

Επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου μετά από ορθοπαιδικές επεμβάσεις και μυοσκελετικές κακώσεις

Στέργιος Γ. Παπαστεργίου¹, Σοφία Κυράνου-Τσίπτσιου²,
Γεώργιος Σ. Σουρβίνος³

¹Ορθοπαιδικός - Χειρουργός, Συντονιστής Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος Γ. Ν. Θ. «Άγιος Παύλος», Δρ. Ιατρικής Α.Π.Θ.

²Δικηγόρος παρ' Αρείω Πάγω, Δρ. Νομικής Α.Π.Θ

³Νομικός, Ταξίαρχος ΕΛ.ΑΣ (ε.α.), Ειδικός αναλυτής Τροχαίων ατυχημάτων

Η οδήγηση αυτοκινήτου απαιτεί μια σειρά από **κινητικές, οπτικές, αισθητηριακές, αντιληπτικές** και **γνωστικές** εργασίες. Μετά από ορθοπαιδικές επεμβάσεις ή μυοσκελετικές κακώσεις υπάρχει προσωρινή ή μόνιμη ανικανότητα οδήγησης. Στην παρούσα ανασκόπηση, θα αναφερθούμε στην επιστροφή σε οδήγηση επιβατικού αυτοκινήτου, με «ερασιτεχνική» άδεια οδήγησης, μετά από επεμβάσεις ή κακώσεις, ύστερα από την παράθεση βασικών ορισμών και διατάξεων νόμων.

Αυτοκίνητο είναι το μηχανοκίνητο όχημα που χρησιμοποιείται, συνήθως για την οδική μεταφορά προσώπων ή πραγμάτων ή για την έλξη, επί οδού, οχημάτων που χρησιμοποιούνται για τη μεταφορά προσώπων ή πραγμάτων.

Άδεια οδήγησης είναι η διοικητική πράξη, με την οποία χορηγείται σε φυσικό πρόσωπο, δικαίωμα οδήγησης, συγκεκριμένης ή συγκεκριμένων κατηγοριών, μηχανοκινήτων οχημάτων, για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Η άδεια οδήγησης κατηγορίας Β («ερασιτεχνική») δίνει στους κατόχους της το δικαίωμα οδήγησης αυτοκινήτων με μέγιστη επιτρεπόμενη μάζα μέχρι 3.500 κιλόγραμμων και σχεδιασμένα και κατασκευασμένα για τη μεταφορά οκτώ, το πολύ επιβατών, εκτός από τον οδηγό. Τα αυτοκίνητα της κατηγορίας αυτής επιτρέπεται

να συνδυάζονται με ρυμουλκούμενο, του οποίου η μέγιστη επιτρεπόμενη μάζα δεν υπερβαίνει τα 750 κιλόγραμμα, υπό τον όρο ότι η μέγιστη επιτρεπόμενη μάζα του συνδυασμού αυτού δεν υπερβαίνει τα 4.250 κιλόγραμμα.

Οι άδειες οδήγησης κατηγορίας Β έχουν διοικητική ισχύ δέκα πέντε ετών, από την ημέρα της επιτυχούς εξέτασης προσόντων και συμπεριφοράς για τη χορήγησή της ή από την ημέρα της ανανέωσής της, κατά περίπτωση, και όχι πέραν της συμπλήρωσης της ηλικίας των εξήντα πέντε ετών του κατόχου της άδειας. Μετά τη συμπλήρωση της ηλικίας των εξήντα πέντε ετών και μέχρι τη συμπλήρωση των ογδόντα ετών οι άδειες οδήγησης έχουν διοικητική ισχύ τριών ετών. Μετά τη συμπλήρωση της ηλικίας των ογδόντα ετών, η διοικητική ισχύς όλων των κατηγοριών αδειών οδήγησης δεν επιτρέπεται να υπερβεί τα δύο έτη, από την ημέρα της ανανέωσης της κατηγορίας (άρθρο 5 παρ. 1 ΠΔ 51/2012).

