Lipothymi/tab af eller ændret bevidsthed med indikation på anfald af epileptisk art.**  Der er stærk klinisk mistanke om anfald af epileptisk art, men uden sikkert bevis herfor.  Risikofaktorer er for eksempel:  Bevidstløshed over fem minutter, amnesi over fem minutter, tunge bid, urinafgang, postictal reorienteringsfase eller hovedpine.  Neurologisk speciallægeudtalelse vil være nødvendig | Sædvanligvis bør lægen udstede mindst 12 måneders kørselsforbud, hvor føreren skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages.  (se også tekst) | Lægen bør udstede mindst fem års kørselsforbud, hvor føreren skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages.  (se også tekst) |
| **5.** **Lipothymi/tab af eller ændret bevidsthed uden klinisk forklaring.**  Der er foretaget relevant neurologisk og kardiologisk undersøgelser og vurdering, uden der er fundet forklarende abnorme forhold. | Sædvanligvis bør lægen udstede mindst 12 måneders kørselsforbud, hvor føreren skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages.  (se også tekst) | Sædvanligvis bør lægen udstede mindst 12 måneders kørselsforbud, hvor føreren skal have været symptomfri, før kørslen kan genoptages.  (se også tekst) |
| Oversigt over kørselsforbud ved forskellige tilstande med bevidsthedsforstyrrelser. Se i øvrigt teksten. | | |

**Gruppe 1:**

Refleks vasovagale synkoper (almindelig besvimelse) 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 føreren skal have været symptomfri i denne periode, før kørselsforbuddet kan ophæves.

Ved enkeltstående uforklarede synkoper, hvor refleks vasovagal synkope mistænkes, anbefales tre måneders kørselsforbud i tvivlstilfælde eller ved 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 føreren 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 føreren 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. Dette gælder både ved førstegangserhvervelse og generhvervelse. Det er desuden nødvendigt, at der bliver indhentet en udtalelse 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 udstedes for mindst 12 måneder. Føreren bør således have været symptomfri i 12 måneder og en speciallæge i neurologi bør have vurderet, at risikoen for gentagelse er højst 2 % om året, før kørselsforbuddet kan ophæves.

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

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

Ved synkoper af epileptisk art, men uden sikkert bevis herfor, bør der ved førstegangserhvervelse af kørekort være en 12 måneders symptomfri observationsperiode. Ved generhvervelse af kørekort bør den symptomfri observationsperiode være på seks måneder. Det vil desuden 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 seks 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. Dette 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 kardiologisk og neurologisk speciallæge.

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

**Obstruktivt søvnapnøsyndrom**

Generelle forhold

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

Sværhedsgraden af søvnapnø fastsættes ved en søvnundersøgelse, hvor antallet af vejrtrækningspauser/nedsatte vejrtrækninger (Apnø-Hypopnø-Index (AHI)) bliver målt. Der er tale om moderat (middelsvær) grad af søvnapnø, når AHI er 15-29 og svært obstruktivt søvnapnøsyndrom, når AHI er på 30 eller mere. Ikke alle med søvnapnø oplever dagtræthed og 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, hvis føreren ikke har tilstrækkelig kontrol over lidelsen og derfor lider af udtalt dagtræthed med risiko for at være ukoncentreret eller falde i søvn under kørslen. I vurderingen af, om der bør udstedes et kørselsforbud, bør lægen inddrage, hvilken kørekortkategori der er tale om, og om der er tale om erhvervsmæssig personbefordring, samt i hvilket omfang føreren kører.

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

Undersøgelsesmetoder

Ved en søvnundersøgelse kan antallet af vejrtrækningspauser/nedsatte vejrtrækninger (Apnø-Hypopnø-Index (AHI)) måles præcist og reproducerbart. Der findes derimod ikke veldokumenterede objektive metoder til vurdering af, i hvilken grad føreren har dagtræthed og udgør en trafiksikkerhedsmæssig risiko.

Dagtræthed kan subjektivt kvantificeres ved blandt andet Epwoth Sleepiness Scale (ESS). ESS score over 15 ses 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 få udstedt og fornyet kørekort, hvis det i en lægeerklæring er dokumenteret, at den pågældende har en tilstrækkelig kontrol over lidelsen, følger en passende behandling, og det er vurderet, at ansøgeren/føreren kan køre sikkert.

I vurderingen af den trafiksikkerhedsmæssige risiko må den behandlingsansvarlige læge tage hensyn til, hvilke kørekortskategorier 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 med personbil.

*Vilkår om tidsbegrænsning*

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

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

Såfremt der ikke foreligger lægelige oplysninger om graden af dagtræthed ved ubehandlet søvnapnø, må der indhentes oplysninger om dette fra lægen. Såfremt lægen ikke kan bekræfte oplysninger om dette forhold, er der 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 skematisk helbredsattest med detaljeret udfyldelse af attestens punkt J, ”Anden sygdom eller andre helbredsmæssige forhold herunder søvnapnø”.

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

**Narkolepsi**

Generelle forhold

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

Lægeligt kørselsforbud

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

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

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

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

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

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)***

Generelle forhold

Dette afsnit omhandler en række specifikke neurologiske sygdomme, som kan medføre fysiske og kognitive symptomer af trafiksikkerhedsmæssig betydning som for eksempel multipel sklerose og andre progressive neurologiske sygdomme, parkinsonisme, cerebrale aneurismer og mb. Menière.

Lægeligt kørselsforbud

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

Ved multipel sklerose, mb. Parkinson, dystrofia myotonika og andre progressive neurologiske sygdomme, skal spørgsmålet om føreregnetheden vurderes ud fra det samlede symptombilledes fysiske, sansemæssige og kognitive dysfunktioner. Hvis patienten er funktionshæmmet, kan der være behov for at starte en kørekortsag som nærmere beskrevet i kapitel 2.4. Sagen vil herefter blive forelagt en bilinspektør med henblik på, at der eventuelt vil blive stillet krav om specialindretning af køretøjet. Der kan også være behov for en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK), hvis der er symptomer på kognitiv påvirkning.

