

Veileder for leger og psykologer

Krav i førerforskriften

Mai 2018



Innholdsfortegnelse

Bakgrunn	2
Hensikt.....	2
Målgruppe.....	2
Leger og psykologer	2
Kort om kravene til leger/psykologer.....	3
Opplæring	2
Godkjenning av helsepersonell	3
Vurdering av medisinsk skikkethet.....	3
Send attest til tilsynet	3
Førerforskriftens krav som retter seg mot leger/psykologer	4
Vedlegg II Helsekravene	10

Bakgrunn

I Europa er det innført felles regler for førere, og disse trådte i kraft i Norge 2011. Å forholde seg til nye forskrifter gir utfordringer for brukergruppene, både virksomheter, førere, leger og psykologer. Flere av utfordringene er felles, men vi ser også at utfordringer er tilknyttet enkelte brukergrupper. Under er en kort liste over de områdene der vi ser at det ofte er utfordringer for leger og psykologer:

- Innsendelse av attest
- Krav til opplæring
- Ikke godkjent helseattest
- De medisinske kravene og vurdering av enkelte sykdommer

Hensikt

Hensikten med veilederen er å bidra til bedre forståelse av hva som skal til for å svare ut kravene i førerforskriften og dennes vedlegg.

Tilsynet håper veilederen vil gjøre det enklere for leger og psykologer å implementere og etterkomme kravene som stilles i førerforskriften.

Veilederen er ikke uttømmende. Alle som omfattes av førerforskriften har et selvstendig ansvar for å kjenne og etterleve jernbanelovgivningen, dette gjelder så vel virksomheter som førere og leger/psykologer.

Målgruppe

Denne veilederen retter seg mot leger og psykologer. Andre målgrupper som førerforskriften retter seg mot er det utarbeidet egne veiledere til. Dette gjelder:

- Førere
- Virksomheter
- Opplæringscentre med egen godkjenning

For mer informasjon om kravene som retter seg mot disse gruppene, vises det til de veilederne.

Veilederen er inndelt slik at alle kravene som retter seg mot leger og psykologer er gjengitt med en egen forklarende tekst. Veilederen er ment å skulle tydeliggjøre kravene som er stilt leger og psykologer. Veilederen er ikke uttømmende, og det vil være tilfeller der regelverket overlapper de andre målgruppene.

Leger og psykologer

For å kunne gjennomføre medisinske og psykologiske undersøkelser i henhold til kravene i førerforskriften må leger og psykologer ha en egen godkjenning fra SJT.

Kort om kravene til leger/psykologer

Opplæring

Bedriftshelsetjenester kan søke om godkjenning fra SJT for å gjennomføre opplæring til leger/psykologer tilknyttet bedriftshelsetjenesten og/eller til eksterne leger og psykologer.

Ved en søknad om å gjennomføre opplæring stilles det krav til en opplæringsplan med både teoretisk og praktisk opplæring. I en slik opplæring er det viktig at legen/psykologen får god forståelse for førerens arbeidsoppgaver og arbeidsvilkår, i tillegg til en opplæring i førerforskriftens krav og forståelse for hvordan denne fungerer i praksis.

Leger og psykologer som ønsker å søke om godkjenning må selv sende inn søknad med følgende dokumentasjon:

- autorisasjon som lege/psykolog; HPR-nummer
- dokumentasjon på gjennomført opplæring godkjent av SJT
- navn og kontaktinformasjon (registreres i registeret og publiseres på sjt.no)
- Søknaden med dokumentasjon sendes til post@sjt.no.

Godkjenning av helsepersonell

Godkjenning gis til den enkelte legen/psykologen, men vedkommende kan være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste. Kravet er at den enkelte undersøkelsen må utføres av eller under oppsyn av en godkjent lege. Godkjenningen som lege etter førerforskriften er gyldig i fem år fra vedtaksdato. For å opprettholde godkjenningen må det gjennomføres minst 10 undersøkelser i året. Når godkjenningsperioden er over må legen/psykologen søke om ny godkjenning.

For å kunne gjennomføre yrkespsykologiske undersøkelser må vedkommende ha en egen godkjenning fra SJT. Både leger og psykologer kan få slik godkjenning.

SJT har mulighet til å tilbakekalle en godkjenning dersom det foreligger forhold som tilsier dette. Eksempel på slike forhold kan være mistanke om urettmessige godkjenninger, ikke opprettholdt fastsatt antall årlige undersøkelser m.m. I de tilfeller der SJT vurderer tilbakekalling vil legen/psykologen bli bedt om å uttale seg i saken før et eventuelt vedtak fattes.

Vurdering av medisinsk skikkethet

Legen gjør den endelige vurderingen av om en fører er medisinsk skikket eller ikke. Det er ingen unntaksmulighet for de førerne som ikke oppfyller kravene.

Enkelte sykdommer som ellers ville diskvalifisert føreren kan likevel tilsa at vedkommende er medisinsk skikket. Dette er for eksempel hvis sykdommene holdes under kontroll ved hjelp av medisiner eller annet. International union of Railway Medical Services (UIMC) har utarbeidet en veileder til de medisinske kravene i førerdirektivet, denne kan brukes dersom det er uklarheter ved vurdering av enkelte sykdommer.

For den yrkespsykologiske undersøkelsen har det Europeiske Jernbanebyrå (ERA) utarbeidet en guideline for yrkespsykologisk skikkethet som kan brukes av praktiserende leger og psykologer. Det er legen/psykologen selv som må finne metode for undersøkelse av yrkespsykologisk skikkethet da forskriften ikke setter krav til hvilke metoder som skal brukes.

Send attest til tilsynet

For hver gjennomførte undersøkelse må det fylles ut en egen attest som sendes inn til SJT, uavhengig av resultatet av undersøkelsen. Dette skal bekrefte for tilsynet om en fører oppfyller helsekravene. Dersom en fører ikke godkjennes av undersøkende lege skal tilsynet ha melding om dette. Klageadgang følger av forvaltningslovens bestemmelser.

Førerforskriftens krav som retter seg mot leger/psykologer

Først kommer førerforskriften krav som retter seg mot leger/psykologer. Bestemmelsen i førerforskriften har farget bakgrunn, med beskrivende tekst under.

Del to omhandler vedlegg II til førerforskriften som er de medisinske kravene.

§ 1. Virkeområde

Denne forskriften gjelder sertifisering av førere av trekkraftkjøretøy på det nasjonale jernbanenettet for en jernbanevirksomhet som har sikkerhetssertifikat eller sikkerhetsgodkjenning.

Forskriften gjelder ikke:

- a) førere som utelukkende fører skinne-/veimaskin på anleggsområde eller strekning som er disponert for arbeid
- b) førere som utelukkende fører kjøretøy for jernbanevedlikehold på anleggsområde

Forskriften her retter seg mot virksomheter, opplæringscentre, førere, leger og psykologer som rettssubjekter. Dette innebærer at forskriften inneholder krav rettet direkte mot overnevnte grupper.

Forskriften gjelder ikke for førere av trikk og t-bane.

Førere av arbeidsmaskiner som kjører tog eller skift på det nasjonale jernbanenettet er omfattet av denne forskriften.

§ 3. Grunnkrav til førersertifisering

Førere skal være skikket og ha nødvendige kvalifikasjoner for å kunne utføre arbeidsoppgaver som er tillagt førere av trekkraftkjøretøy på en selvstendig, ansvarlig og sikker måte.

Førere skal inneha et førerbevis og et sertifikat. Førerbevis og sertifikat skal alltid medbringes under framføring og kunne fremvises SJT på forespørsel.

Hvis en fører fra en tredjestat skal føre trekkraftkjøretøy utelukkende på grensekryssende strekninger av det nasjonale jernbanenettet, kan førerens sertifiseringsdokumenter godkjennes i samsvar med bilaterale avtaler med vedkommende tredjestat.

Forskriften inneholder krav til skikkethet, egnethet og kompetanse. Brudd på bestemmelsen kan medføre tilbakekalling av førerbevis jf. § 28. I denne paragrafen kommer kravet til at en fører skal være skikket, dette innebærer at føreren er både medisinsk skikket og faglig skikket til å utføre sin arbeidsoppgave som fører.

En fører skal alltid ha med førerbevis og sertifikat når vedkommende er ute og jobber. Denne dokumentasjonen skal kunne fremlegges for SJT ved operative kontroller/tilsyn.

§ 4. Førerbevisets innhold og utforming

Førerbeviset dokumenterer at innehaveren oppfyller minstekravene til fysisk og psykisk helse, grunnutdanning og generell yrkesmessig kompetanse. Førerbeviset skal være i overensstemmelse med kravene i vedlegg I.

Her settes krav til hva førerbeviset dokumenterer. Førerbeviset bekrefter i stor grad at føreren oppfyller helsekravene, både de fysiske og psykiske kravene. SJT er pålagt å ha et register for førerens helsestatus. Derfor er det viktig at SJT er oppdatert om førerens helsesituasjon, ettersom den danner grunnlaget for å inneha førerbevis og dermed kunne jobbe som fører på det nasjonale jernbanenettet.

§ 9. Krav om medisinsk og yrkespsykologisk skikkethet

Førere skal være medisinsk og yrkespsykologisk skikket i henhold til vedlegg II punkt 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 og 1.5 for å kunne føre trekraftkjøretøy på en sikker måte.

Vedlegg II til førerforskriften fastsetter helsekrav til føreren. Det ikke er ingen unntaksbestemmelse for helsekravene i førerforskriften, derfor er det legen som avgjør om føreren oppfyller kravene eller ikke.