Οι κάτοχοι οποιασδήποτε κατηγορίας άδειας οδήγησης, οι οποίοι έχουν συμπληρώσει την ηλικία των εβδομήντα τεσσάρων ετών και αυτοί οι οποίοι έχουν συμπληρώσει την ηλικία των ογδόντα ετών υποχρεούνται αντιστοίχως ανά τρία και δύο έτη σε δοκιμασία προσόντων και συμπεριφοράς για κάθε κατηγορία που επιθυμούν να ανανεώσουν, η

οποία διεξάγεται μέσα σε ειδικά διαμορφωμένους - χώρους ή σε πίστες εκπαίδευσης και εξέτασης υποψήφιων οδηγών, ή σε οδούς που επιλέγονται κατάλληλα από τις οικείες Διευθύνσεις Μεταφορών και Επικοινωνιών. Ωστόσο, ενόψει τροποποίησης - επικαιροποίησης του σχετικού νομοθετικού και κανονιστικού πλαισίου, εκδόθηκε η υπ' αριθμ. πρωτ. Α3/56243/5874/25-07-2019 Εγκύκλιος του Υπουργείου Μεταφορών και Υποδομών, με την οποία ανεστάλη η ισχύς του άρθρου 65 του ν.4530/2018, το οποίο είχε τροποποιηθεί με την παρ. 8 του άρθρου 4 του ν.4599/2019 και έκτοτε, μετά τη συμπλήρωση της ηλικίας των εβδομήντα τεσσάρων ετών, οι άδειες οδήγησης ανανεώνονται μόνο μετά από ιατρική εξέταση, η οποία κρίνει και πιστοποιεί τη ικανότητα της συνέχισης της οδήγησης, εξαιρουμένων όσων εξ αυτών έχουν κριθεί απορριπτέοι σε δοκιμασία προσόντων και συμπεριφοράς για τους οποίους συνεχίζεται η διαδικασία σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Σε περίπτωση προβλήματος, οι οδηγοί παραπέμπονται σε δευτεροβάθμιες επιτροπές, χωρίς να υποβάλλονται ξανά σε θεωρητικές ή πρακτικές εξετάσεις.

Από τη σκοπιά του ορθοπαιδικού η οδήγηση αυτοκινήτου δεν πρέπει να προκαλεί επιπλοκές στην περιοχή της επέμβασης ή στο τραυματισμένο μέλος. Από τη σκοπιά του ασθενούς η οδήγηση αυτοκινήτου του επιτρέπει επιστροφή στην εργασία και σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Όμως η απόφαση επιστροφής στην οδήγηση πρέπει να εκτιμάται και από πλευράς οδικής ασφάλειας καθώς και από νομικής πλευράς.

Σε ορισμένες χώρες, οι ασφαλιστικές εταιρείες και η αστυνομία (τροχαία) θεωρούν υπεύθυνους τους ιατρούς για συμβουλές στους ασθενείς και με νομική ευθύνη τους. Οι οδηγοί στο Ηνωμένο Βασίλειο καλύπτονται από την ασφάλιση εάν επέστρεψαν στην οδήγηση κατόπιν συμβουλής ιατρού. Οι ιατροί στον Καναδά έχουν νομική ευθύνη να αναφέρουν τους ασθενείς με ιατρική κατάσταση που τους εμποδίζει να οδηγούν με ασφάλεια. Ωστόσο, οι ιατροί είναι προφανές ότι δεν έχουν ειδική εκπαίδευση για αξιολόγηση της ικανότητας οδήγησης.

Στην Ελλάδα, οι ασφαλιστικές εταιρείες και η αστυνομία (τροχαία) θεωρούν υπεύθυνους τους ασθενείς για την απόφαση οδήγησης. Σύμφωνα με τη ισχύουσα νομοθεσία (ν.2696/1999,