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

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

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

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

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

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

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

*Vilkår for kørekortet*

I tilfælde hvor ansøgeren/føreren er funktionshæmmet, anbefaler Styrelsen for Patientsikkerhed oftest en vejledende helbredsmæssig køretest med henblik på, om der er behov for en særlig indretning af køretøjet.

Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

**5. Hjerte- og karsygdomme (D)**

***5.1. Hjertesygdomme***

Generelle forhold

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

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

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

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

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

NYHA funktionsklasse I Ingen symptomer ved almindelig aktivitet.

NYHA funktionsklasse II Dyspnø og træthed ved moderat fysisk aktivitet, f.eks. trappegang.

NYHA funktionsklasse III Dyspnø og træthed ved let fysisk aktivitet som almindelig gang.

NYHA funktionsklasse IV Dyspnø og træthed i hvile eller ved enhver fysisk aktivitet.

Lægeligt kørselsforbud

**Som udgangspunkt skal alle nydiagnosticerede hjerteproblemer udløse et kørselsforbud**. Disse kan dog ofte hurtigt ophæves igen, når sygdommen er vurderet og behandlet, og der sker den nødvendige opfølgning. Det er afgørende at vurdere risikoen for pludselige, invaliderende hændelser og sandsynligheden for forværring i sygdommen samt at tage højde for prognosen af sygdommen.

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

**1. Permanent kørselsforbud**

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

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

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

B: Hjerte- og karsygdomme, der kun medfører **permanent kørselsforbud i gruppe 1**:

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

C: Hjerte- og karsygdomme, der medfører **permanent kørselsforbud i Gruppe 2**:

* Defibrillatorimplantation (ICD-enheder), da der er risiko for ekstraanslag, der kan påvirke kørslen pludseligt. Såfremt ICD-enheden er uden batteri eller ikke længere fungerer, kan der ved en konkret vurdering afstås fra et kørselsforbud, såfremt det vurderes, at der ikke længere er nogen trafiksikkerhedsmæssig risiko forbundet med enheden.
* Hjertesvigt, hvor patienten er i NYHA klasse III og IV.
* Indopereret hjertepumpe eller venstre ventrikel-hjælpeenhed.
* Strukturelle og elektriske kardiomyopatier - hypertrofisk kardiomyopati (HOCM) med tidligere synkoper eller hvor to eller flere af følgende tilstande er til stede:
  + venstre ventrikels væg er mere end 3 cm tyk
  + ikke-vedvarende ventrikulær takykardi
  + tilfælde af pludselig død i familien (førstegradsslægtninge)
  + motion medfører ingen forøgelse af blodtrykket
* Langt QT-syndrom med synkope (besvimelse), torsades de pointes og QTc på >500 ms.
* Iskæmisk hjertesygdom, hjerteklapsygdom eller efter AKS hvor patienten opfylder blot ét af følgende:
  + er i NYHA klasse III og IV
  + får angina pectoris i hvile/ ved sindsbevægelse
  + har malign arytmi
  + har en ejektionsfraktion (EF) på mindre end 35 %
  + har mitralstenose og alvorlig pulmonal hypertension
  + har alvorlige ekkografiske tegn på aortastenose
  + har aortastenose, der har medført synkope.

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

**2. Midlertidigt kørselsforbud**

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

A. Hjertesygdomme, som bør medføre lægeligt kørselsforbud til **både Gruppe 1 og Gruppe 2**, men efter normalisering af tilstanden vil kunne ophæves.

* Hjerterytmeforstyrrelser, der har medført en eller flere synkoper:
  + Bradyarytmier (syg sinusknude-syndrom, ledningsforstyrrelser). Hvis der er indikation for pacemaker kan kørsel af Gruppe 1 og 2 køretøjer genoptages 1 uge efter pacemakerimplantation.

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

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

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

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

Krav, Gruppe 1: Kørsel kan genoptages efter behandling, hvis der ikke er angina pectoris i hvile/ved sindsbevægelse, ingen malign arytmi og patienten er i NYHA-gruppe 1 – 3.

Krav, Gruppe 2: Kørsel kan genoptages 30 dage efter behandling, hvis der ikke er angina pectoris i hvile/ved sindsbevægelse, patienten er i NYHA-gruppe 1 – 2, arbejdstest ≥ 5 METS og LVEF > 35 %.

* Stabil angina pectoris eller asymtomatisk iskæmisk hjertesygdom

Krav, Gruppe 1: Ingen angina pectoris i hvile/ved sindsbevægelse, ingen malign arytmi og patienten er i NYHA-gruppe 1 – 3.

Krav, Gruppe 2: Som ved Gruppe 1, dog NYHA-gruppe 1 – 2, arbejdstest ≥ 5 METS og LVEF > 35 %.

* Koronar bypass (CABG, operation på hjertets kranspulsårer) eller Perkutan coronar intervention (PCI, indgreb på hjertets kranspulsårer)

Krav, Gruppe 1: Kørsel kan genoptages en måned efter udskrivelse, hvis følgende er opfyldt: Ingen angina pectoris i hvile/ved sindsbevægelse, ingen malign arytmi og patienten er i NYHA-gruppe 1 – 3.

Krav, Gruppe 2: Kørsel kan genoptages 3 måneder efter udskrivelse, hvis følgende er opfyldt: Som ved gruppe 1, dog NYHA-gruppe 1 – 2, arbejdstest ≥ 5 METS og LVEF > 35 %.

* Hjerteklapoperation: Ingen begrænsninger til hverken Gruppe 1 eller 2 ud over de postoperative krav nævnt ovenfor under Koronar bypass (CABG) og Perkutan koronar intervention (PCI). For Gruppe 2 gælder endvidere, at patienter med mekanisk hjerteklap skal være i stabil AK-behandling i relevant niveau.

* Udtalt hypertension (systolisk ≥ 180 mmHg og diastolisk ≥110 mmHg) samtidig med, at der er truende eller fremadskridende følgesygdom som følge af blodtryksforhøjelsen.

