

KØREKORT OG HELBREDSFORHOLD

- **Lægen** vurderer de helbredsmæssige forhold i forbindelse med udstedelse og fornyelse af kørekort (udfylder helbredsattest). OBS! Læger har også pligt til at vurdere om en patient er i stand til at køre, selvom de ikke står overfor at skulle have (nyt) kørekort, f.eks. i forbindelse med ny sygdom / behandling.
- **Politiet** er myndighed på kørekortområdet.
- **Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS)** rådgiver politi og læger samt håndterer indberetninger om kørselsforbud (tidligere var det embedslægerne).
- **Borgeren** har pligt til at overholde færdselsloven. Men også at afværge akut fare (straffeloven).
- **Tilsyn og Rådgivning Øst, STPS:** Telefon: 72 22 74 50. E-mail: seost@sst.dk
- **Baggrund:** Bekendtgørelse om kørekort samt Sundhedsstyrelsens vejledning om helbredskrav til førere af motorkøretøjer, 10. oktober 2013 (OBS snart ny vejledning på vej).
- Bemærk, at der er forskel på helbredskravene til gruppe 1 og gruppe 2 kørekort.

Sundhedsstyrelsens vejledning om vurdering af helbredskrav til førere af motorkøretøjer, 10. okt 2013:

Afsnit 1: Generelle forhold (om helbredsattesten, kørekortskategorier osv).

Afsnit 2: Lægens ansvar og anmeldelsespligt (§44).

Afsnit 3: Helbredsmæssige forhold.

- 3.1. Synet (*synsstyrke og synsfelt*)
- 3.2. Hørelsen
- 3.3. Førtilstand (*fysisk handicap? Særlig indretning af køretøjet / vilkår for kørekortet?*)
- 3.4. Hjerte-karsygdomme (*obs alvorlige rytmeforstyrrelser, iskæmisk hjertesygdom osv*)
- 3.5. Diabetes (*risiko for hypoglykæmi?*)
- 3.6. Epilepsi, epileptiske anfald og andre bevidsthedsforstyrrelser (*nydiagnosticeret? - velbehandlet? - anfaldsfri i 6-12 mdr?*)
- 3.7. Synkoper og lipotymi (*årsag? – uvarslet? – sket flere gange?*)
- 3.8. Cerebrovaskulær neurologisk sygdom (*sequelae? - risikofaktorer? – behandling?*)
- 3.9. Andre neurologiske sygdomme (*Parkinson, MS m.fl.*)
- 3.10. Søvn- og vågenhedsforstyrrelser (*søvnnapnø, dagtræthed osv*)
- 3.11. Psykiske sygdomme og svækkelser (*alvorlig psykose, skizofreni, affektiv lidelse*)
- 3.12. Demens og andre kognitive forstyrrelser (*MMSE eller lign. hvis tvivl*)
- 3.13. Afhængighedsskabende lægemidler (*morfika og benzodiazepiner*)
- 3.14. Vejledende døgndoser for behandling med afhængighedsskabende lægemidler
- 3.15. Behandling med centralstimulerende lægemidler (*ADHD*)
- 3.16. Alkohol, narkotika og andre lægemidler (*afhængighed eller "kun" sporadisk brug?*)
- 3.17. Nyresygdomme
- 3.18. Anden sygdom eller andre helbredsmæssige forhold

LÆGE I SOCIALMEDICINSK ENHED - HVORDAN SKAL DET GRIBES AN?

Tænk på ”de 3 M’er”:

- **Mentalt:** Bevidsthed – Kognitivt – Sindssygd
- **Medicin:** Morfika – Benzodiazepiner
- **Misbrug:** Alkohol – Stoffer

Brug også sund fornuft! – er patienten/borgen klar og relevant eller påvirket? - giver det mening at køre bil, eller er det farligt og imod reglerne?

AFHÆNGIGHEDSSKABENDE LÆGEMIDLER:

- Generelt skal det *altid* vurderes, om patienten, der er i behandling med det pågældende lægemiddel, vil være i stand til at føre motorkøretøj på betryggende måde (Færdselslovens §54).
- OBS tilvænningsperiode ved start på ny behandling / ændring af dosis (kognitiv påvirkning).
- *Pligt til* at nedlægge kørselsforbud ved tvivl eller behov for observation, f.eks. når der er dosisændring. Det dog altid en individuel konkret vurdering.