ν.3542/2007, ΠΔ 51/2012, ν.4530/2018, ν.4599/2019 κ.ά.) ο οδηγός επιβάλλεται να έχει την, κατά τις σχετικές διατάξεις, προβλεπόμενη άδεια οδήγησης και την αναγκαία σωματική και διανοητική ικανότητα και να βρίσκεται σε κατάλληλη κατάσταση για να οδηγεί, οφείλει δε κατά το χρόνο της οδήγησης να είναι σε θέση να ελέγχει το όχημά του Ο οδηγός κάθε οχήματος υποχρεούται να έχει πλήρη ελευθερία των κινήσεών του, για να ενεργεί ελεύθερα τους αναγκαίους χειρισμούς Ο οδηγός μηχανοκίνητου οχήματος και μοτοποδηλάτου έχει, κατά τις σχετικές διατάξεις, αναγκαίες γνώσεις και επιδεξιότητα για να οδηγεί Αυτοί που χρησιμοποιούν τις οδούς πρέπει να αποφεύγουν οποιαδήποτε συμπεριφορά που είναι ενδεχόμενο να εκθέσει σε κίνδυνο ή να παρεμβάλει εμπόδια στην κυκλοφορία, να εκθέσει σε κίνδυνο πρόσωπα ή ζώα ή να προκαλέσει ζημιές σε δημόσιες ή ιδιωτικές περιουσίες. Οι οδηγοί υποχρεούνται να οδηγούν με σύνεση και με διαρκώς τεταμένη την προσοχή, να επιδεικνύουν ιδιαίτερη προσοχή στα παιδιά, στους υπερήλικες, στα άτομα με αναπηρία και γενικώς πρόσωπα που χρειάζονται βοήθεια και να μην προκαλούν γενικά με τη συμπεριφορά τους τρόμο, ανησυχία ή παρενόχληση στους λοιπούς χρήστες των οδών, στους παρόδους ή στους κατοίκους πλησίον αυτών (άρθρο 12 παρ. 1 ν.2696/1999) Εξουσιοδοτούμενες αρχές μπορούν να επιβάλλουν την επανεξέταση κατόχου άδειας ικανότητας οδηγού, αν ανακύψουν αμφιβολίες για την ικανότητά του προς οδήγηση ή την ιατρική επανεξέτασή του, αν ανακύψουν αμφιβολίες για τη σωματική ή πνευματική του κατάσταση. Στις περιπτώσεις αυτές η άδεια ικανότητας οδήγησης του παραπεμπόμενου για επανεξέταση οδηγού αφαιρείται μετά την έκδοση της απόφασης για επανεξέταση και αποδίδεται μόνο αν αυτός κριθεί ικανός.

Οι ασθενείς που θέλουν να επιστρέψουν στην οδήγηση πρέπει να το αποφασίζουν μετά από συζήτηση με τον ορθοπαιδικό τους. Ο τελευταίος έχει **ηθική ευθύνη** να συμβουλεύει τους ασθενείς για το πότε είναι ασφαλής η επιστροφή τους στην οδήγηση από το συνδυασμό των γνώσεων και της κλινικής εμπειρίας του με παρακλινικές (πχ ακτινολογικά ευρήματα) ή άλλες πληροφορίες. Ο εκάστοτε θεράπων ιατρός βαρύνεται και με την υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, η οποία απορρέει από το άρθρο 11§1 του ν.3418/2005 (Κώδικας Ιατρι-