§ 10. Krav om undersøkelse av medisinsk og yrkespsykologisk skikkethet

Det skal foretas en undersøkelse av søkerens medisinske skikkethet. Denne undersøkelsen skal minst omfatte elementene i vedlegg II punkt 2.1. Undersøkelsen skal utføres av, eller under tilsyn av, en lege godkjent i samsvar med kapittel 6.

Det skal foretas en undersøkelse av søkerens yrkespsykologiske skikkethet. Denne undersøkelsen skal minst omfatte elementene i vedlegg II punkt 2.2. Undersøkelsen skal utføres av, eller under tilsyn av, en psykolog eller lege godkjent i samsvar med kapittel 6. Slik undersøkelse skal også gjennomføres ved fornyelse av førerbevis etter § 5 fjerde ledd.

Kravene i forskriften er funksjonelle. Det er ingen dispensasjonsmulighet fra helsekravene. Det er legen som vurderer om kravene til helse er oppfylt eller ikke. Undersøkelsen kan kun utføres av, eller under oppsyn av, en godkjent lege. Liste over godkjente leger og psykologer finnes på sjt.no.

ERA (European Railway Agency) har utarbeidet en veileder for yrkespsykologisk skikkethet som kan brukes av praktiserende leger og psykologer (Guidelines for the Psychological Assessment of Train Drivers and other safety related personnel). Denne er på nett.

Det er legen/psykologen selv som må finne metode for undersøkelse av yrkespsykologisk skikkethet.

Yrkespsykologisk undersøkelse skal gjennomføres ved førstegangssøknad om førerbevis, etter uønskede hendelser hvor menneskelig svikt kan være en faktor og ved søknad om fornyelse av førerbevis om det er indikasjon på at søkeren ikke er skikket.

§ 11. Krav om periodisk undersøkelse av medisinsk skikkethet

For at et førerbevis fortsatt skal være gyldig, skal det foretas periodiske undersøkelser av førerens medisinske skikkethet. De periodiske undersøkelsene skal minst omfatte elementene i vedlegg II punkt 3.1. Undersøkelsene skal utføres av, eller skje under tilsyn av, en lege som er godkjent i samsvar med kapittel 6.

Periodiske undersøkelser skal foretas minst hvert tredje år fram til fylte 55 år, og deretter hvert år. I tillegg skal en godkjent lege øke hyppigheten av undersøkelser dersom den medisinske skikketheten til en fører tilsier dette.

Når en periodisk undersøkelse er gjennomført, skal den ansvarlige legen umiddelbart underrette SJT om resultatet av undersøkelsen på attest etter § 13

Helseundersøkelsen skal skje av godkjent lege, eller under oppsyn av godkjent lege. En lege under opplæring kan f.eks. gjennomføre helseundersøkelse under oppsyn av en allerede godkjent lege. Det samme gjelder for psykologer.

Når aldersgrense 55 år passerer mellom to periodiske helseundersøkelser, skal neste undersøkelse foretas tre år etter forrige undersøkelse, men ikke senere enn ett år etter fylte 55 år.

§ 12. Krav om tilleggsundersøkelser av medisinsk og yrkespsykologisk skikkethet

Uten at det berører § 11 skal jernbanevirksomheten påse at det foretas en egnet undersøkelse av førerens skikkethet etter § 9 når:

- a) det er grunn til å tvile på at føreren oppfyller kravene i § 9
- b) føreren har vært involvert i en arbeidsulykke
- c) føreren har hatt fraværsperiode etter en jernbaneulykke eller alvorlig jernbanehendelse som har medført personskade, eller
- d) føreren er tatt ut av tjeneste av sikkerhetsgrunner

Undersøkelsen skal utføres av, eller skje under tilsyn av, en lege eller psykolog som er godkjent i samsvar med kapittel 6.

Godkjent lege eller psykolog kan bestemme at det skal gjennomføres en egnet legeundersøkelse i tillegg til undersøkelsen i første ledd, særlig etter sykefravær på minst 30 dager.

Når en tilleggsundersøkelse etter første eller tredje ledd er gjennomført, skal den ansvarlige legen eller psykologen umiddelbart underrette SJT om resultatet av undersøkelsen på attest etter § 13.

Eksempelvis vil den generelle bestemmelsen om skikkethet kunne omfatte forhold som gjentatt korttidsfravær eller langtidssykemelding. Samt eventuell påvirkning en person kan ha hatt ved å ha vært direkte involvert i en ulykke eller en nestenulykke, der påvirkningen er av en slik art at arbeidsoppgavene ikke kan gjennomføres uten fare for trafikksikkerheten.

Bokstav d) kan omfatte rus/alkoholmisbruk, skikkethet, egnethet grunnet gjentatte brudd på bestemmelser o.l.

Legen har en egen rett til å bestemme om det skal gjennomføres en egnet legeundersøkelse. Videre sier bestemmelsen at dette vil gjelde særlig etter sykefravær på minst 30 dager. Denne retten kommer i tillegg til helseundersøkelse som nevnt i første ledd. Første ledd setter krav til at virksomheten skal påse at det foretas en egnet undersøkelse av førerens skikkethet når et eller flere av forholdene som er nevnt i bokstav a til d er gjeldende.

Ved tilfeller der føreren midlertidig ikke oppfyller helsekravene av ulike årsaker, skal ansvarlig lege/psykolog underrette SJT på attest ved å henvise til § 12.

Negativ attest danner grunnlag for tilbakekalling av førerbevis jf. § 28. Det vises videre til kommentaren til § 3. Førerbeviset er en bekreftelse på at føreren oppfyller helsekravene, og det er således viktig at denne informasjonen til enhver tid er oppdatert og korrekt ved at legen/psykologen sender inn helseattest til SJT etter en undersøkelse.

§ 13. Attest

Føreren skal dokumentere at kravene til medisinsk og yrkespsykologisk skikkethet er oppfylt ved å fremlegge attest fra lege eller psykolog som er godkjent i samsvar med § 22. Attest skal utstedes på skjema fastsatt av SJT.

Ved søknad om førerbevis er føreren ansvarlig for å fremlegge attest/dokumentasjon på at helsekravene er oppfylt. Ved periodisk helseundersøkelse og tilleggsundersøkelse er det legen/psykologen som skal sende inn helseattest til SJT. Attesten ligger på sjt.no og er en elektronisk registrering.

Innmeldelse av arbeidsudyktighet over tre måneder registreres på føreren i førerbevisregisteret.

§ 14. Informasjonsplikt om helseforhold m.m.

Føreren skal straks underrette jernbanevirksomheten hvis vedkommende er i tvil om kravene i § 9 er oppfylt.

Jernbanevirksomheten skal umiddelbart underrette SJT om tilfeller av arbeidsudyktighet som er lengre enn tre måneder.

Det er førerens ansvar å påse at helsekravene til enhver tid er oppfylt. Videre er det førerens ansvar å informere jernbanevirksomheten som utsteder sertifikat dersom det er tvil om helsekravene er oppfylt.

§ 22. Leger og psykologer

Helseundersøkelser etter forskriften her kan bare gjennomføres av eller under oppsyn av autoriserte leger som i tillegg er godkjent av SJT.

Yrkespsykologiske undersøkelser etter forskriften her kan bare gjennomføres av eller under oppsyn av leger som nevnt i første ledd eller autoriserte psykologer som i tillegg er godkjent av SJT.

For å bli godkjent kreves det at legen eller psykologen har gjennomgått opplæring godkjent av SJT.

Godkjenning gis for en periode på maksimalt fem år. For å fornye godkjenningen må vedkommende lege eller psykolog ha gjennomført eller hatt oppsyn med minst ti undersøkelser årlig. Videre må vedkommende lege eller psykolog ha gjennomført etterutdanning godkjent av SJT.

Bedriftshelsetjenester kan søke SJT om godkjenning til å gjennomføre opplæring av leger. I en slik opplæring er det viktig at legen/psykologen får god forståelse for førerens arbeidsoppgaver og arbeidsvilkår. I tillegg til en opplæring i førerforskriftens krav og forståelse for hvordan denne fungerer i praksis.

Det er SJT som godkjenner hver enkelt lege. For å bli godkjent som lege, må legen selv søke om godkjenning hos SJT.

Kravet om 10 helseundersøkelser i året er satt for at legen/psykologen skal ha kontinuerlig praksis, og for å kunne opprettholde kompetansen om bestemmelsene i forskriften og forståelsen for førerens oppgaver og arbeidsvilkår.

Bedriftshelsetjenester som innehar godkjenning til å gjennomføre opplæring av leger, kan søke om godkjenning til å gjennomføre etterutdanning av leger/psykologer. I tilfeller der det ikke foreligger grunnlag for å gjennomføre en etterutdanning, kan SJT gi unntak fra kravet i henhold til førerforskriften § 30.

Ved fornyelse av godkjenning sendes søknad til SJT med egenerklæring om gjennomførte helseundersøkelser, og bekreftelse på gjennomført etterutdanning. Godkjenningen gis for nye fem år.

§ 23. Tilbakekall av godkjenning

Godkjenning etter dette kapitlet kan tilbakekalles hvis vilkårene for godkjenning ikke lenger er oppfylt.

Dersom en lege/psykolog ikke oppfyller vilkårene så kan SJT tilbakekalle godkjenningen. Vilkårene her vil være gjennomført antall helseundersøkelser i året, gjennomført etterutdanning, fratatt autorisasjon eller andre forhold som tilsier at kravene i denne forskriften ikke lenger er oppfylt. I de tilfeller der SJT vurderer å tilbakekalle en godkjenning, vil legen/psykologen få et forhåndsvarsel og muligheten til å uttale seg og komme med ytterligere informasjon.