► Morfika:

- Kun tilladt at køre under behandling **depotpræparater** p.o.
- Maximal dosis af de enkelte lægemidler kan ses af vejledningen.
- Det skal altid vurderes konkret, om lægemidlet påvirker patienten kognitivt, og om der skal nedlægges kørselsforbud – også selvom dosis er indenfor det ”tilladte”.
- **Hvis der gives kortvirkende opioider skal der altid nedlægges kørselsforbud** under hensyntagen til halveringstiden på det pågældende præparat og den individuelle påvirkning. Fast behandling, herunder fast p.n.-behandling, med kortvirkende opioider accepteres ikke.
- OBS! Dvs kodeinpræparater med indhold kodein > 10 mg samt kortvirkende tramadol ej heller accepteres i forbindelse med kørekortfornyelse.
- Patienter, der er i behandling med morfika af en hvilken som helst slags, uanset dosis, må **ikke køre taxa eller bus med betalende passagerer.**

► Benzodiazepiner:

- Kun benzodiazepiner med **halveringstid på max 10 timer** accepteres. Dvs.
ok med f.eks. oxazepam og midler til søvninduktion som imozop, imovane, stilnoct.
- **Benzodiazepiner med lang halveringstid (> 10 timer) bør altså altid medføre kørselsforbud jf. reglerne.** Stesolid (halveringstid ca. 72 t) er dermed ikke i orden.
- Undtagelse dog Rivotril, men KUN når indikationen er epilepsi.
- Der bør nedlægges kørselsforbud ved iværksættelse af behandlingen og ved markant øgning af dosis pga. den kognitive påvirkning.
- Man må ikke bruge benzodiazepiner i kombination stærk smertestillende medicin - undtaget dog de korttidsvirkende benzodiazepinlign. midler mod søvnløshed (halveringstid < 5 timer).
- **Dvs. ikke køre bil i samtidig behandling med morfika og benzodiazepiner** (kun de helt korttidsvirkende sovemidler) – så skal der nedlægges kørselsforbud.

Vejledende absolut maksimale døgndoser (mg) for stærkt virkende Analgetika (ACT-kode N02A) ved kørekort (listen er ikke udtømmende)

Generisk navn	Absolut maksimal døgndosis (mg) for anbefaling af kørekort til
Hydromorphon depotpræp.	32
Fentanylplaster	100 mikrogram/time
Metadon	120
Morfin depotpræp.	360
Oxycodon depotpræp.	110
Tramadol depotpræp.	400
Buprenorfin resoribletter	¹⁾

1) Buprenorfin er en partiel agonist, og ved vurdering af egnethed til at oppebære kørekort vil personer i buprenorfinbehandling, uanset dosis, blive vurderet som personer i behandling med mindre end 120 mg metadon.

Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler:

Sundhedsstyrelsens anbefaler sædvanligvis ikke, at der føres motorkøretøj under fast behandling med benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler med lang halveringstid (> 10 timer).

Kørekort (alle kategorier) kan sædvanligvis ikke anbefales ved samtidig brug af stærk smertestillende medicin i fast dosering og benzodiazepiner/benzodiazepinlignende midler, undtaget når de kortidssvirkende midler (halveringstid < 5 timer) anvendes mod søvnløshed i anbefalet dosering, og kørslen ikke finder sted i timerne efter indtagelsen.

Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler (listen er ikke udtømmende). Indikation, halveringstider, ekvivalente doser (mg) og maksimale døgndoser (mg) ved kørekort på den registrerede indikation

Søvnbesvær	Halveringstid (timer)	Ekvivalent dosis (mg)	Max døgndosis (mg) for anbefaling af kørekort (alle kat.)
Flunitrazepam	24	0,5	Kørekort kan ikke anbefales
Lormetazepam	10	1	1
Nitrazepam	24	5	Kørekort kan ikke anbefales
Triazolam	3	0,125	0,125
Zaleplon	1 til 2	10	10
Zolpidem	2	10	10
Zopiclon	5	7,5	7,5
Angst og uro			
Alprazolam	12	0,5	Kørekort kan ikke anbefales
Bromazepam	15	3	Kørekort kan ikke anbefales
Chlordiazepoxid	72	10	Kørekort kan ikke anbefales
Clobazam	40	10	Kørekort kan ikke anbefales
Diazepam	72	5	Kørekort kan ikke anbefales
Lorazepam	12	1	Kørekort kan ikke anbefales
Oxazepam	10	15	30
Clonazepam	40	0,5	Kørekort kan ikke anbefales ved ikke registreret indikation