κής Δεοντολογίας). Πράγματι, στο πλαίσιο του καθήκοντος αληθείας του ιατρού προς τον ασθενή, επιβάλλεται ο ιατρός να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, για το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, για τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, για τις εναλλακτικές προτάσεις θεραπείας, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης της υγείας του. Μάλιστα, όσο πιο αυξημένοι είναι οι κίνδυνοι που μπορεί να προκληθούν από τυχόν μη ορθή μετεγχειρητική συμπεριφορά του ασθενούς τόσο επεκτείνεται η υποχρέωση ενημέρωσης, έτσι, λ.χ., ο ορθοπαιδικός οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή που υπεβλήθη σε επέμβαση ότι δεν είναι ασφαλές να επιστρέψει στην οδήγηση πριν παρέλθει ο εκτιμώμενος χρόνος πλήρους αποκατάστασης της υγείας του και επανέλθει απόλυτα η κινητικότητα του χειρουργημένου μέλους. Άλλωστε, σύμφωνα με διάταξη του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, η πιο πάνω υποχρέωση ενημέρωσης αποσκοπεί στο να παρασχεθεί στον ασθενή η δυνατότητα σχηματισμού πλήρους εικόνας των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασης της υγείας του, ώστε να προχωρήσει στη λήψη ανάλογων αποφάσεων. Επιπλέον, η υποχρέωση ενημέρωσης μπορεί να λάβει και τη μορφή «θεραπευτικής» ενημέρωσης, η οποία συνίσταται στην πληροφόρηση του ασθενούς για τη θεραπευτικά ορθή συμπεριφορά που οφείλει να τηρήσει, προκειμένου να αποφύγει ενδεχόμενη βλάβη της υγείας του. Η τελευταία αυτή μορφή ενημέρωσης, θεμελιώνεται στο γενικό καθήκον επιμέλειας του ιατρού και η παράλειψή της συνιστά ειδική περίπτωση ιατρικού σφάλματος. Τέλος, προκειμένου να μην υπάρχει κίνδυνος να γεννηθεί ζήτημα αδικοπρακτικής ευθύνης του ιατρού λόγω αμέλειας, σώφρον είναι ο ιατρός να μην παραλείπει να καθοδηγεί και να ενημερώνει τον ασθενή για τις επιπτώσεις που συνδέονται με τη συγκεκριμένη ιατρική πράξη στην οποία υποβλήθηκε. Έτσι, ο ορθοπαιδικός, στο πλαίσιο τόσο του γενικότερου καθήκοντος επιμέλειας όσο και της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς, οφείλει να ενημερώνει τον τελευταίο για τις επιπτώσεις της επέμβασης στην οποία υποβλήθηκε και για τον αντίκτυπο που μπορεί να έχει η πάθησή του στη σωματική του κατάσταση και στην άρτια λειτουργία των αντανα-

κλαστικών του, που είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ασφαλή οδήγηση ενός οχήματος.

Ο Dr. Geoffrey S. Marecek, συν-συγγραφέας του "Driving after Orthopaedic Surgery" στο J Am Acad Orthop Surg το 2013, αναφέρει ότι «ως χειρουργοί, δε μπορούμε με σαφήνεια να επιτρέψουμε κάποιον για οδήγηση, αλλά μπορούμε να τον εκπαιδεύσουμε» και ο Dr. David Goodwin "Driving after Orthopaedic Surgery" στο Orthopaedics το 2013, αναφέρει ότι «νομικώς, δε θα είχα γράψει ποτέ σε έγγραφο ότι "είσαι ελεύθερος να οδηγήσεις"». Πάντως, η Medical Defence Union στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν έχει περίπτωση νομικής ενέργειας κατά ιατρού για συμβουλή του σε ασθενή ότι είναι ασφαλές να οδηγήσει, αλλά έχουν υπερασπιστεί τους ιατρούς για την παροχή συμβουλών σε ασθενή κατά της οδήγησης. Επιτρέποντας έναν ασθενή να οδηγήσει, ο ιατρός εκτίθεται σε πιθανή ευθύνη για τους τραυματισμούς που θα προκληθούν στους εμπλεκόμενους σε ατύχημα με τον ασθενή

Ούτε η British Orthopaedic Association ούτε η American Academy of Orthopaedic Surgeons ή κάποια άλλη επιστημονική Ορθοπαιδική εταιρεία έχουν εγκρίνει κατευθυντήριες οδηγίες, συστάσεις ή πολιτικές για το χρόνο επιστροφής στην οδήγηση μετά από ορθοπαιδικές επεμβάσεις και μυοσκελετικές κακώσεις (εκτός των επεμβάσεων ολικών αρθροπλαστικών ισχίου και γόνατος). Η έλλειψη καθοδήγησης των ασθενών προκαλεί θεωρητικά επιστροφή στην οδήγηση ή ενώ δεν είναι ακόμη ασφαλής ή βραδύτερα από όσο είναι αναγκαίο. Τα στοιχεία των ερευνών δείχνουν πάντως ότι οι ασθενείς επιστρέφουν στην οδήγηση πριν από την ομαλοποίηση των αποδεκτών αποτελεσμάτων αξιολόγησης της ικανότητας οδήγησης.