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

* Hjertetransplantation

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

* Kongenit (medfødt) hjertesygdom

Ved simple typer (”GUCH light ”, forkortelse for Up with Congenital Heart disease, vil eksempelvis

være atrieseptum defekt (ASD), Ventrikelseptumdefekt (VSD), Pulmonalstenose (PS) og persisterende ductus arteriosus (DAP), der er lukket enten spontant eller interventionelt/kirurgisk og hvor der ikke er tegn på pulmonal hypertension) er der ingen restriktioner, uanset om de er opererede eller ej. Ved andre kongenitte hjertesygdomme må tilstanden vurderes ud fra symptomer beskrevet under de øvrige punkter.

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

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

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

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

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

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

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

Patienter med kardiomyopatier kan kun få kørekort udstedt efter en omhyggelig specialistvurdering fra speciallæge i relevant speciale, sædvanligvis en cardiolog.

Undersøgelsesmetoder

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

Arbejdstest er sædvanligvis en cykeltest med EKG monitorering.

Ejection fraction (EF) vurderes ved ekkokardiografi.

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

**Gruppe 1:**

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

Ved arytmier med indikation for ablation kan kørslen genoptages en uge efter vellykket ablation.

Efter AKS kan kørslen genoptages umiddelbart, når ansøger er velbehandlet og uden symptomer.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Vilkår om tidsbegrænsning*

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

**Gruppe 2:**

Ved arytmier kan kørslen genoptages en uge efter vellykket ablation.

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

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

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

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

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

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

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

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

Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

***5.2. Cerebrovaskulær sygdom (F3)***

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 attak, TIA. De fleste TCI tilfælde varer under en time. |

Der vil ofte være behov for, at patienten i en periode efter en apopleksi eller TCI undlader kørsel på grund af behovet for restitution og på grund af risikoen for recidiv af sygdommen. Egentlige apopleksier vil ofte medføre restlammelser og eventuelt kognitive forstyrrelser. Derudover kan neglekt (at man har en mindre opmærksomhed mod sin egen krop eller rummet på den ene side) udgøre en betydelig trafiksikkerhedsmæssig 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 SP-II kriterier, med henblik på at estimere risikoen i de enkelte tilfælde. Det skal både anvendes, når lægen overvejer, om der skal udstedes et kørselsforbud, og når sager om fornyelse af kørekort skal behandles. Principperne i pointsystemet fremgår af tabellen nedenfor.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Aktuel apopleksi (ikke TCI) | 2 point |
| Alder ≥ 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.

Lægeligt kørselsforbud

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

* SP-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 (SP-II-kriterier)
2. Ultralydsundersøgelse af halskar har vist under 50 % stenose.
3. Elektrokardiogram (EKG) uden hjerterytmeforstyrrelser (atrieflimmer).

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

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

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

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

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

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

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

**Ved apopleksi med atrieflimmer (hjerterytmeforstyrrelser)**, hvor føreren 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 dog være tilfredsstillende i mindst en måned, før kørselsforbuddet kan ophæves.

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

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

**Ved TCI/apopleksi forårsaget af carotis-stenose eller atrieflimmer** uden specifikt behandlingstilbud eller ved ustabil tilstand, bør der 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.

**Gruppe 2:**

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

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

Hvis der ikke er udført EKG eller ultralydsundersøgelse af halskar, bør der udstedes seks måneders kørselsforbud. Dette er også tilfældet, hvis der er konstateret mere end 50 % stenose af halskar, hvis der er konstateret atrieflimmer, eller der ved opgørelse af SP-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 Gruppe 2 gælder i øvrigt de samme principper som ved Gruppe 1 (se ovenfor), men kørselsforbud for Gruppe 2 gives som udgangspunkt i dobbelt så lang tid som for Gruppe 1. Der bør være særlig opmærksomhed på patienter, der også har kørekort til erhvervsmæssig personbefordring med bus (Erhverv D). Der udføres normalt ikke vejledende helbredsmæssig køretest (VHK) i Gruppe 2 køretøjer.

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

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

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

*Vilkår om tidsbegrænsning*

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

***TCI og apopleksi***

Når kørselsforbuddet er overstået uden nye anfald, kan kørekortet normalt udstedes uden særlig tidsbegrænsning.

***Særligt om TCI og apopleksi forårsaget af carotis-stenose eller atrieflimmer***

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

Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

**6. Diabetes (E)**

Generelle forhold

Den største trafiksikkerhedsmæssige risiko ved diabetes er hypoglykæmi (lavt blodsukker). De behandlingsmæssige mål for diabetesbehandling, herunder et normaliseret blodglukose, kan meget ofte være direkte modstridende med den optimale behandling set ud fra et trafiksikkerhedsmæssigt synspunkt.

|  |
| --- |
| Alvorlig hypoglykæmi defineres som en tilstand, der kræver hjælp fra en anden person.En person anses for at lide af tilbagevendende alvorlig hypoglykæmi, når den pågældende har haft mere end ét tilfælde af alvorlig hypoglykæmi inden for en periode på 12 måneder. |

Generelt er kravene til førere af motorkøretøjer i Gruppe 2 væsentligt større end til Gruppe 1. Bilister med kørekort til store køretøjer bruger ofte køretøjet erhvervsmæssigt og tilbringer derfor længere tid bag rattet. Dette kan øge risikoen for hypoglykæmi på grund af potentiel uregelmæssige livsførelse og madindtag. Konsekvenserne af ulykker med store køretøjer kan også være meget alvorligere sammenlignet med små køretøjer. Der bør desuden være særlig opmærksomhed på førere af busser med passagerer (Erhverv D).

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

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

Sidst i dette afsnit findes en samlet oversigt over lægemidler.

Lægeligt kørselsforbud

Hvis der har været et tilfælde med alvorlig hypoglykæmi, vil der normalt være behov for en symptomfri observationsperiode på tre måneder for Gruppe 1 og 12 måneder for Gruppe 2, inden føreren igen må føre motorkøretøj af den pågældende kategori. Lægen bør derfor udstede et lægeligt kørselsforbud i den periode.