En slik tilbakekalling vil være utformet som et vedtak i henhold til reglene i forvaltningsloven, og det vil være mulig å klage på et slikt vedtak. Mer informasjon om klageretten blir det opplyst om i vedtaket. Det vil være Samferdselsdepartementet som behandler klagen.

§ 24. Register over opplæringssentre m.m.

SJT skal føre et offentlig register over opplæringssentre og personer med godkjenning etter kapittel 5 og 6.

Alle godkjente leger/psykologer står oppført med kontakinformasjon på sjt.no.

For at denne informasjonen skal være riktig er det viktig at legen/psykologen opplyser til SJT hvor de jobber.

§ 27. Tilsyn og kontroll

SJT fører tilsyn med at førere, jernbanevirksomheter, leger, psykologer, sensorer og opplæringssentre overholder bestemmelsene i denne forskriften. Enhver plikter å gi SJT de opplysninger det krever for å utføre sine oppgaver, samt for samme formål å gi tilsynsmyndigheten adgang til anlegg, herunder lokaler, utstyr og annet materiell knyttet til jernbanevirksomheten.

Hvis SJT anser at en bestemt fører utgjør en alvorlig trussel for sikkerheten ved jernbanen, skal SJT umiddelbart treffe de nødvendige tiltak, herunder stanse trekkraftkjøretøyet og forby føreren å føre trekkraftkjøretøy så lenge det er nødvendig. SJT skal underrette EFTAs overvåkingsorgan og andre vedkommende myndigheter om slike beslutninger.

Førere som kjører tog eller skift uten å inneha førerbevis eller som ikke er sertifisert for vedkommende materiell eller strekning skal nektes videre kjøring. SJT kan inndra førerbeviset på stedet. § 29 første ledd gjelder tilsvarende.

En uavhengig vurdering av fremgangsmåtene for tilegning og vurdering av yrkesmessig kompetanse, samt av systemet for utstedelse av førerbeviser, skal utføres hvert femte år. Dette kravet gjelder ikke jernbaneforetak med sikkerhets sertifikat eller infrastrukturforvalter med sikkerhetsgodkjenning. Vurderingen skal utføres av kvalifiserte personer som ikke selv er involvert i de berørte virksomhetene.

SJT kan gjennomføre tilsyn av leger og psykologer. Det vil i særlig tilfeller være aktuelt hvis det mistenkes at en lege/psykolog ikke overholder bestemmelsene i denne forskriften. Ved et tilsyn er legen/psykologen forpliktet til å gi SJT de opplysningene som kreves for at et tilsyn kan gjennomføres.

§ 28. Tilbakekall av førerbevis

Hvis en fører ikke lenger oppfyller ett eller flere vilkår for å inneha førerbevis, skal SJT kalle tilbake førerbeviset midlertidig eller permanent. Føreren og jernbanevirksomheten som vedkommende fører er tilknyttet skal underrettes om vedtaket umiddelbart.

Vedkommende myndighet i en annen EØS-stat kan anmode SJT om å gjennomføre nærmere undersøkelser eller kalle tilbake førerbeviset der en fører med førerbevis utstedt i Norge ikke lenger oppfyller ett eller flere vilkår for å inneha førerbevis. SJT skal se nærmere på anmodningen innen fire uker og underrette den andre myndigheten, EFTAs overvåkingsorgan og andre vedkommende myndigheter om sin beslutning.

For førerbevis utstedt i en annen EØS-stat, skal SJT henvende seg til vedkommende myndighet og gi en begrunnet anmodning om at det enten utføres en ytterligere inspeksjon eller at førerbeviset blir suspendert. SJT skal underrette EFTAs overvåkingsorgan og andre vedkommende myndigheter om sin anmodning. SJT kan forby førere å framføre trekraftkjøretøy i Norge i påvente av en meddelelse om utstedende myndighets beslutning.

Hvis SJT finner at en beslutning etter tredje ledd ikke er i overensstemmelse med de relevante kriteriene, skal prosedyren angitt i direktiv 2007/59/EF artikkel 29 nummer 5 få anvendelse. I påvente av en endelig avgjørelse kan et ilagt forbud mot å framføre trekraftkjøretøy på det nasjonale jernbanenettet opprettholdes.

Et førerbevis kan tilbakekalles midlertidig eller permanent når kravene i denne forskrift ikke er oppfylt. Kravene her menes helsekravene, kompetansekravene og krav til skikkethet. I de tilfeller der SJT mottar en ikke godkjent helseattest, vil vi tilbakekalle førerbeviset. I disse tilfellene sender vi ikke ut varsel til føreren ettersom føreren allerede har mottatt denne informasjonen fra legen og selv er ansvarlig for å informere sin virksomhet.

I de tilfeller der et førerbevis blir tilbakekalt grunnet manglende kompetanse eller grunnet skikkethet vil føreren motta varsel og bli bedt om å uttale seg i saken.

En tilbakekalling er utstedt som et enkeltvedtak, og kan således påklages i henhold til reglene i forvaltningsloven. En slik klage vil behandles av Samferdselsdepartementet. I vedtaket står det mer utfyllende informasjon om klageretten.

I vedtak om midlertidig eller permanent tilbakekalling vil det kunne stilles vilkår, herunder hva som skal til for at vedkommende fører skal få tilbake sitt førerbevis.

I de tilfeller der vi tilbakekaller et førerbevis, underretter vi virksomheten om dette umiddelbart. Dersom SJT finner at en fører med førerbevis fra annet land ikke oppfyller kravene, vil vi rette en henvendelse til vedkommende myndighet og anmode om ytterligere inspeksjon eller at førerbeviset skal tilbakekalles. I påvente av svar kan vi forby føreren å kjøre tog i Norge.

I disse tilfellene er Norge forpliktet å informere ESA, som er EFTAs overvåkingsorgan.

Vedlegg II Helsekravene

Nedenfor følger en liste over helsekravene med veiledende tekst. Teksten er veiledende og er således ikke en uttømmende liste over sykdommer og medikamenter som er tillatt/ikke tillatt. Det er vesentlig at legen legger til grunn en vurdering av førerens helse opp mot arbeidsoppgaven føreren er satt til å gjøre. En slik vurdering er den del av helhetsvurderingen av om kravene er oppfylt eller ikke. Veilederen er ment å gi generelle føringer for vurdering av en førers helse.

Vurdering av helseforhold

Når det gjelder helseforhold må legen forsikre seg om at føreren har tilfredsstillende funksjon for å kunne utføre arbeidet forsvarlig samt vurdere om det er økt sannsynlighet for akutt inkapasitering. Ved akutt inkapasitering kan konsekvensene bli svært alvorlig. Å vurdere sannsynligheten for akutt inkapasitering er komplisert. Det er varierende i hvilken grad man vil finne data som kan brukes i en slik vurdering og ofte vil det bli en skjønnsmessig vurdering. Statens jernbanetilsyn anbefaler at en sannsynlighet for akutt inkapasitering > 2 % per år for førere vurderes som for høy. Dette er på linje med EU sin akseptansegrense for utstedelse av helseattest for førerkortgruppe 2 og 3, og i tråd med UIMC guidelines fra 2014. Ved sykdom eller tilstander som kan medføre økt sannsynlighet for inkapasitering anbefales det å vurdere behov for økt hyppighet av periodisk undersøkelse samt å sørge for at risikovurderingen er dokumentert.

Legen som vurderer om helsekrav er oppfylt, skal også vurdere om det er tilstander som ikke er inkludert i veilederen, men som kan føre til nedsatt funksjon eller plutselig innsettende bevissthetspåvirkning eller nedsatt funksjon.

Førerforskriften

1.1. Generelle krav

Førere skal ikke ha noen helseproblemer eller ta medisiner, legemidler eller stoffer som kan forårsake

- plutselig bevissthetstap,
- en reduksjon i oppmerksomhet eller konsentrasjon,
- plutselig tap av arbeidsevne,
- tap av balanse eller koordineringsevne,
- betydelig begrensning av mobilitet.

Til sykdommer, medisinsk behandling eller medikamenter eller stoffer, som kan forårsake plutselig bevissthetstap, reduksjon i oppmerksomhet eller konsentrasjon, plutselig tap av arbeidsevne, tap av balanse- eller koordineringsevne, eller betydelig begrensning av mobilitet regnes blant annet:

1. Hjerte- og karsykdommer
2. Diabetes
3. Neurologiske sykdommer/hodeskade (inkludert epilepsi)
4. Bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelser av annen årsak enn hjerte-/karsykdom, diabetes og epilepsi
5. Svimmelhetssykdommer
6. Søvn sykdommer
7. Andre fysiske handicap eller funksjonsforstyrrelser
8. Psykiske lidelser
9. Kognitiv svikt
10. Alkohol- og stoffmisbruk

Her følger ytterligere beskrivelse av hva sykdommer som listet over innebærer:

1. Hjerte-karsykdommer som kan forårsake plutselig innsettende bevissthetspåvirkning medfører at helsekrav ikke er oppfylt.

Eksempler på slike sykdommer:

- Langvarig ubehandlet eller forhøyet blodtrykk som er vanskelig å regulere
- Angina pectoris
- Hjerteinfarkt
- Aorta aneurysme
- Hjertesvikt
- Arytmier,
- Kunstig hjerteklaff,
- Hjertetransplantasjon,
- Manifest hypotoni eller tilbakevendende ortostatisme.

En god vurdering av førere med hjerte-/karsykdom krever informasjon om diagnose, fysisk kapasitet, symptomer, pumpefunksjon, tegn til iskemi, tegn til arytmi, co-morbiditet, kardiologisk risikoprofil og medikasjon.