Η ικανότητα οδήγησης του ασθενούς επηρεάζεται από:

1. τον τύπο της επέμβασης,
2. την πλευρά επέμβασης,
3. το μετεγχειρητικό πόνο,
4. τη μετεγχειρητική ακινητοποίηση,
5. τους περιορισμούς μετεγχειρητικής στήριξης βάρους,

6. τη μετεγχειρητική δυσκαμψία,
7. τα συνοδά ιατρικά προβλήματα,
8. τη βασική ικανότητα οδήγησης
9. και άλλους παράγοντες.

Η οδήγηση αυτόματου αυτοκινήτου «απελευθερώνει» το δεξιό άνω άκρο από το λεβιέ αλλαγής ταχυτήτων και το αριστερό κάτω άκρο από το πεντάλ του συμπλέκτη. Ο χρόνος επιστροφής στην οδήγηση μετά από ορθοπαιδική επέμβαση ή μυοσκελετική κάκωση του **αριστερού** κάτω άκρου εξαρτάται από το πότε θα μπορέσουν οι ασθενείς να πατάνε το πεντάλ του συμπλέκτη με αρκετή δύναμη για το όχημά τους. Ο χρόνος επιστροφής στην οδήγηση μετά από ορθοπαιδική επέμβαση ή μυοσκελετική κάκωση του **δεξιού** κάτω άκρου ποικίλει μεταξύ των ασθενών, οπότε και η συμβουλή επιστροφής πρέπει να εξατομικεύεται.

Τα παρακάτω κριτήρια χρησιμοποιήθηκαν από ερωτηθέντες ολλανδούς ορθοπαιδικούς για να κρίνουν αν η επανάληψη της οδήγησης μπορεί να θεωρηθεί ασφαλής:

1. Πλήρης στήριξη βάρους = 78.4%,
2. Βάδιση χωρίς πατερίτσες = 50.7%,
3. Κλινική και ακτινολογική πώρωση = 39.2%,
4. Άλλα κριτήρια = 28.8%,
5. Όταν ο ασθενής λέει ότι μπορεί να οδηγήσει = 26.4%,
6. Όταν δε χρησιμοποιεί αναλγητικά = 5.4%,
7. Μετά από ένα σταθερό χρονικό διάστημα = 4.7%.

Ασφαλής οδήγηση σημαίνει τον ανά πάσα στιγμή έλεγχο του αυτοκινήτου (ήτοι, δυνατότητα κινήσεων του αυχένα για τον έλεγχο καθρεπτών, και τα δύο χέρια στο τιμόνι με επαρκές κράτημα, ικανότητα μετακίνησης του ποδιού μεταξύ των πεντάλ, επαρκής δύναμη ενεργοποίησης του πεντάλ φρένου, ο καλύτερος δυνατός χρόνος αντίδρασης).

Η αξιολόγηση της ικανότητας των ασθενών να οδηγούν με ασφάλεια γίνεται συνήθως με μέτρηση των αλλαγών του χρόνου για μια ακινητοποίηση έκτακτης ανάγκης. Ο brake reaction time

(BRT - χρόνος αντίδρασης φρεναρίσματος) ή total braking time (TBT - συνολικός χρόνος πέδησης) είναι ο συνολικός χρόνος που χρειάζεται ένα άτομο για να πατήσει το πεντάλ του φρένου μετά τη λήψη ερεθίσματος να σταματήσει το όχημα [700 msec (Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και Ηνωμένο Βασίλειο) - 1500 msec (Γερμανία)] και αντιστοιχεί στο άθροισμα του χρόνου αντίδρασης ή χρόνου σκέψης και του χρόνου κίνησης του ποδιού. Με 50 km/h, παράταση 500 milliseconds στο συνολικό χρόνο φρεναρίσματος επιμηκύνει την απόσταση ακινητοποίησης κατά 7 μέτρα. Με 120 km/h, παράταση 79 milliseconds στο συνολικό χρόνο φρεναρίσματος επιμηκύνει την απόσταση ακινητοποίησης κατά 2,65 μέτρα.