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

**Gruppe 1 og 2**: Føreren må ikke lide af tilbagevendende alvorlig hypoglykæmi og/eller nedsat erkendelse af tilstanden. Føreren skal desuden vise, at vedkommende forstår risikoen i forbindelse med hypoglykæmi og er i stand til at kontrollere sygdommen på en tilfredsstillende måde. Hvis et eller flere af disse forhold ikke er opfyldt, skal der udstedes et lægeligt kørselsforbud, indtil forholdet ikke længere er aktuelt.

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

**Gruppe 1:** Der er følgende krav til ansøgeren/føreren, som har diabetes:

* At ansøgeren/føreren ikke lider af tilbagevendende alvorlig hypoglykæmi. Det vil sige, at der i en periode på 12 måneder maksimalt må have været et tilfælde af lavt blodsukker i vågen tilstand, som har krævet hjælp fra en anden person.
* At ansøgeren/føreren ikke har en nedsat erkendelse af tilstanden. Det vil sige, at ansøgeren/føreren i tide skal kunne opdage, at blodsukkerniveauet falder. Ansøgeren/føreren skal altså kunne genkende advarselssymptomer, inden der sker en påvirkning af bevidstheden.
* At ansøgeren/føreren forstår risikoen i forbindelse med hypoglykæmi.
* At ansøgeren/føreren er i stand til at kontrollere sygdommen på en tilfredsstillende måde.

*Vilkår om tidsbegrænsning*

Hvis ansøgeren/føreren behandles med medicin, som ikke medfører risiko for fremkaldelse af hypoglykæmi, kan kørekortet sædvanligvis udstedes med en individuelt fastsat tidsbegrænsning på højst fem år. Hvis ansøgeren/føreren bliver behandlet med medicin, som medfører risiko for fremkaldelse af hypoglykæmi (insulin og/eller eventuel anden medicin), anbefales sædvanligvis, at kørekortet udstedes med en individuelt fastsat tidsbegrænsning på højst tre år.

Såfremt en ansøger/førere ikke behandles med medicin udstedes kørekortet sædvanligvis uden særlig tidsbegrænsning.

Længden af tidsbegrænsningen fastsættes med udgangspunkt i ansøgeren/førerens sygdomshistorie og tilstand.

**Gruppe 2**: Der er følgende krav til ansøgeren/føreren, som har diabetes:

* Ovenstående krav vedrørende Gruppe 1 gælder også for Gruppe 2.
* Behandling med medicin, som ikke medfører risiko for hypoglykæmi, bør medføre et vilkår om tidsbegrænsning for kørekortet på højst tre år.
* Behandling med medicin, som medfører risiko for fremkaldelse af hypoglykæmi, kræver en udtalelse fra speciallæge i endokrinologi/intern medicin eller egen læge, hvis det er denne, der behandler og kontrollerer diabetessygdommen. Følgende forudsætninger skal være opfyldt:
  + Der har ikke været tilfælde af hypoglykæmi inden for de seneste 12 måneder.
  + Ansøgeren/føreren kan erkende og reagere på advarselssymptomer for hypoglykæmi.
  + Ansøgeren/føreren skal ved lægeundersøgelsen godtgøre, at pågældende er i stand til at kontrollere sygdommen ved regelmæssige målinger af blodsukkerniveauet mindst 2 gange om dagen og på tidspunkt, hvor vedkommende skal køre.
  + Ansøgeren/føreren skal ved lægeundersøgelsen godtgøre, at pågældende forstår risikoen i forbindelse med hypoglykæmi.
  + Der må ikke være andre komplikationer, som for eksempel synssvækkelse, neuropati eller kognitiv svækkelse i forbindelse med diabetessygdommen, som kan medføre en risiko for trafiksikkerheden.
* Der kan sædvanligvis ikke anbefales kørekort til Erhverv D1 eller D (lille eller stor bus til erhvervsmæssig personbefordring) eller til personer, som fører udrykningskøretøjer, hvis ansøgeren/føreren har type 1 diabetes på grund af de særlige risici, der er ved denne type diabetes og de særlige risici, der er ved at føre sådanne køretøjer.

*Vilkår om tidsbegrænsning*

Hvis kravene er opfyldt, kan kørekortet sædvanligvis udstedes med en individuelt fastsat tidsbegrænsning på højst fem år, dvs. svarende til den normale gyldighedsperiode for Gruppe 2 kørekort. Hvis ansøgeren/føreren bliver behandlet med medicin, som medfører risiko for fremkaldelse af hypoglykæmi (insulin og/eller eventuel anden medicin), anbefales kørekortet sædvanligvis udstedt med et vilkår om en individuelt fastsat tidsbegrænsning på højst tre år.

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

Den særlige variant af diabetes, som benævnes Latent Autoimmune Diabetes in Adults (LADA) vil, hvis der er påbegyndt insulinbehandling, sædvanligvis skulle vurderes som Type 1 diabetes.

Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

For ansøgere/førere med diabetes er dokumentationskravet mere omfattende, hvis de bliver behandlet med medicin, der kan medføre hypoglykæmi – især for kørekort til Gruppe 2-køretøjer. Lægen skal derfor udover den almindelige lægeattest til kørekort i nogle tilfælde også udfylde diabetesattesten.

**Gruppe 1:** For ansøgere/førere, som behandles med medicin, der kan medføre hypoglykæmi, og diabetessygdommen er ustabil eller har medført komplikationer, bør der foreligge en udtalelse fra den behandlende læge samt en udfyldt diabetesattest.

**Gruppe 2:** For ansøgere/førere, som behandles med medicin, der kan medføre hypoglykæmi, skal der sammen med lægeattesten altid sendes en diabetesattest. Attesten skal være udfyldt af den behandlingsansvarlige læge/afdeling. Der skal desuden foreligge en udtalelse fra en speciallæge i endokrinologi/intern medicin eller egen læge, hvis det er denne, der behandler og kontrollerer diabetessygdommen. Udtalelsen skal indeholde informationer, som gør det muligt at vurdere, om ovenstående forudsætninger (se krav fra Gruppe 2) for kørekort er opfyldt.