En fører med hjerte-/karsykdom må ha god sykdomsforståelse og evne til å stanse arbeidet umiddelbart ved tegn til symptomer.

For å redusere sannsynligheten for en uønsket hendelse er det viktig med røykekutt og regelmessig mosjon. I tillegg bør blodtrykk, lipidprofil og blodsukker ligge innenfor behandlingsmål (ref. nasjonale retningslinjer).

Det finnes verktøy for å vurdere 10 års sannsynlighet for kardiovaskulær død (NORRISK), kardiovaskulær sykdom (QRISK2) og hjerteinfarkt/død (Framingham Coronary Heart Disease Risk Score – MDCalc). Disse er tilgjengelig på nett og en av disse bør brukes for å kvantifisere sannsynlighet for sykdom. Dersom 10-års sannsynlighet for sykdom/død er over 10% indikerer det at det kan være behov for å gjøre en mer grundig vurdering av skikkethet samt eventuelt starte forebyggende behandling og følge opp livsstilsendring.

European Society of Cardiology anbefalinger for optimalisering av risiko hos pasienter med hjerte-karsykdommer:

- Ingen tobakk
- Regelmessig mosjon
- BMI<25
- Livvidde <94cm (menn) / <80cm (kvinner)
- BT<140/90
- Totalkolesterol<4,5 mmol/l
- LDL<2,5 mmol/l
- HbA1c<6,5 %

Supplerende undersøkelser som bør vurderes:

- Holter registrering
- 24 timers blodtrykkmåling
- Arbeids-EKG, be om å få oppgitt estimert MET
- Ekko-cor
- Blodprøver med lipidprofil og HbA1c

Vurderingen av om blodtrykket er normalt foretas i henhold til nasjonale retningslinjer (IS-1550, Helse- direktoratet 2009).

Blodtrykk:

Blodtrykk > 180/110 med eller uten behandling er diskvalifiserende.

Dersom det er tegn til organkomplikasjoner (venstre ventrikel hypertrofi, nyreskade) skal blodtrykket være < 140/90.

Koronarsykdom:

I vurdering etter angina pectoris og hjerteinfarkt som er behandlet er følgende kriterier diskvalifiserende:

- Vedvarende symptomer
- Venstre ventrikkel ejeksjonsfraksjon (EF) <40%
- Tegn til iskemi ved arbeids-EKG
- Påvist høygradig stenose
- Alvorlig arytmi

I vurdering etter angina pectoris og hjerteinfarkt som er behandlet bør i tillegg følgende kriterier være oppfylt selv om de hver for seg ikke er absolutt diskvalifiserende:

- Arbeidskapasitet >7 MET (>8 MET ved alder <50 år)
- Venstre ventrikkel ejeksjonsfraksjon (EF) >50%
- Ubehandlete risikofaktorer
- Ubehandlet obstruktiv søvnapnoe

Etter akutt hjerteinfarkt behandlet med blokking/stenting kan man gjenoppta arbeidet etter 6 uker dersom status er tilfredsstillende.

Etter Aorta Coronar Bypass (ACB) operasjon kan arbeidet gjenopptas etter 12 uker dersom status er tilfredsstillende.

Aorta aneurysme med diameter >5cm er diskvalifiserende. Ved mindre aneurysmer der helseattest er godkjent, bør periodisk undersøkelse gjennomføres årlig.

Hjertesvikt:

Ved hjertesvikt må underliggende årsak diagnostiseres og behandles. En grundig evaluering er nødvendig.

I vurdering av hjertesvikt er følgende kriterier diskvalifiserende:

- Symptomer
- Ejeksjonsfraksjon (EF) < 40%
- Iskemi fremprovosert ved belastning
- Hypotensjon
- Vedvarende og hemodynamisk relevant arytmi
- NT-proBNP >50pmol/l (alder <50 år) og >100pmol/l (alder >50 år)

I tillegg er arbeidskapasitet <7 MET (<8 MET ved alder <50 år) en relativ diskvalifiserende faktor.

Dilatert kardiomyopati og obstruktiv hypertrofisk kardiomyopati (fortykkelse i venstre ventrikkel utløp) bør som hovedregel ikke godkjennes. I milde tilfeller med bevart venstre ventrikkelfunksjon, ingen historikk med arytmi, ingen syncope og ingen tilfeller med plutselig død i familien kan godkjent helseattest utstedes etter vurdering av kardiolog.

Non-obstruktiv hypertrofisk kardiomyopati kan godkjennes med mindre det har vært syncope eller to av følgende risikofaktorer er til stede:

- a) Veggtykkelse >30mm
- b) Ikke-vedvarende eller vedvarende VT
- c) Plutselig død hos førstegradsslektning
- d) Manglende blodtryksrespons ved arbeidsbelastning

Arytmier:

Etter hjertestans kan føreren godkjennes om det skyldes en klar utløsende årsak (for eksempel hjerteinfarkt og lungeemboli) som er vellykket behandlet uten tegn til komplikasjoner eller økt risiko for residiv. Normal kognitiv funksjon må dokumenteres gjennom en nevropsykologisk test.

Implantert hjertestarter (ICD) er diskvalifiserende. Praksis har vært at førere med tilstand som oppfyller kriterier for ICD ikke godkjennes.

Alvorlige rytmeforstyrrelser som har gitt symptomer er diskvalifiserende. Eksempler på dette er ubehandlet WPW, Brugada syndrom, lang QT-tid, arytrogen høyre ventrikkel kardiomyopati (ARVC).

Brugada syndrom som er tilfeldig påvist: Der det ikke har vært symptomer som synkope eller plutselig hjertestans, er årlig risiko for anfall < 1%. Dersom det ikke har vært synkope eller hjertestans kan legen, etter spesialistvurdering, vurdere om føreren kan godkjennes .

Vedvarende ventrikkel tachycardi er diskvalifiserende.

Ved atrieflimmer er følgende diskvalifiserende:

- a) Vedvarende puls > 100
- b) 24 timers blodtrykk > 140/90
- c) Høy slagrisiko (definert som: CHA2DS2-VASc score > 0 uten at forebyggende medikasjon brukes etter faglige retningslinjer og hvis HAS-BLED score > 3).

Ved bruk av warfarin skal INR måles regelmessig og være stabil i terapeutisk område. Opplæring i egenmåling anbefales. Andre antikoagulantia er tillatt.

Etter vellykket ablasjonsbehandling kan helseattest utstedes etter minst en måneds observasjonstid.

Bruk av antiarytmika kan godkjennes etter kardiologisk vurdering.

Symptomgivende ledningsforstyrrelse er diskvalifiserende. Høy risiko for alvorlig rytmeforstyrrelse er diskvalifiserende. Eksempler på dette er:

- Alvorlig AV-blokk (grad III og grad II Mobitz type 2)
- Syk sinus syndrom med pauser > 4 sekunder
- Venstre grenblokk med QRS bredde > 165ms eller venstre akseforskyvning

Ved bruk av pacemaker må man ha tilfredsstillende egenrytme i tilfelle pacemakersvikt. Praksis har vært å utstede helseattest en uke etter vellykket implantasjon av pacemaker.

Kunstig hjerteklaff/klaffefeil:

Føreren må vurderes av spesialist i hjertesykdommer. Vurderingen må blant annet inkludere størrelse på venstre ventrikkel, trykkgradient, ejeksjonsfraksjon og arbeidskapasitet.

Ved klaffefeil eller etter innsetting av kunstig hjerteventil vil følgende være diskvalifiserende:

- a) Symptomer
- b) Unormalt blodtrykk inkludert redusert blodtryksrespons ved aktivitet
- c) Redusert pumpefunksjon (EF < 40%) eller redusert høyre ventrikkel funksjon
- d) Alvorlige arytmier
- e) Pulmonal hypertensjon
- f) Cerebrale komplikasjoner

Etter kirurgi med implantasjon av kunstig hjerteklaff må det foreligge spesialisterklæring som bekrefter normal hemodynamisk status.

Hjertetransplantasjon:

Et transplantert hjerte medfører økt sannsynlighet for hjertesykdom. Helsekrav kan anses oppfylt etter ett år dersom:

- a) Ejeksjonsfraksjon (EF) > 40%
- b) Arbeids-EKG er uten tegn til iskemi eller arytmi ved 75% belastning
- c) Ingen graftreksjon av betydning

Ved hjertetransplantasjon kan helseattest gis for inntil ett år av gangen.

Ved medfødt alvorlig hjertesykdom er det ofte økt sannsynlighet for komplikasjoner som ikke er forenlig med tjeneste (arytmi, hjertesvikt, plutselig hjertedød). Sannsynligheten øker med alder over 40 år. I tilfeller hvor status er stabil og hvor det ikke er noen tegn til komplikasjoner eller nedsatt hjertefunksjon kan føreren vurderes godkjent. Som hovedregel er følgende tilstander diskvalifiserende:

- Fallots tettrade
- Transposisjon av de store kar
- Ebstein anomali
- Univentrikulært hjerte
- Koarktasjon av aorte om korreksjon ble gjort etter 12 års alder eller det er unormalt blodtrykk

2. Diabetes

En fører med diabetes må være velregulert, ha god sykdomsforståelse og evne til å stanse arbeidet umiddelbart ved tegn til symptomer.

Det anbefales at blodsukker skal være velregulert med HbA1c < 7,5%. Langvarig hyperglykemi (>15 mmol/l) vil gi nedsatt kognitiv funksjon og er ikke forenlig med tjeneste som fører.

Førere med sukkersyke som ikke bruker insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi, oppfyller helsekravet dersom sykdommen ikke har medført funksjonssvikt i andre organer som medfører økt trafikksikkerhetsrisiko. Hypoglykemi er definert som b-glu < 4,0 mmol/l. Alvorlig hypoglykemi er definert som anfall der man trenger hjelp fra andre.