Έχουν χρησιμοποιηθεί και άλλες μέθοδοι για την αξιολόγηση της ικανότητας των ασθενών να οδηγούν με ασφάλεια όπως το the step test (αριθμός ανεβοκατεβασμάτων σε stepper σε 10 δευτερόλεπτα) και το the sit-to-stand test (αριθμός εγέρσεων από καθιστή θέση σε 10 δευτερόλεπτα).

Ο Drive Test Station (DTS) είναι ένας εξομοιωτής οδήγησης, ο οποίος μπορεί να δώσει στον ασθενή μια ιδέα για α) την ικανότητά του να εφαρμόσει μια δύναμη πέδησης και β) τη επιστροφή του οπτικού χρόνου αντίδρασής του.

Το ανθρώπινο λάθος είναι η κύρια αιτία των τροχαίων ατυχημάτων (πχ ΗΠΑ 2008, 57%). Οι οδηγοί ηλικίας άνω των 65 ετών και οι πάσχοντες από **υπνική άπνοια, νεφρική νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακές παθήσεις, αρθρίτιδα** ή κάνουν χρήση **οπιοειδών, μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, αναστολέων μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης και βενζοδιαζεπινών**, έχουν υψηλότερο ποσοστό πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων ανά χλμ οδήγησης.

Στην Ελλάδα, απαγορεύεται η χορήγηση ή η ανανέωση της άδειας οδήγησης κατηγορίας Β σε οποιεσδήποτε αναπηρίες ή ακρωτηριασμούς που δεν επιτρέπουν την ασφαλή οδήγηση ακόμα και με διασκευασμένο όχημα, στις περιπτώσεις που δεν επιτελείται ικανοποιητικά η συλληπτική λειτουργία των άκρων ακόμη και με τις κατάλληλες διασκευές, σε πρωτοπαθείς ή μεταστατικές νεοπλασίες των οστών, στις περιπτώσεις εκείνες που έχει καταργηθεί η κινητικότητα της σπονδυλικής στήλης, ιδιαίτερα της ΑΜΣΣ από οποιαδήποτε αιτία, τις πε-

ριπτώσεις που υπάρχει αστάθεια της σπονδυλικής στήλης ή κατάγματα της ΑΜΣΣ ή ψευδαρθρωμένα κατάγματα και ιδιαίτερα κατάγματα των Α1 και Α2 σπονδύλων, σε υποψήφιους οδηγούς ή οδηγούς που παρουσιάζουν πάθηση ή ανωμαλία του κινητικού – ερειστικού συστήματος ή οποιαδήποτε άλλη πάθηση πρόσφατη ή υπολειμματική (όπως κατάγματα ή ψευδαρθρώσεις) δυνάμενη να περιορίζει τον κινητικό έλεγχο και η οποία καθιστά επικίνδυνη την οδήγηση οχήματος με κινητήρα. Επιτρέπεται κατ' εξαίρεση η χορήγηση ή η ανανέωση της άδειας οδήγησης με περιοριστικούς όρους σε οποιοδήποτε υποψήφιο οδηγό ή οδηγό που μειονεκτεί σωματικά και δεν υπάγεται στις παραπάνω περιπτώσεις, ύστερα από πόρισμα εξέτασης Δευτεροβάθμιας Ιατρικής Επιτροπής (ΔΙΕ) η οποία συγκροτείται στις κατά τόπους αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Μεταφορών και Επικοινωνιών

Σύμφωνα με το ΠΔ 51/2012, η ιατρική εξέταση διενεργείται από ιατρούς κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κρατικών κέντρων υγείας στο πλαίσιο της ολοήμερης λειτουργίας τους (απογευματινά ραντεβού), ή από ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους με τις υπηρεσίες Μεταφορών και Επικοινωνιών των Περιφερειακών Ενοτήτων της χώρας.