**Oversigt over klassifikation af hyppigt anvendte antidiabetika i trafiksikkerhedsmæssig sammenhæng:**

**1. Lægemidler, som giver en reel risiko for hypoglykæmi af trafiksikkerhedsmæssig betydning (E3 lægemidler):**

* Insulin og kombinationspræparater, der indeholder insulin.
* β-cellestimulerende midler (sulfonylurinstoffer og meglitinider): Glimepirid (Amaryl) Gliclazid (Diamicron) Glibenclamid (Daonil, Hexaglucon), Repaglinid (Novonorm) og nateglinid (Starlix)

**2. Lægemidler, som giver en lav eller slet ingen risiko for hypoglykæmi af trafiksikkerhedsmæssig betydning (E2 - lægemidler):**

* Ikke-β-cellestimulerende midler (biguanider): Metformin
* Glitazoner (thiazolidinedioner): Pioglitazon. (Handelsnavne: Actos, Pioglitazon)
* DPP-IV-hæmmere og kombinationer: Alogliptin, dapagliflozin, linagliptin, metformin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin (Handelsnavne: Incresync, Vipdomet, Vipidia, Qtern, Jentadueto, Trajenta, Eucreas, Janumet®, Komboglyze, Onglyza®, Januvia®, Galvus®).
* GLP-1-analoger: Dulaglutid (Trulicity), Exenatid (Bydureon, Byetta), Liraglutid (Victoza®), Lixisenatid (Lyxumia).
* Selektive SGLT-2-hæmmere: Canagliflozin (Invokana) Dapagliflozin (Forxiga®), Empagliflozin (Jardiance) samt kombinationspræparater med metformin.

**7. Psykiske sygdomme og demens**

***7.1. Psykiske sygdomme og hyperkinetiske lidelser (G1)***

**Psykiske sygdomme**

Generelle forhold

Ved psykiske sygdomme forstås et bredt spektrum af sygdomme, herunder også personlighedsforstyrrelser samt mentale forstyrrelser med svækket dømmekraft eller adfærd. I kørekortsammenhænge er de egentlige psykotiske lidelser af størst betydning, men også blandt andet hyperkinetiske forstyrrelser som ADHD 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

Ved akutte psykoser, manier, svære depressioner og efter en affektreaktion skal man være særlig opmærksom på forpligtelserne til at udstede kørselsforbud. Ved kontakt til denne patientkategori bør der på bred indikation udstedes lægeligt kørselsforbud, hvis lægen vurderer, at tilstanden påvirker evnen til at føre køretøj og udgør en nærliggende fare for enten den syge eller andre. Kørselsforbuddet skal opretholdes, indtil habitualtilstanden er nået, eller sygdommen er stabil på velkontrolleret behandling, og føreren efterlever behandlingen på tilstrækkelig vis.

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 man være særlig opmærksom på de yderligere risici, der er forbundet med at føre køretøjer til Gruppe 2. Som udgangspunkt bør førere med aktuelle psykotiske lidelser ikke opretholde kørekort til store køretøjer og først genoptage kørsel efter en længerevarende stabil fase. Der bør være speciel opmærksomhed på personer med skizofreni og alvorlig bipolær affektiv sindslidelse, samt de særlige risici der er ved erhvervsmæssig personbefordring (Erhverv B, D1 og D).

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Ved psykiske lidelser med forekomst af psykotiske episoder inden for det seneste år skal det overvejes, om kravene til kørekort er opfyldt. Såfremt tilstanden anses for stabiliseret, bør der sædvanligvis udstedes kørekort med et vilkår om tidsbegrænsning på to år. Tidsbegrænsningen anbefales for at sikre, at der sker en opfølgning og revurdering af, om kørsel fortsat er forsvarlig.

Ved skizofreni og bipolær affektiv sindslidelse i stabil, velkontrolleret fase med god patientefterlevelse bør der sædvanligvis gives et vilkår om tidsbegrænsning på to år. Ved skizofreni og alvorlig bipolær affektiv sindslidelse bør der kun undtagelsesvist udstedes kørekort til Gruppe 2. Tidsbegrænsningen anbefales for at sikre, at der sker en opfølgning og revurdering af, om kørsel fortsat er forsvarlig.

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

Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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.

**Hyperkinetiske forstyrrelser og behandling med centralstimulerende lægemidler**

Generelle forhold

Hyperkinetiske forstyrrelser som ADHD og ADD anses for at udgøre en væsentlig trafiksikkerhedsmæssig risiko. Denne patientgruppes ulykkesrisiko anses generelt for at være væsentligt forhøjet, men det er muligt at reducere den ved en passende behandling.

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

Lægeligt kørselsforbud

Lægen bør udstede et lægeligt kørselsforbud, når lægen vurderer, at behandling med centralstimulerende lægemidler påvirker førerens 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 centralstimulerende lægemidler, kan kørekort sædvanligvis udstedes og fornyes uden særlige vilkår.

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

**Gruppe 1:** Første gang bør kørekort sædvanligvis udstedes med vilkår om tidsbegrænsning på 2 år. Hvis tilstanden er stabil, anbefales sædvanligvis at kørekortet herefter udstedes med en tidsbegrænsning på 5 år.

**Gruppe 2:** Første gang bør kørekort sædvanligvis udstedes med vilkår om tidsbegrænsning på 2 år. Hvis tilstanden er stabil, anbefales sædvanligvis at kørekortet herefter udstedes med individuelt fastsat tidsbegrænsning fra 2 år til maksimalt 5 år.

Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

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

**Demens**

Generelle forhold

Der kan være øget trafiksikkerhedsmæssig risiko for personer med reduceret opmærksomhedsevne, demens, visiospatiel svigt (nedsat evne til at opfatte og handle tredimensionalt), agnose (nedsat evne til at genkende genstande) og/eller neglekt (svækket opmærksomhed mod sin egen krop eller rummet på den ene side). Hvis der er tale om moderat til svær kognitiv svækkelse, bør der ikke udstedes kørekort.