Ved diabetes type 2 vil kostbehandling og bruk av legemidler uten risiko for hypoglykemi vurderes som trygt og helseattest kan utstedes.

Sannsynligheten for hypoglykemi ved bruk av sulfanylurea er relativt lav, men bør unngås av hensyn til trafikksikkerheten.

Bruk av insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi vurderes strengt og godkjenning skal kun vurderes i tilfeller hvor følgende kriterier er oppfylt:

- Ingen anfall med hypoglykemi med behov for bistand fra andre i løpet av de siste 12 månedene
- Føreren har full innsikt i utvikling av hypoglykemi og hvilke farer det kan medføre
- Følger legens råd og anbefalinger
- Kontrollerer blodsukkeret minst to ganger daglig, ikke mer enn to timer før kjørestart og siden hver andre time, eller oftere dersom det er nødvendig, inntil kjøringen avsluttes
- Årlig oppfølging etter nasjonale retningslinjer med fremleggelse av logg med måling av blodsukker for de siste tre måneder.
- Ingen tegn til organskomplikasjoner

Ved diabetes vil i tillegg følgende kriterier diskvalifisere:

- Nylig diagnostisert eller vanskelig regulerbar sykdom
- Mangel på symptomer ved hypoglykemi
- Hyppig og/eller plutselig alvorlig hypoglykemi

3. Neurologisk sykdom/alvorlig hodeskade (inkludert epilepsi)

Neurologisk sykdom kan påvirke bevissthetsnivå, koordinasjon, kraft, mobilitet, førlighet og kognitiv funksjon (hukommelse, konsentrasjonsevne, reaksjonstid, vurderingsevne etc). Alt dette kan føre til funksjonssvikt som ikke er forenlig med forsvarlig trafikksikkerhet.

Neurologisk sykdom og alvorlig hodeskade vurderes strengt og i samarbeid med spesialist i neurologi.

Spesiell oppmerksomhet er påkrevet for alle neurologiske sykdommer som kan føre til følgende diskvalifiserende symptomer:

- a) Økt sannsynlighet for akutt inkapasitering
- b) Nedsatt kognitiv funksjon
- c) Nedsatt førlighet
- d) Betydelig reduksjon i muskel-skjelett funksjon
- e) Annet som kan medføre redusert trafikksikkerhet

Dersom en fører med neurologisk sykdom skal godkjennes må det foreligge god sykdomsforståelse, evne til å oppdage symptomer og evne til å iverksette korrektive tiltak (for eksempel å avbryte arbeidet) i tilfelle symptomer.

Ved hjerneskade eller sykdom som påvirker mentale prosesser bør legen henvise til undersøkelse av nevropsykolog som en del av vurderingen.

Epilepsi:

Diagnosen er definert som to eller flere epileptiske anfall i løpet av 5 år eller mindre. Dersom man har flere enn ett anfall i løpet av 24 timer regnes det i denne sammenheng som en hendelse.

Epilepsi er ikke forenlig med godkjent helseattest. Legen kan imidlertid revurdere om helseattest kan utstedes etter 10 års anfallsfrihet med eller uten antiepileptisk medisin om følgende er oppfylt:

- a) Nylig tatt EEG (<6 måneder) viser ikke tegn til epileptogen aktivitet.
- b) Ved bruk av medisin må det ikke foreligge bivirkninger uforenlig med god trafikksikkerhet (dette gjelder spesielt antiepileptika klassifisert som DRUID kategori 3 medikament).
- c) Nevrolog vurderer sannsynlighet for nytt anfall som svært lav.

Et enkeltstående krampeanfall kan være provosert (søvnmangel, feber, dehydrering, elektrolyttforstyrrelser, legemiddel, etter hodeskade, TIA/hjerneslag, operative inngrep i hjernen, flikkerstimulering) eller være uprovosert.

For å utstede helseattest etter ett enkeltstående krampeanfall gjelder følgende:

- a) Minst ett års observasjonstid uten kramper ved provosert krampeanfall
- b) Minst to års observasjonstid uten kramper ved uprovosert krampeanfall.
- c) Det skal innhentes vurdering av spesialist i nevrologi og den må konkludere med at det er lite sannsynlig med nye anfall.

Følgende vil være diskvalifiserende etter ett enkeltstående krampeanfall:

- a) EEG viser epileptogen aktivitet
- b) En eventuelt provoserende årsak kan ikke unngås eller vil trolig oppstå under arbeid
- c) Antiepileptisk medisin som innebærer trafikksikkerhetsrisiko (DRUID kategori 3 medikament)

Dersom føreren slutter med antiepileptisk medisin eller bytter medisin skal vedkommende ikke utføre sikkerhetskritisk arbeid i minst seks måneder. Før tjenesten gjenopptas må EEG være uten tegn til epileptogen aktivitet og vedkommende skal være krampefri. Det skal innhentes vurdering av spesialist i nevrologi.

Abstinenskramper og alkoholkramper er diskvalifiserende. Helsekrav kan vurderes oppfylt etter tre år uten anfall og tre års rusfrihet dokumentert ved egnede prøver. Det skal innhentes vurdering av spesialist i nevrologi.

Hodeskade og intrakranielle inngrep som fører til permanent funksjonsnedsettelse (fysisk eller kognitiv) eller mer enn ett krampeanfall er diskvalifiserende.

Dersom man kun har hatt ett krampeanfall gjelder følgende:

- a) Minst ett års observasjonstid uten kramper,
- b) EEG viser ingen tegn til epileptogen aktivitet
- c) Neuropsykologisk vurdering viser normal kognitiv funksjon

Ved mild hjernerystelse uten tegn til varige symptomer kan fører gjenoppta tjeneste etter full restitusjon. Avhengig av alvorlighetsgrad må legen vurdere hvor lang observasjonstiden skal være.

Multipel sklerose:

Godkjenning kan vurderes dersom sykdommen er i remisjon og det etter vurdering av nevrolog kan dokumenteres tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne. Helseattest kan gis for inntil ett år av gangen. Det anbefales vurdering av nevrolog hvert femte år.

For multipel sklerose er følgende diskvalifiserende:

- a) Tegn til symptomer som forhindrer sikker og normal funksjon
- b) Progressiv sykdom
- c) Kognitiv svikt
- d) Nedsatt synsfelt eller fargesyn

Parkinsons sykdom:

Godkjenning kan vurderes dersom sykdommen er i tidlig fase og nevrolog vurderer at symptomene er under kontroll, samt at det er tilfredsstillende fysisk og kognitiv funksjonsevne. Ved bruk av legemidler skal det spesielt vurderes om legemiddelbehandling kan gi døgnvariasjon i funksjonsnivå.

Praksis har vært at helseattest gis for inntil ett år av gangen.

For Parkinsons sykdom er følgende diskvalifiserende:

- a) Symptomer som kan forhindre sikker og normal jobbfunksjon
- b) Progressiv sykdom
- c) Redusert kognitiv funksjon

Degenerative nevrologiske sykdommer med mulig rask progresjon:

Det er først og fremst motornevronsykdom som vurderes i denne sammenheng og det er ikke forenlig med godkjent helseattest.

Akutt meningitt og encefalitt:

Helsekrav er oppfylt ved full restitusjon dersom sykdommen ikke har resultert i kramper i akutfasen.

Ved kramper i akutfasen kan helsekrav vurderes som oppfylt etter tilstrekkelig observasjonstid:

- a) Ved meningitt med kramper i akutfasen kan helsekrav vurderes etter tre år uten medisiner.
- b) Ved encefalitt med kramper i akutfasen kan helsekrav vurderes som oppfylt etter ti år uten medisiner.

Ved kramper etter akutfasen gjelder vurderingene som ved epilepsi.

Cerebrale aneurysmer (med diameter>5mm) og AV-malformasjon – tilfeldig påvist:

Praksis har vært at helsekrav anses ikke oppfylt.

Cerebrale aneurysmer (med diameter>5mm) og AV-malformasjon – operert:

Praksis har vært at helsekrav anses oppfylt etter ett år, og det bør foreligge vurdering av den som har utført inngrepet eller nevrolog med ansvar for oppfølgingen.

Ved kramper etter i den postoperative fasen gjelder vurderingene som ved epilepsi

Intrakranielle neoplasier:

Fare for plutselig bevissthetspåvirkning, nevrologiske utfall eller andre svekkelser gjør at tjenesten bør opphøre ved klinisk mistanke eller når svulst er påvist.

Ved godartede svulster som er konservativt behandlet eller etter ukomplisert postoperativt forløp, kan godkjent helseattest vurderes etter 6 måneder.

Ved maligne svulster er tilsvarende anbefaling at godkjent helseattest kan vurderes etter 3 år.

Store individuelle variasjoner gjør at vurdering må individualiseres og helsekrav kan vurderes godkjent etter evaluering av relevant spesialist.

Subduralt hematom:

Helsekrav oppfylt 12 måneder etter full restitusjon vurdert av relevant spesialist.

Myasthenia gravis:

Praksis har vært at tilstanden anses å være diskvalifiserende og helsekravene anses for å ikke være godkjent

Alzheimer eller annen demens:

Praksis har vært at tilstanden anses å være diskvalifiserende og helsekravene anses for å ikke være godkjent

Cerebrovaskulær sykdom (TIA/slag):

Akutt TIA eller slag er diskvalifiserende. De første månedene etter cerebrovaskulær hendelse er sannsynligheten for residiv relativt høy. Etter som tiden går vil sannsynligheten for residiv falle og etter 3-6 måneder vil sannsynligheten for hjerte-karsykdom bli høyere enn for en ny cerebrovaskulær hendelse.