ANDRE LÆGEMIDLER

OBS! Den røde advarselstrekant er ikke nødvendigvis udtryk for at der *skal* gives kørselsforbud. Og omvendt kan medicin uden advarselstrekant også nogen gange påvirke førerevnen (insulin, øjendråber m.fl.).

- ▶ **ADHD-medicin (centralstimulerende midler):**
 - Kørsel som udgangspunkt i orden ved stabil tilstand og god compliance.
 - Methylphenidat max 3 mg/kg/døgn. Atamoxetin max 1,2 mg/kg/døgn, dog max 100 mg/døgn.
- ▶ **Psykofarmaka:**
 - Altid en konkret individuel vurdering. Kan være meget sederende = kørselsforbud i starten.
- ▶ **Antihistaminer:**
 - Sederende antihistaminer bør medføre kørselsforbud.

ALKOHOL

- ▶ "Almindeligt brug" accepteres - man må jo gerne køre i DK, så længe promillen ikke over 0,5 (obs promillegrænsen i f.eks. Sverige er 0,2).
- ▶ Ved alkoholafhængighedssyndrom (alkoholiker) accepteres kørekort kun, hvis patienten i en periode har været afholdende. Dette sker typisk ved, at patienten følges 6 måneder hos egen læge / misbrugscenter.
- ▶ Ved mistanke om alkoholafhængighedssyndrom bør der nedlægges kørselsforbud.
- ▶ Ved kørsel og samtidig påvirkning af alkohol (= akut fare) skal der ringes til politiet! Det gælder uanset om man er i sit virke læge eller er "almindelig" borger.

NARKOTIKA – STOFFER

- ▶ For hash og andre former for narkotika er der en lovgivningsmæssig **nultolerance** (til forskel fra alkohol). En fører af et motorkøretøj må med andre ord *slet ikke* bruge/misbruge f.eks. amfetamin eller cannabis. Dvs at der ikke udstedes kørekort, hvis der er oplysninger om selv et lille forbrug.
- ▶ Hvis der er *mistanke* om brug/misbrug af euforiserende stoffer eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer, men hvor der ikke er dokumentation for et afhængighedssyndrom, anbefaler STPS, at politiet kræver aflæggelse af rene urinkontroller i et nærmere fastsat tidsrum.
- ▶ Ved afhængighedssyndrom bør der altid nedlægges kørselsforbud. STPS vil anbefale dokumentation for mindst 6 måneders stoffrihed før kørsel (foregår typisk via misbrugscenter eller egen læge).
- ▶ Husk altid stillingtagen til kørselsforbud (eller kontakt til politi ved akut fare).
- ▶ Metadon og Buprenorfin: Hvis behandlingen er lægekontrolleret og har været stabil gennem 6 mdr, og hvis der ikke er brug af andre bevidsthedspåvirkende midler, hverken lægemidler eller illegale stoffer, kan man normalt godt få almindeligt kørekort.

DET LÆGELIGE KØRSELSFORBUD

Autorisationslovens § 44: ”Kommer en læge i sin virksomhed til kundskab om, at en person lider af sådanne sygdomme eller mangler i fysisk eller sjælelig henseende, at personen i betragtning af de forhold, hvorunder denne lever eller arbejder, udsætter andres liv eller helbred for **nærliggende fare**, er lægen **forpligtet til at søge faren afbødet** ved henvendelse til vedkommende selv eller om fornødent ved anmeldelse til på gældende embedslæge eller Sundhedsstyrelsen” (nu: STPS).

- Behøver ikke samtykke fra patienten! Men skal selvfølgelig oplyse om det.
- Handlepligten gælder kun i forbindelse med et **læge-patient forhold**. Det vil sige, når lægen får oplysninger om patientens helbred i sin virksomhed som læge for patienten. Lægen kan ikke opfylde sin pligt ved at videregive helbredsoplysninger om patienten til patientens egen læge, for at få denne til at udstede et kørselsforbud.