Lægeligt kørselsforbud

**Gruppe 1 og 2:**

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

Ved begrundet mistanke om manglende dømmekraft og overblik, andre funktionsbegrænsninger uanset om den kognitive test viser tegn på svækkelse eller ej, bør lægen udstede et kørselsforbud, indtil resultatet af en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK) med særlig fokus på de kognitive funktioner foreligger.

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

Undersøgelsesmetoder

Det kognitive funktionsniveau kan vurderes ud fra urskive- og ordgenkaldelsestest, og kan derefter inddeles i ingen, let, moderat eller svær kognitiv svækkelse. Er der tegn til demensudvikling, kan det være relevant at udføre en MMSE-test (Mini-Mental State Examination).

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 urskiveprøven eller i hukommelsen for tre ord efter afledning.

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

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Ved moderat eller svær kognitiv svækkelse bør der ikke udstedes kørekort.

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

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

*Vilkår om tidsbegrænsning*

Vurderingen af, om kørekort bør udstedes med vilkår om tidsbegrænsning, afhænger af den tilgrundliggende lidelse og udviklingen heraf. Hvis ansøgeren/føreren har fået påvist lettere kognitiv svækkelse (demens), og hvis en vejledende helbredsmæssig køretest er tilfredsstillende gennemført, bør der sædvanligvis kun anbefales kørekort til Gruppe 1 og, efter særskilt vurdering af den motorsagkyndige, til Gruppe 2. Der bør desuden som udgangspunkt være vilkår om tidsbegrænsning på to år på grund af risikoen for progressiv kognitiv svækkelse.

Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Resultatet af den kognitive test bør fremgå af lægeattesten, hvis der er let, moderat eller svær kognitiv svækkelse.

**Psykisk udviklingshæmning**

Generelle forhold

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

Den mentale alder bør tilnærmelsesvis svare til alderskravet for kørekort.

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 kørekortsundervisning 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

**Gruppe 1:** Hvis den teoretiske og praktiske prøve er bestået, kan der udstedes kørekort.

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

Psykisk udviklingshæmning er stationært og kræver ingen særlig tidsbegrænsning.

Dokumentation ved udstedelse af kørekort

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

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

**8. Alkohol- og narkotikamisbrug**

***8.1. Alkoholmisbrug H1)***

Generelle forhold

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

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

Når man taler om egentlig afhængighed af alkohol, findes en række kriterier. Man behøver ikke at opfylde alle de følgende kriterier, men blot af 3 ud af 6 i mindst en måned inden for de sidste 12 måneder, for at være afhængig:

• Trang (næsten uimodståelig lyst til alkohol).

• Abstinenser (ubehag, sved, uro, høj puls mv.).

• Tolerance (det kræver større mængder for samme effekt).

• Nedsat kontrol (små mængder alkohol medfører lyst til store mængder og hyppig indtagelse).

• Fortsat indtag selvom man ved, at det skader kroppen.

• Nedsat evne til at passe arbejde, familie mv.

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

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

Lægeligt kørselsforbud

**Gruppe 1 og 2**:

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

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

Dokumentationen af alkoholafholdenhed kan ske ved regelmæssig opfølgning hos egen læge eller i et alkoholambulatorium. Ved alkoholabstinens menes, at misbruget er ophørt, og patienten vurderes at kunne adskille eventuelt alkoholindtag og kørsel. Der er i kørekortssammenhænge ikke indikation for laboratorieanalyser. 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.

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.

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

**Gruppe 1**:

Når patienter med alkoholafhængighed har dokumenteret alkoholafholdenhed gennem ½ år, som beskrevet ovenfor, kan kørekort anbefales udstedt, men sædvanligvis med vilkår om en tidsbegrænsning på to år. Ved efterfølgende ansøgninger kan kørekort sædvanligvis udstedes uden tidsbegrænsning, også selvom ansøgeren fortsat er i fast antabusbehandling.

**Gruppe 2:**

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

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)***

Generelle forhold

Narkotika/euforiserende eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer kan påvirke føreregnetheden på forskellig måde. Hvis de indtages før eller under kørsel, kan trafiksikkerheden være i fare. Hvis der foreligger et varigt forbrug, selv om stoffet/stofferne ikke bruges i forbindelse med kørsel, er der en sandsynlighed for, at føreregnetheden også vil kunne være varigt påvirket.

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

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

Lægeligt kørselsforbud

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

**Gruppe 1**:

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

**Gruppe 2**:

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

Der bør sædvanligvis være et kørselsforbud, så længe der gives substitutionsbehandling. Kun ved helt særligt stabile forhold kan det overvejes at give tilladelse til kørsel med Gruppe 2 køretøjer. Der bør være speciel opmærksomhed på de særlige risici der er ved erhvervsmæssig personbefordring (Erhverv B, D1 og D).

Undersøgelsesmetode

Hvis lægen har givet oplysninger om, at der er brug/misbrug af euforiserende eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer, men hvor der ikke er dokumentation for et afhængighedssyndrom, vil politiet 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. Retten til at føre motorkøretøj bevares i perioden, jf. færdselslovens § 60, stk. 1.

Der findes ikke specifikke regler om, hvilke undersøgelsesmetoder der skal anvendes. Vedrørende urinprøver vil oplysning om urinkreatininkoncentration under referenceområdets nederste værdi tale stærkt for, at stoffrihed ikke er dokumenteret. En håranalyse hver tredje måned vil kunne erstatte urinkontrol.

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

**Gruppe 1 og 2 generelt:**

Hvis ansøger har et afhængighedsforhold, bør der sædvanligvis have været mindst seks måneders stoffrihed, før et kørekort kan udstedes eller fornyes.

*Vilkår om tidsbegrænsning*

Hvis ansøger har haft et forbrug/misbrug af euforiserende eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer, men der ikke foreligger dokumentation for et afhængighedssyndrom, og alle urinprøver, som er krævet af politiet, er uden indhold af bevidsthedspåvirkende stoffer, bør der sædvanligvis udstedes/fornyes et kørekort med vilkår om tidsbegrænsning på to år. Tidsbegrænsningen skyldes, at tilstanden har stor risiko for recidiv.