Om føreren er fullt restituert kan godkjenning av helseattest vurderes etter en angitt minstetid med bakgrunn i forutgående undesøkelse og vurdering av spesialist i nevrologi og kardiologi samt en nevropsykologisk undersøkelse.

Det er tre aspekter som må evalueres etter TIA og slag:

- Grad av nevrologisk og funksjonell sequele
- Sannsynlighet for residiv
- Sannsynlighet for hjerte-karsykdom

Etter TIA er følgende forhold diskvalifiserende:

- a) De første 4 uker etter at man fikk sitt TIA
- b) Symptomer som kan føre til redusert trafikkikkerhet (fokus på syn, førlighet og kognitiv funksjon).

Når det har gått fire uker etter TIA kan tjenesten gjenopptas såfremt det ikke er noen nevrologiske eller fysiske sequeler som medfører redusert trafikkikkerhet. Kardiovaskulære risikofaktorer inkludert eventuelt diabetes må være adekvat behandlet og den ansatte må følge legens råd og anbefalinger. Det kan ikke foreligge tegn til kognitiv svikt ved den nevropsykologiske vurderingen.

Etter slag er følgende forhold diskvalifiserende:

- a) Tidligere slag
- b) De første 3 måneder etter slaget ved remisjonstid < 1 uke
- c) De første 12 måneder etter slaget ved remisjonstid > 1 uke
- d) Symptomer som kan føre til redusert trafikkikkerhet (fokus på syn, førlighet og kognitiv funksjon)
- e) Suboptimal behandling av risikofaktorer for hjerte-karsykdommer

Etter gjennomført observasjonstid kan legen vurdere å utstede helseattest såfremt det ikke er noen nevrologiske eller fysiske sequeler som medfører redusert trafikkikkerhet. Føreren må følge legens råd og anbefalinger. Det kan ikke foreligge tegn til kognitiv svikt ved den nevropsykologiske vurderingen. Det anbefales at kardiovaskulære risikofaktorer inkludert eventuelt diabetes er adekvat behandlet og innenfor behandlingsmål (ref. nasjonale retningslinjer).

Atrieflimmer skal etter TIA/hjerneslag behandles med antikoagulasjon.

Hypertensjon skal være velregulert (BT<140/90 ved 24 timers måling).

Hjertefunksjon skal være i overensstemmelse med kravene beskrevet under hjerte-karsykdommer.

Diabetes skal være velregulert og i overensstemmelse med kravene beskrevet under diabetes.

Neglekt, apraksi og agnosi:

Praksis har vært at tilstanden anses å være diskvalifiserende og helsekravene anses å ikke være godkjent

Carotisstenose:

Ved carotisstenose < 50% ved ultralyd av halskar kan helseattest godkjennes. Etter endartrektomi bør det gå minst en måned før godkjenning kan vurderes.

Ved carotisstenose > 50% ved ultralyd halskar som ikke behandles kan helsekrav vurderes etter ett år der relevant spesialist vurderer svært lav sannsynlighet for et nytt anfall.

4. Bevissthetstap og bevissthetsforstyrrelser av annen årsak enn hjerte-/karsykdom, diabetes og epilepsi

Det generelle kravet er at fare for tap av bevissthet er uforenlig med tjeneste som togfører.

Besvimelse er vanlig i befolkningen og minst 20-30% har hatt kortvarig bevissthetstap minst en gang. Synkope er et forbigående tap av bevissthet som skyldes nedsatt perfusjon av hjernen. Det typiske er at man i løpet av kort tid mister bevisstheten, at det varer kort tid og at man får tilbake bevisstheten spontant.

Synkope kan skyldes reflekssynkope eller være sekundært til ortostatisk hypotensjon eller redusert pumpefunksjon (hjerte).

De fleste synkoper skyldes en vasovagal reaksjon. Dette kan som regel sannsynliggjøres gjennom en detaljert anamnese hvor besvimmelsen relateres til en klar utløsende årsak (sprøytstikk, syn av blod, hyperventilering, sterke smerter, kraftig ubehag, brekninger, angst etc). Forut for en vasovagal reaksjon vil man som regel oppleve prodromale symptomer i form av svimmelhet, svette, blekhet, svartning for øynene og pip eller sus i ørene. Dette blir raskt bedre i liggende stilling. Kardialt betinget synkope inntreer vanligvis plutselig og uventet uten prodromale symptomer.

Om man kan sannsynliggjøre at et kortvarig bevissthetstap skyldes en vasovagal reaksjon og det ikke skjedde i sittende stilling, er det ikke nødvendig med videre utredning.

- Anamnesen bør inkludere: tidligere synkoper, mulige utløsende årsaker, medikamentbruk, alkoholbruk, stoffmisbruk, prodromal symptomer, søvnforstyrrelser, hjertesykdom, diabetes.
- Klinisk undersøkelse bør inkludere: ortostatisk blodtrykksmåling, auskultasjon av hjerte og lunger
- Prøver bør inkludere: EKG og blodsukker.

Ved en vasovagal synkope med åpenbar utløsende årsak som kan unngås anbefales en ukes observasjonstid før tjeneste kan gjenopptas.

Ved en annen diagnostisert og behandlet årsak til synkope anbefales en måned observasjonstid før tjeneste kan gjenopptas.

Ved vasovagal synkope i sittende stilling anbefales tre måneders observasjonstid før helseattest kan godkjennes.

Ved gjentatte synkoper anbefales ett års observasjonstid før helseattest kan godkjennes.

Ved uforklarlig synkope anbefales ett års observasjonstid før helseattest kan godkjennes. I slike tilfeller anbefales det å gjøre en nevropsykologisk vurdering.

Synkope som skyldes hjertesykdom (eks. arytmier) som ikke kan kontrolleres ved behandling er diskvalifiserende.

5. Svimmelhetssykdommer

Dette inkluderer Mb. Menière og andre forstyrrelser i vestibularisapparatet som kan føre til svimmelhet.

Om føreren har vært symptomfri i seks måneder kan helseattest utstedes for inntil ett år av gangen. Det anbefales å innhente vurdering av ØNH-spesialist eller nevrolog som bekrefter at sykdommen ikke lenger er aktiv.

6. Søvn sykdommer

Helsekrav anses ikke oppfylt dersom bevisstheten kan svekkes av påtrengende søvnighet eller ukontrollerbar søvn. For spesifikke søvn sykdommer er det i enkelte tilfeller anledning til å utstede godkjent helseattest.

Moderat og alvorlig obstruktiv søvnapne (OSAS):

Den viktigste indikatoren for å vurdere alvorlighetsgraden av søvnapnoe er apne/hypopneindeks (AHI). Denne angir antall pustestopp eller nesten pustestopp per time.

AHI mellom 15 og 29 defineres som moderat OSAS

AHI >30 er definert som alvorlig OSAS

En AHI over 15 gir ikke alltid påtrengende søvnighet på dagtid. Det er derfor viktig å avklare om det foreligger påtrengende søvnighet før tiltak gjøres.

Dersom en søker har symptomer på OSAS (påtrengende snorking, observert apnoeperioder) og opplever påtrengende søvnighet på dagtid skal dette utredes i spesialisthelsetjenesten for å fastslå AHI. Spesialisthelsetjenesten må vurdere om det er behov for tiltak i form av CPAP eller operasjon.

Ved OSAS er følgende diskvalifiserende:

AHI>30

Påtrengende søvnighet på dagtid

Om en søker har AHI under 15 og ikke opplever påtrengende søvnighet på dagtid kan helseattest utstedes.

Ved AHI mellom 15 og 30 kan føreren godkjennes om relevant spesialist attesterer at det er oppnådd tilfredsstillende symptomkontroll og at søker følger legens råd og anbefalinger.

Dersom tilfredsstillende symptomkontroll oppnås ved bruk av CPAP bør man årlig innhente rapport som beskriver compliance og effekt av behandlingen.

På grunn av økt risiko for hjertesykdom bør pasienter med OSAS oppmuntres til å ha BMI<30 og blodtrykk < 140/90.

Narkolepsi:

Praksis har vært at tilstanden anses å være diskvalifiserende og helsekravene anses å ikke være oppfylt.

Andre søvnforstyrrelser:

Helsekravene anses ikke oppfylt når bevisstheten kan svekkes av påtrengende søvnighet eller ukontrollerbar søvn. I slike tilfeller må føreren informeres om at vedkommende ikke oppfyller helsekravene før tilstanden er utredet og det er oppnådd tilfredsstillende symptomkontroll.

Momenter ved legens vurdering:

- a) Kartlegging av søvnighet (Epworth søvnighetsskala – subjektivt mål som kan brukes ved henvisning til avdeling eller spesialist som vurderer søvnproblemer)
- b) Apne/hypopne indeks (AHI) ved obstruktiv søvnapne
- c) Kjøreuhell

Legens vurdering skal avdekke om søvnighet eller ukontrollerbar søvn hos føreren kan opptre i tjeneste. Når fører ikke har en spesifikk søvnsykdom, men kjent tendens til søvnighet under tjeneste, skal legen vurdere passende tiltak. Helseattest kan utstedes etter vurdering av lege med spesiell kompetanse med tanke på om behandlingen har gitt et varig og tilfredsstillende resultat.

Bruk av sedativa er diskvalifiserende.

7. Andre fysiske handicap eller funksjonsforstyrrelser som kan innebære risiko for jernbanesikkerheten

Ved vurdering skal legen vurdere kraft og bevegelsesmønster. Det bør innhentes spesialisterklæring som inkluderer en vurdering av kjøreevne og en prognose for sykdomsutviklingen. Nedsatt funksjonsevne må ses i sammenheng med øvrig helsetilstand. Den samlede kliniske vurderingen vil være avgjørende.