Praktisk betydning §44: Lægeligt kørselsforbud:

- **Lægen skal altid vurdere, om patientens tilstand skønnes at være forsvarlig i forbindelse med bilkørsel.**
- Kan være for en **begrænset periode, permanent eller ”indtil videre”**.
- Det er altid **lægen**, der tager stilling til et kørselsforbud på baggrund af helbredsforholdene – ikke SST, STPS eller andre myndigheder.
- Hvis kravene i vejledningen ikke er opfyldt, skal patienten som udgangspunkt have kørselsforbud.
- Hvis patienten giver udtryk for at ville køre bil – eller ses at køre bil - trods nedlagt kørselsforbud, forventes sagen indberettet til STPS. Behøver ikke samtykke.
- Akut fare: kontakt politiet.
- Hvis patienten accepterer kørselsforbuddet gøres ikke yderligere (dvs. ingen indberetning).
- Husk altid at journalisere det. Kan evt få betydning i en forsikrings sag (obs straffesag).

SOCIALMEDICINSK ENHED – HVAD SKAL VI GØRE?

Klinisk funktion – SME:

- **Læge-patient relation** dvs. pligt til at handle som *læge* og tage stilling til evt. kørselsforbud.
- Overvej især det mentale, medicinforbruget og evt misbrug.
- Oplys patienten om kørselsforbud og få accept af dette. Ellers bør det indberettes skriftligt til STPS (behøver ikke samtykke).
- Husk at journalisere, hvad der præcis er sagt/aftalt.

Sundhedskoordinator – ude i kommunerne:

- **Konsulent / rådgiver** –funktion, dvs *ikke* et læge-patient forhold. Derfor ikke pligt til at nedlægge et eventuelt relevant kørselsforbud. Men såfremt det vurderes, at der er et problem ift dette, bør det føres til referat, som sendes til egen læge (der bør foreligge samtykke til videregivelse af oplysninger). Egen læge kan evt kontaktes telefonisk (husk samtykke hertil).

KONKLUSION

- Specifikke regler kørekort og helbred fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om vurdering af helbredskrav til førere af motorkøretøjer, 10. oktober 2013. Se www.STPS.dk.
- ”De 3 M’er”: Vurdér især det mentale, medicinforbruget samt evt misbrug. Brug sund fornuft.
- Kørselsforbud hvis patienten kan være til fare for andre. Skal altid journaliseres.
- Morfika: Der accepteres som kun depotpræparater.
- Benzodiazepiner: Der accepteres kun midler med halveringstid max 10 t.
- Alkohol- og/eller stofafhængighed bør altid føre til kørselsforbud.
- Nultolerance mht brug/misbrug af stoffer – overvej kørselsforbud.
- Altid konkret, individuel stillingtagen til eventuelt kørselsforbud. Kan der være fare for andre?
- Indberetning til STPS jf autorisationslovens §44, hvis patienten alligevel kører (= nærliggende fare). Kræver ikke samtykke fra patienten.
- SME: Læge-patient relation = pligt til at handle.
- SK: Rådgiver/konsulent og dermed ingen handlepligt. Føres til referat mhp oplysning til e.l. Alternativt kontakt egen læge selv (husk samtykke).
- Akut fare = ring altid til politiet!

Links

<http://stps.dk/da/borgere/helbred-og-koerekort>

<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=158670>

Dokumentation

Referencer:

Vejledning nr. 9584 af 10. november 2013 om vurdering af helbredskrav til førere af motorkøretøjer

Bekendtgørelse af færdselsloven, LBK nr. 1386 af 11. december 2013

Vejledning nr. 9009 af af 27. december 2013 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler

Forfatter:

Cecilie Bryld, afdelingslæge
Socialmedicinsk Enhed
Frederiksberg Hospital
(Ansvarlig for trafikmedicin i Sundhedsstyrelsen, Embedslægeinstitutionen Øst frem til oktober 2015)

Dato for ikrafttræden:

01.01.2017

Seneste tidspunkt for revision:

01.01.2020