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

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

**Gruppe 2 ved behandling med metadon eller buprenorfin:** Kun ved dokumenteret helt særligt stabile forhold bør kørekort til kategori C1 og C udstedes eller fornyes. Der bør ikke udstedes eller fornyes kørekort til andre kategorier i Gruppe 2.

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 er det nødvendigt med en udtalelse fra speciallæge i psykiatri om, hvorvidt der foreligger et afhængighedssyndrom, og om kørekort bør udstedes/fornyes.

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

**9. Trafikfarlig medicin (H3)**

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 let 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
* angstdæmpende 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

Medicin, der påvirker trafiksikkerheden væsentligt, er mærket med en rød advarselstrekant. På Lægemiddelstyrelsens hjemmeside findes en liste over lægemidler med advarselstrekant. Listen opdateres løbende. En række andre lægemidler, som ikke er mærket med advarselstrekant, kan alligevel hos nogle have let eller moderat påvirkning, som kan have betydning for trafiksikkerheden i praksis. Det drejer sig for eksempel om en række psykofarmaka.

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

I dette afsnit 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.

Lægeligt kørselsforbud

Ved ordination af trafikfarlige lægemidler skal lægen altid vurdere, om føreren, 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 føreren bliver påvirket. I de efterfølgende afsnit er 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).

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 føreren er påvirket og et konkret klinisk skøn. I nogle tilfælde kan gennemførelse af den simple screening for demens (urskive- og ordgenkaldelsestest) bruges.

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

**Stærk smertestillende medicin**

Generelle forhold:

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

Brug af kortidsvirkende opioider er 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.

Lægeligt kørselsforbud

Lægen bør normalt udstede kørselsforbud, hvis føreren bliver sat i behandling med større doser 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, og der derefter langsomt bliver optrappet, og der ikke bliver observeret bivirkninger af trafiksikkerhedsmæssig betydning.

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

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

De korttidsvirkende opiater kan dog ordineres efter behov (p.n.), uden at der bliver udstedt kørselsforbud, hvis føreren er instrueret i kun at anvende dem for eksempel til natten, og føreren har forstået, at kørsel ikke må finde sted, så længe vedkommende er under påvirkning af lægemidlet.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Generisk navn** | **Handelsnavne** | **Absolut maksimal døgndosis (mg) for kørekort** |
| Hydromorphon depotpræparater | Jurniasta, Palladon® (depotkapsler) | 32 mg. |
| Fentanylplaster | Durogesic®, Fentanyl, Matrifen® | 100 mikrogram/time |
| Metadon | Metadon | 120 mg. |
| Morfin depotpræparater | Morfin, Malfin, Doltard®, Depolan®, Contalgin | 360 mg. |
| Oxycodon depotpræparater | Orionox, Oxycodone Depot, Oxycodonhydrochlorid (depotabletter), OxyContin®, Reltebon Depot, Targin, komb. | 110 mg. |
| Tramadol depotpræparater | Adamon SR, Dolatramyl, Dolol® (depotkapsler), Gemadol® Retard, Mandolgin® (deportabletter), Nobligan® (depottabletter), Tradolan® (depottabletter), Tramadol Retard | 400 mg. |
| 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 depotpræparater. Der er angivet en absolut maksimal døgndosis (mg) for kørekort. | | |

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

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

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

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

**Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler**

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.

Lægeligt kørselsforbud

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

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

Ved start af fast behandling med benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler og ved markant øgning af dosis af en igangværende behandling bør der sædvanligvis udstedes kørselsforbud. Kørselsforbuddet bør vare to til fire 4 uger, men længden skal altid bero på en konkret vurdering. Lægen bør vurdere førerens kognitive funktioner, og hvis lægen vurderer, at disse 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 jævnligt sker opfølgning, kan lægen undlade at give et lægeligt kørselsforbud. Da personer med epilepsi normalt ikke kan få udstedt eller bevare kørekort til store køretøjer (Gruppe 2) gælder denne undtagelse kun almindeligt kørekort (Gruppe 1).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Generisk navn** | **Handelsnavn** | **Halveringstid** | **Maksimal døgndosis** |
| **Anxiolytika** | | | |
| Alprazolam | Alprazolam, Alprox®, Tafil® | 12 timer | Ikke forenelig med kørsel |
| Bromazepam | Bromam®, Lexotan® | 15 timer | Ikke forenelig med kørsel |
| Chlordiazepoxid | Klopoxid, Risolid® | 72 timer | Ikke forenelig med kørsel |
| Clobazam | Frisium® | 40 timer | Ikke forenelig med kørsel |
| Clonazepam | Rivotril® | 40 timer | Ikke forenelig med kørsel 1) |
| Diazepam | Diazepam, Hexalid®, Stesolid®, Apozepam® | 72 timer | Ikke forenelig med kørsel |
| Lorazepam | Lorazepam, Temesta® | 12 timer | Ikke forenelig med kørsel |
| Oxazepam | Oxazepam, Oxapax®, Oxabenz® | 10 timer | 30 mg. |
| **Hypnotika** | | | |
| 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. |
| Tabellen viser en oversigt over benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler, halveringstider og brug i forbindelse med bilkørsel.  1) Clonazepam er registreret til brug ved visse former for epilepsi, og der er særlige regler for bilkørsel på denne indikation. Se teksten. | | | |

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

Hvis der er ordineret en fast daglig behandling med midler med en halveringstid over 10 timer, bør der ikke ske udstedelse, fornyelse, udvidelse eller generhvervelse af kørekortet. Bliver midlerne kun taget som en enkelt dosis, undtagelsesvist eller i særlige situationer kan kørekort opretholdes. Lægen skal rådgive føreren om ikke at føre motorkøretøj i tiden efter indtagelsen.

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

*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/føreren, som er i fast behandling med stærk smertestillende medicin eller benzodiazepiner, går til jævnlig lægelig kontrol i forbindelse med fornyelse af recepter. Hvis den behandlingsansvarlige læge vurderer, at hensynet til trafiksikkerheden i tilstrækkelig grad kan varetages gennem denne lægelige kontrol og i den forbindelse lægens forpligtigelse til at udstede kørselsforbud, bliver der normalt ikke anbefalet en særlig tidsbegrænsning.