Ved progressive tilstander skal helseattest gis med tidsbegrensning. Gyldighetstiden skal være tilpasset forventet progresjon. Skjønnsutøvelse skal være restriktiv.

Momenter ved legens vurdering:

- a) Foreligger det svekkelse?
- b) Hvordan påvirker svekkelsen søkeren i tjenesten?
- c) Er tilstanden stasjonær eller progressiv?
- d) Er det andre helsemessige forhold som kan redusere personens evne til å kompensere for svekkelsen?

Vurderingen av om helseattest kan utstedes foretas på grunnlag av spesialisterklæring fra relevant spesialist. Det må sannsynliggjøres at det ikke foreligger økt sikkerhetsrisiko.

8. Psykiske lidelser

Generelle helsekrav til psykiske lidelser:

Det generelle helsekravet (Krav til helse og helseundersøkelser mv. punkt 1.1) må være oppfylt for at man kan få godkjent helseattest ved psykiske lidelser. Helsekrav anses ikke oppfylt dersom manglende sykdomsinnsikt, avvikende atferd, svikt i impuls kontroll eller sviktende vurdering- og tilpasningsevne medfører trafiksikkerhetsrisiko.

Rusmidler:

Dersom den utløsende faktor for psykisk lidelse har vært alkohol eller andre rusmidler må det dokumenteres ved prøver at føreren er rusfri i en observasjonsperiode før godkjent helseattest kan utstedes. Se for øvrig veilederens omtale av rusmisbruk.

Legemiddelbehandling:

Behandling med legemidler som påvirker sentralnervesystemet kan i seg selv påvirke funksjonsevnen. Legen må i slike tilfeller særskilt vurdere hvilke eventuelle konsekvenser bruk av medisiner kan ha for evnen til å utføre tjeneste. Ofte er påvirkningen mest fremtredende ved oppstart og ved eventuell doseøkning. Ved seponering må legen vurdere fare for tilbakefall eller forverring som gjør at funksjonsevnen svekkes.

Dersom føreren bruker legemidler og over en observasjonsperiode har vært stabil, symptomfri og uten bivirkninger kan legen vurdere om helseattest kan godkjennes. Det bør innhentes spesialistvurdering med beskrivelse av hvilke trafikksikkerhetsmessige konsekvenser grunnlidelsen eller bruk av legemiddel kan gi. En forutsetning er at det ikke samtidig foreligger annen psykisk lidelse.

Bruk av vanedannende, beroligende og søvnfremkallende legemidler er som hovedregel diskvalifiserende. Hypnotika med kort halveringstid og uten hangover effekt kan i visse tilfeller godkjennes om det ikke tas siste åtte timer før tjeneste og ikke brukes sammenhengende mer enn en uke.

Observasjonstid:

Flere psykiske lidelser vil ha et svingende forløp. For tilstander som kan avhjelpes over tid, er det for angitt en minimumstid for hvor lenge man skal ha vært i remisjon før helsekravene er oppfylt (se under de spesifikke lidelsene). Tilbakefall er generelt sjeldnere jo lenger tid det har gått siden siste episode.

Der sykehistorien viser kortvarige symptomfrie perioder, liten sykdomsinnsikt og mangelfull etterlevelse av legens anbefaling anses helsekravene å ikke være oppfylt.

Spesifikke psykiske lidelser:

Angstlidelser og depresjon:

Milde tilfeller gir begrenset tap av funksjonsevne og kan være forenlig med godkjent helseattest.

Dersom tilstanden er behandlingstrengende anses ikke helsekravene oppfylt. Etter fullført og vellykket behandling kan føreren vurderes godkjent dersom tilstanden er stabil og prognosen er god.

NB: Spesiell aktsomhet må utvises om føreren er eller har vært suicidal eller ved mistanke om alvorlig destruktiv atferd. Slike tilfeller anses for å være diskvalifiserende.

Bruk av SSRI: Ved behandling med sertraline, citalopram og escitalopram kan føreren vurderes godkjent etter en måned. Det er krav om at dosen er stabil og at vedkommende er i remisjon. Det må innhentes spesialistvurdering som bekrefter at tilstanden er stabil og at det ikke foreligger symptomer eller bivirkninger.

Schizofreni/psykoser:

Praksis har vært at tilstanden anses å være diskvalifiserende og helsekravene anses å ikke være godkjent

Bipolar lidelse:

Mani er forbundet med betydelig risiko. Ved maniske episoder vil vurdering av sannsynlighet for ny episode være sentral. En relativt høy andel av pasienter har bare en manisk episode. Sannsynlighet for tilbakefall skal vurderes av spesialist i psykiatri. Etter en manisk episode kan helsekrav vurderes oppfylt ved stabil tilstand uten manisk episode i to år. Pasienten må demonstrere god etterlevelse og oppfølging av behandling. Ved bruk av legemidler må det ikke foreligge bivirkninger som kan påvirke trafikksikkerheten. Pasienten må ha god sykdomsinnsikt. Videre skal tilstanden vurderes årlig. Ved flere maniske episoder har praksis vært at tilstanden anses å være diskvalifiserende og helsekravene anses å ikke være oppfylt.

Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD og ADD):

Om føreren har en hyperkinetisk forstyrrelse må man være oppmerksom på at denne pasientgruppen ofte har komorbide lidelser, herunder angsttilstander, affektive lidelser og bruk av rusmidler.

Dersom det foreligger atferdsforstyrrelse foreligger det en økt trafikksikkerhetsrisiko. Praksis har vært at helsekravene anses for å ikke være oppfylt.

For førere der tilstanden er stabil, vedkommende er symptomfri og har normal funksjon kan helsekrav vurderes oppfylt etter klar anbefaling fra spesialist i psykiatri. Det må dokumenteres at vurderingsevne, oppmerksomhet, konsentrasjonsevne, hukommelse, reaksjonsevne og impuls kontroll er normal.

Bruk av sentralstimulerende midler kan vurderes godkjent om det inntas som avtalt med spesialist i psykiatri og at nødvendig behandlingsopplegg følges. Legemiddelbehandlingen må ikke utgjøre en trafikksikkerhetsrisiko.

9. Kognitiv svikt (begynnende demens, cerebrovaskulær sykdom etc)

Helsekrav anses å ikke være oppfylt når svekkelse av kognitiv funksjon (uansett årsak) medfører en trafikksikkerhetsrisiko. Ved mistanke om kognitiv svikt skal det henvises til nevropsykologisk vurdering.

Førerens kognitive funksjon vurderes av legen ut fra kjent sykehistorie og undersøkelsessituasjonen. Det kan være behov for å supplere med opplysninger fra arbeidsgiver, kolleger eller familie. Til dette kreves det informert samtykke fra pasienten som journalføres.

10. Alkohol- og stoffmisbruk

Helsekrav anses ikke å være oppfylt dersom alkohol brukes i et omfang og på en måte som fører til økt trafikksikkerhetsrisiko.

Bruk av illegale stoffer er ikke forenlig med tjeneste.

I vurderingen må legen støtte seg på opplysninger om forbruk samt funn av symptomer og tegn på alkoholrelaterte helsevekkelser. Endret atferd, nedsatt kognitiv funksjon og nevropatier kan komme sent i forløpet av overforbruk av alkohol. Rusmiddelanamnese, sykehistorie, klinisk undersøkelse og testing med relevante biomarkører er viktige momenter i vurderingen.

WHO har utarbeidet et spørreskjema (AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test) for identifisering av mulig helseskadelig alkoholforbruk.

Ved avdekket og erkjent alkoholmisbruk kan føreren godkjennes etter ett år der månedlig oppfølging med egnede biomarkører har vist avholdenhet. Det er videre anbefalt kvartalsvis oppfølging hos lege som viser kontrollert bruk.

Vedrørende test for alkohol og rusmidler foretas egnet prøve for å kartlegge inntak av rusmidler og/eller alkohol. Det anbefales at rusmiddeltester bedømmes av MRO (Medical Review Officer). MRO er en lege som etter nødvendig opplæring har spesielle kunnskaper om rusmidler og som er oppdragsgiver sakkyndige ved rusmiddelkontroll av ansatte.

1.2. **Krav til syn**

Førere skal ha syn som tilfredsstillende følgende krav:

- Synsevne på avstand (visus) med eller uten korreksjon: 1,0; minst 0,5 for dårligste øye.
- Største korreksjon: Langsynthet +5/nærsynthet -8. Godkjent lege kan tillate avvik fra dette i unntakstilfeller og etter uttalelse fra en øyelege.
- Syn på kort og mellomlang avstand: Tilstrekkelig, enten med eller uten korreksjon.
- Syn på begge øyne: Effektivt.
- Synsfelt: Fullstendig (ingen synsfeltutfall).
- Binokulært synsfelt: Effektivt (ingen synsfeltutfall).
- Fargesyn: Normalt.
- Gjenkjenning av fargesignaler: Prøvingen skal være basert på gjenkjenning av enkeltfarger og ikke på relative forskjeller.
- Kontrastfølsomhet: God.
- Ingen progressive øyesykdommer.
- Evne til å motstå blending.

For øvrig gjelder følgende:

- Kontaktlinser og briller er tillatt når disse jevnlig kontrolleres av en øyelege eller optiker.
- Fargede kontaktlinser og fotokromatiske linser er ikke tillatt. Linser med UV-filter er tillatt.
- Øyenimplantater, keratotomi og keratektomi er bare tillatt på betingelse av at dette blir kontrollert årlig eller med jevne mellomrom fastsatt av legen.

Krav til syn:

Synsundersøkelser skal utføres med godkjent synstavle og under standardiserte forhold, mono- og binokulært.

Synsfeltet bestemmes ad modum Donders. Ved mistanke om synsfeltutfall henvises til perimetri.

Til progressive øyesykdommer regnes aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD), keratokonus, retinopatier, glaukom mm.

Fargesynet skal undersøkes med Ishihara "Test for colour blindness" 1980 eller annen anerkjent pseudoisokromatisk tavleserie og skal utføres i god belysning av en undersøker med normalt fargesyn. Unormalt fargesyn vil være diskvalifiserende.

Leses mindre enn 13 av 15 tavler riktig tolkes det som fargeusikker. Dersom lanternetest eller Color Vision Assessment (CAD) er normalt ansees vedkommende som fargesikker. I tvilstilfeller kan det innhentes vurdering fra øyelege.

Kontrastundersøkelse og evne til å motstå blinding vurderes på bakgrunn av anamnese og sykehistorie. I de tilfeller det er tvil om normal funksjon må det henvises til spesialist for vurdering.

Laserkorreksjon:

Etter operasjon anbefales det en måned karantene. Deretter skal synsfunksjonen undersøkes for å vurdere om helseattest kan opprettholdes.

Grå stær-operasjon:

Etter operasjon anbefales det en måned karantene. Deretter skal synsfunksjonen undersøkes for å vurdere om helseattest kan opprettholdes.

1.3. Krav til hørsel og tale

Førere skal ha hørsel som er god nok til å gjennomføre en telefonsamtale og til å kunne høre varselsignaler og radiomeldinger. Tilstrekkelig hørsel skal være bekreftet med et audiogram.

Følgende gjelder som retningslinjer:

- Hørselssvikten må ikke være større enn 40 dB ved 500 og 1000 Hz.
- Hørselssvikten må ikke være større enn 45 dB ved 2000 Hz for det øret der hørsel ved luftledning er dårligst.
- Det må ikke være uregelmessigheter i det vestibulære system.
- Bruk av høreapparat er tillatt i særlige tilfeller.
- Førere skal ikke ha noen kroniske taleforstyrrelser.

Krav til hørsel og tale:

Dersom audiogram avdekker at hørselssvikten er større enn grenseverdiene tillater kan man supplere med en praktisk høreprøve utarbeidet i samarbeid mellom jernbanevirksomheten og bedriftshelsetjenesten der man tester funksjonell hørsel i en realistisk arbeidssituasjon med naturlig bakgrunnsstøy.

Bruk av høreapparat er tillatt. Første gang føreren vurderes etter oppstart med høreapparat eller ved bytte av høreapparat skal det gjøres praktisk høreprøve.

1.4. Graviditet

Fører som er gravid må ikke ha dårlig toleranse eller en patologisk tilstand som følge av graviditeten.

Legen må vurdere om det er forhold ved graviditeten som kan påvirke funksjon eller sikkerhet. Ved en normal graviditet uten komplikasjoner eller nedsatt funksjon kan helseattesten opprettholdes.

1.5. Krav til yrkespsykologisk skikkethet

Førere skal ikke ha noen yrkespsykologiske mangler som vil kunne virke inn på en sikker utførelse av førerens arbeidsoppgaver, særlig når det gjelder driftsmessig egnethet eller relevant personlighetsfaktor.

Dette ivaretas i den yrkespsykologiske testen. I § 10 er det beskrevet ytterligere hva yrkespsykologisk skikkethet er og hvordan dette kan testes. Det er utgitt en europeisk veileder (Guidelines for the Psychological Assessment of Train Drivers and other safety related personnel) med anbefalinger om hvordan yrkespsykologisk testing skal gjennomføres. Denne finnes på nett.

Erfaringsmessig er en full vurdering ressurskrevende og beregnes til ca. 4 timer.

Å være psykologisk skikket innebærer at kravene skal være tilfredsstillt innenfor tre områder:

- Psykomotoriske ferdigheter
- Kognitiv funksjon
- Stressmestring

Ved yrkespsykologisk testing anbefales det at man bruker verktøy som er validert basert på vitenskapelige prinsipper. Aktuelle tester kan være computer-basert, strukturert intervju, personlighetstest eller simuleringer.

Ved førstegangsundersøkelse og etter uønskede hendelse der menneskelig svikt kan være en del av årsaken er det krav om yrkespsykologisk vurdering.

Ved rutinemessig periodisk kontroll er det ikke anbefalt å gjøre ny yrkespsykologisk vurdering så fremt det ikke fremkommer opplysninger eller funn som indikerer at søkeren kan være uskikket. Slik mistanke kan oppstå ved hjerneorganisk sykdom, tegn til endret personlighet, tegn til endret kognitiv funksjon mm.

2. Minstekrav til undersøkelser ved utstedelse av førerbevis

2.1. Undersøkelse av medisinsk skikkethet

Undersøkelse av medisinsk skikkethet skal minst omfatte:

- en generell legeundersøkelse,
- undersøkelse av sensoriske funksjoner (syn, hørsel, fargeoppfattelse). Fargesyn skal kontrolleres ved bruk av en godkjent prøve, som for eksempel Ishihara, samt en annen godkjent prøve dersom dette er nødvendig,
- blod- eller urinprøver. Slike prøver skal foretas i den utstrekning det er nødvendig for å bedømme søkerens medisinske skikkethet, blant annet tester for sukkersyke (diabetes) og tester for psykotrope stoffer som ulovlige legemidler eller psykotrop medisinering og misbruk av alkohol,
- et elektrokardiogram (EKG) ved hvile,
- kognitive prøver: oppmerksomhet og konsentrasjon, hukommelse, oppfatningsevne og dømmekraft,
- undersøkelse av kommunikasjonsevne,
- undersøkelse av psykomotorikk: reaksjonstid, koordinering av håndbevegelser.

Kravene i denne forskrift skiller på undersøkelsen som skal gjøres ved førstegangsundersøkelse og undersøkelsen som skal gjøres ved periodisk kontroll.

Punkt 2.1 beskriver, hva en helseundersøkelse av personer, som ennå ikke er ansatt, skal inneholde. Dette gjelder altså personell som enda ikke er ansatt som fører og ikke har utstedt førerbevis. Hvis føreren senere ansettes i en ny virksomhet etter å ha fått en godkjent helseattest, skal de følgende helseundersøkelser følge regler for "periodiske helseundersøkelse" som beskrevet i § 11 i denne forskrift.

2.2. Undersøkelse av yrkespsykologisk skikkethet

yrkespsykologiske undersøkelser er ment å være til hjelp ved ansettelse og ledelse av personale. Innholdet i den yrkespsykologiske undersøkelsen skal fastsettes slik at den avdekker om føreren har noen yrkespsykologiske mangler som vil kunne virke inn på en sikker utøvelse av førerens arbeidsoppgaver, særlig når det gjelder driftsmessig egnethet eller relevant personlighetsfaktor.

Yrkespsykologisk undersøkelse skal gjennomføres ved førstegangssøknad om førerbevis, etter uønskede hendelser hvor menneskelig svikt kan være en faktor og ved søknad om fornyelse av førerbevis om det er indikasjon på at søkeren ikke er skikket.

Å føre tog er psykisk krevende. Man må forholde seg til visuelle inntrykk og hørselsstimuli både fra toget og fra omgivelsene. Videre må man være i stand til å skille mellom de forskjellige stimuli og til å tolke det for å sikre en god situasjonsforståelse. Menneskelige faktorer er et kritisk sikkerhetsaspekt ved jernbanedrift. Yrkespsykologisk vurdering av førere er således en del av skikkethetsvurderingen. Vurderingen skal inkludere psykomotorisk evne, kognitiv evne, personlighet og adferd. Valg av verktøy må være relevant for å vurdere krav til togførere.

Faktorer og kriterier som skal vurderes:

- Psykomotorisk evne:
 - Reaksjonshastighet
 - Koordinasjon
- Kognitiv evne:
 - Oppmerksomhet
 - Konsentrasjonsevne
 - Persepsjonsevne
 - Evne til å tenke logisk
 - Hukommelse
 - Kommunikasjonsevne
- Personlighet og adferd:
 - Selvkontroll
 - Forutsigbarhet
 - Autonomi
 - Ansvarsfølelse

Når det gjelder valg av verktøy kan legen bruke databaserte tester, strukturert intervju, personlighetstester og simuleringer. Legen/psykologen må selv finne egnet metode for undersøkelse av yrkespsykologisk skikkethet. Omfanget av testing gjør at tidsbruken i gjennomsnitt vil være ca. 4 timer.

Det vises videre til ERA sin guideline for yrkespsykologisk vurdering (Guidelines for the Psychological Assessment of Train Drivers and other safety related personnel).

3. Minstekrav til periodiske undersøkelser av medisinsk skikkethet

3.1 Periodisk undersøkelse av medisinsk skikkethet

De periodiske undersøkelsene skal minst omfatte:

- en generell legeundersøkelse,
- en undersøkelse av sensoriske funksjoner (syn, hørsel, fargeoppfattelse),
- blod- eller urinprøver for å oppdage sukkersyke og andre forhold som indikeres av den kliniske undersøkelsen, herunder prøvinger for narkotika.

I tillegg kreves det også EKG ved hvile for førere over 40 år.

Se kommentar til punkt 2.1.

De periodiske helseundersøkelsene er mindre omfattende enn førstegangsundersøkelse.

Ved rutinemessig periodisk kontroll er det ikke anbefalt å gjøre ny yrkespsykologisk vurdering så fremt det ikke fremkommer opplysninger eller funn som indikerer at søkeren kan være uskikket.