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

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 påvirkethed 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.

**Andre euforiserende lægemidler: Cannabisholdige lægemidler og heroin (diacetylmorfin)**

Generelle forhold

Cannabis er i henhold til dansk lovgivning ikke forenelig med bilkørsel. Indholdet af tetrahydrocannabinol (THC) i blodet må ikke overstige 0,0001 mg THC pr. kg blod, hvis det ikke er indtaget i henhold til en lovlig recept. Hvis det er indtaget i henhold til lovlig recept, vil der kunne udstedes eller fornyes kørekort, så længe det er indtaget i overensstemmelse med recepten, og den ordinerende læge vurderer, at det er forsvarligt.

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

Lægeligt kørselsforbud

Ved starten af fast behandling med THC-holdige og tilsvarende lægemidler og ved markant øgning af dosis af en igangværende behandling, bør lægen sædvanligvis udstede et kørselsforbud. Kørselsforbuddet bør vare to til fire uger, men længden skal altid bero på en konkret vurdering og kan, om nødvendigt, vare så længe, som behandlingen står på. Lægen bør vurdere førerens kognitive funktioner. Hvis lægen vurderer, at disse vil være påvirket under kørsel, bør der udstedes et kørselsforbud så længe behandlingen varer.

Såfremt der ordineres THC-holdige eller lignende lægemidler på grund af neurologisk sygdom, for eksempel dissemineret sclerose, kan grundsygdommen i sig selv gøre, at kørsel ikke bør finde sted og udstedelse eller fornyelse sker med en særlig tidsbegrænsning. Disse regler fremgår af kapitel 4.3.

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

*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.

**Behandling med anden trafikfarlig medicin**

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.

Lægeligt kørselsforbud

Lægen bør udstede et kørselsforbud, hvis nedenstående er opfyldt.

|  |  |
| --- | --- |
| Antidepressiva | Sedation og akkomodationsparese (tricykliske antidepressiva) kan påvirke føreregnetheden. Der bør udstedes et kørselsforbud ved start af behandling og ved dosisøgning. Sygdommen, som indicerer behandlingen, kan dog i sig selv også medføre, at der skal udstedes et kørselsforbud.  Selektive serotoningenoptagelseshæmmere (SSRI præparater) har ikke umiddelbart betydning for føreregnethed. |
| Antipsykotika | Sygdommen, som indicerer behandlingen, kan i sig selv have betydning for føreregnetheden. Dette gælder specielt ved psykotiske lidelser. Derudover kan sedation og de motoriske bivirkninger af den medicinske behandling gøre kørsel risikofyldt.  Sædvanligvis bør der udstedes kørselsforbud ved start af behandling og ved dosisøgning, indtil reaktionen på lægemidlet er kendt. |
| Antihistaminer | Selektive H1-blokkere har ikke betydning for trafiksikkerheden. Ved brug af sederende antihistaminer (for eksempel prometazin) 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. Føreren 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. |
| Anabole steroider | Brug af disse midler i forbindelse med fysisk træning kan medføre aggressivitet og svigtende impulskontrol.  Ved konstateret misbrug af anabole steroider bør der sædvanligvis udstedes kørselsforbud. |

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

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

**10. Andre sygdomme**

**10.1. Bevægeapparatet (C)**

Generelle forhold

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

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

Lægeligt kørselsforbud

Hvis en billist udvikler sygdom eller deformitet i bevægeapparatet, eller udsættes for en pludselig skade, som vurderes betydende i forhold til trafiksikkerheden, 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 bilinspektør vurdere, om der skal afholdes en vejledende helbredsmæssig køretest (VHK), eller om der på de foreliggende oplysninger kan stilles krav om brug af personlige hjælpemidler under kørsel eller specialindretning af køretøjet.

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

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.

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

Kørekort til store køretøjer (Gruppe 2) kan i princippet udstedes som til Gruppe 1-køretøjer. Dog skal lægen særligt udtale sig om de yderligere risici og problemstillinger ved køretøjer i denne gruppe, for eksempel ind- og udstigning af store køretøjer og muligheden for at bistå eventuelle passagerer i tilfælde af en ulykke eller andre uforudsete hændelser. Ved vurderingen af ansøgeren/føreren 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.

*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.

*Vilkår om tidsbegrænsning:*

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

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 se på betryggende måde ved brug heraf.

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

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

**10.2. Nyresygdomme (I)**

Generelle forhold

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

Lægeligt kørselsforbud

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

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

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

For ansøgere/førere, der er i dialysebehandling på grund af alvorlig, eventuel irreversibel nyreinsufficiens, bør kørekort sædvanligvis udstedes med vilkår om tidsbegrænsning på op til tre år, da der kan være tale om betydelige helbredsmæssige problemer og øget sygelighed.

Dokumentation ved udstedelse og fornyelse af kørekort

**Gruppe 1 og 2:**

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

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

Generelle forhold

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

Lægeligt kørselsforbud

Ved hypoksæmi, der vurderes at nedsætte koncentrationen og reaktionshastigheden, skal lægen udstede et kørselsforbud. Normalt vil der opstå alvorligere symptomer af trafiksikkerhedsmæssig betydning ved en ilttension (PaO2) under 7,5 kPa svarende til under 90 % iltmætning.

Undersøgelsesmetoder

Specifikt vedrørende hypoksæmi bør der udføres en lungefunktionsundersøgelse og en måling af arteriel ilt- og kuldioxidtension (PaO2 og PaCO2) før og eventuelt efter 30 minutters iltbehandling.

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

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

*Vilkår for kørekortet*

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

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 (PaO2 og PaCO2) 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 en trafiksikkerhedsmæssig forsvarlig vis.

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

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

Lægeligt kørselsforbud

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

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

Krav ved udstedelse og fornyelse af kørekort

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

1. Henvisning til ændringsloven indsættes (vedtaget 2. juni 2016) [↑](#footnote-ref-1)