Όσον αφορά στους υποψήφιους οδηγούς ή στους κατέχοντες άδεια οδήγησης, οι οποίοι παρουσιάζουν προβλήματα κινητικότητας ή ακρωτηριασμού άκρου/άκρων ή μικτού τύπου (ορθοπαιδικά - νευρολογικά), προβλέπεται ότι αυτοί επιτρέπεται να εξεταστούν από Κρατικό Ίδρυμα, το οποίο ασχολείται συστηματικά με το έργο αξιολόγησης ικανότητας οδήγησης ατόμων με αναπηρίες, με προβλήματα κινητικότητας ή ακρωτηριασμού άκρου/άκρων ή μικτού τύπου προβλήματα, όπως είναι το Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης Κέντρο Αξιολόγησης Ικανότητας και Προετοιμασίας Οδήγησης για οδηγούς με αναπηρίες «ΗΝΙΟΧΟΣ» του Υπουργείου Υγείας ή σε οποιοδήποτε ισότιμο κρατικό ίδρυμα, το οποίο πραγματοποιεί αντίστοιχες ιατρικές εξετάσεις. Για την έκδοση του πορίσματος εξέτασης ο αξιολογούμενος υποψήφιος οδηγός ή οδηγός με κινητικά προβλήματα υποβάλλεται και σε πρακτική δοκιμασία οδήγησης σε διασκευασμένο όχημα, η οποία σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστά τη δοκιμασία προσόντων και συμπεριφοράς. Ως διασκευασμένο νοείται το μηχανοκίνητο όχημα, στο οποίο έχουν πραγματοποιηθεί τροποποιήσεις

και έχει εγκατασταθεί ειδικός εξοπλισμός, προκειμένου να αντισταθμιστεί το κινητικό έλλειμμα, ούτως ώστε το όχημα να οδηγείται με ασφάλεια και σύμφωνα με τις εκάστοτε διατάξεις.

Οι ιατροί των κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων ή κέντρων υγείας, καθώς και οι ιδιώτες ιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τις υπηρεσίες Μεταφορών και Επικοινωνιών των Περιφερειακών Ενοτήτων της χώρας και διενεργούν ιατρικές εξετάσεις προκειμένου να διαπιστώσουν αν ο οδηγός πληροί τις ελάχιστες απαιτούμενες προδιαγραφές σωματικής και διανοητικής ικανότητας για οδήγηση μηχανοκίνητου οχήματος, είναι υποχρεωμένοι, εφόσον διαπιστώσουν ότι ο οδηγός είναι μη ικανός για οδήγηση, να ενημερώνουν, εντός μίας το πολύ εβδομάδας, την οικεία Υπηρεσία Μεταφορών και Επικοινωνιών του τόπου κατοικίας του ενδιαφερομένου, συμπληρώνοντας το «ΕΝΙΑΙΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ», το οποίο δεν περιέχει ιατρικά δεδομένα. Καθίσταται, λοιπόν, σαφές ότι εφόσον το Π.Δ. 51/2012 προβλέπει τη σχετική υποχρέωση ενημέρωσης, τυχόν παράλειψη γνωστοποίησης στην αρμόδια Υπηρεσία Μεταφορών της έλλειψης ικανότητας οδήγησης του εξετασθέντος οδηγού, μπορεί να γεννήσει θέματα ευθύνης των ιατρών που παρέλειψαν να ενημερώσουν.

Επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου μετά από ολική αντικατάσταση του ισχίου:

Η American Academy of Orthopaedic Surgeons συνιστά επιστροφή στην οδήγηση μετά 4 έως 8 εβδομάδες για χρήστες αυτόματων αυτοκινήτων, αλλά χωρίς οδηγίες για χρήστες αυτοκινήτων με συμπλέκτη ή μετά επέμβαση δεξιού σκέλους και σε κάθε περίπτωση οι ασθενείς πρέπει να ζητούν τη γνώμη του θεράποντα ιατρού πριν την επιστροφή στην οδήγηση. Η Canadian Medical Association συνιστά 4 έως 6 εβδομάδες πριν επιτραπεί στους ασθενείς επιστροφή στην οδήγηση. Η Arthroplasty Society of Australia δε συμβουλεύει την επιστροφή στην οδήγηση πριν 6 τουλάχιστον εβδομάδες, ανεξάρτητα από το είδος του οχήματος ή την πλευρά που έχει χειρουργηθεί. Πρέπει να προηγείται εκπαίδευση ασφαλούς εισόδου και εξόδου σε αυτοκίνητο. Οι ασθενείς θα πρέπει καταρχάς να ασκούνται σε ένα σταθμευμένο όχημα και στη συνέχεια να οδηγήσουν σύντομες διαδρομές με συνοδεία άλλου οδηγού που μπορεί να τους αντικαταστήσει εάν έχουν κάποιο πρόβλημα. Από τη

βιβλιογραφία φαίνεται ότι η επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου επιτρέπεται μετά 2 - 4 εβδομάδες για ολική αρθροπλαστική αριστερού ισχίου για χρήστες αυτόματων αυτοκινήτων ή μετά 6 εβδομάδες για ολική αρθροπλαστική αριστερού ισχίου για χρήστες αυτοκινήτων με συμπλέκτη και μετά 4 - 6 (ή 8) εβδομάδες για ολική αρθροπλαστική δεξιού ισχίου.

Επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου μετά από ολική αντικατάσταση του γόνατος:

Η American Academy of Orthopaedic Surgeons και η American Association of Hip and Knee Surgeons συνιστούν οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ολική αρθροπλαστική δεξιού γόνατος να μην οδηγούν για 6 έως 8 εβδομάδες και αυτοί που έχουν υποβληθεί σε ολική αρθροπλαστική αριστερού γόνατος να μην οδηγούν για 1 εβδομάδα, με την προϋπόθεση ότι δε λαμβάνουν οπιοειδή αναλγητικά. Το Royal College of Surgeons of England συμβουλεύει τους ασθενείς να αποφεύγουν την οδήγηση τις πρώτες 8 εβδομάδες μετά την ολική αρθροπλαστική γόνατος. Η μεγάλη ηλικία, το γυναικείο φύλο (Χ2) και η πρώιμη επιστροφή στην οδήγηση σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ατυχήματος. Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου επιτρέπεται μετά 1 - 2 εβδομάδες για ολική αρθροπλαστική αριστερού γόνατος για χρήστες αυτόματων αυτοκινήτων ή μετά 4 - 6 εβδομάδες για ολική αρθροπλαστική αριστερού γόνατος για χρήστες αυτοκινήτων με συμπλέκτη και μετά 4 - 6 (ή 8) εβδομάδες για ολική αρθροπλαστική δεξιού γόνατος.

Επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου μετά από συνδεσμοπλαστική προσθίου χιαστού συνδέσμου του γόνατος:

Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου επιτρέπεται μόλις το επιτρέψει ο πόνος για συνδεσμοπλαστική αριστερού γόνατος για χρήστες αυτόματων αυτοκινήτων ή μετά 2 εβδομάδες για συνδεσμοπλαστική αριστερού γόνατος για χρήστες αυτοκινήτων με συμπλέκτη και μετά 4 - 6 εβδομάδες για συνδεσμοπλαστική δεξιού γόνατος.

Επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου μετά από αρθροσκόπηση του ισχίου: Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου επιτρέπεται εντός 2 εβδομάδων από αρθροσκόπηση ισχίου.

Επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου μετά από αρθροσκόπηση του γόνατος:

Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου επιτρέπεται μόλις το επιτρέψει ο πόνος για αρθροσκόπηση αριστερού γόνατος και μετά 1 εβδομάδα και έως 1 μήνα για αρθροσκόπηση δεξιού γόνατος.

Επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου μετά από αρθροσκόπηση της ποδοκνημικής:

Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου επιτρέπεται μόλις το επιτρέψει ο πόνος για αρθροσκόπηση αριστεράς ποδοκνημικής και μετά 1 εβδομάδα και έως 1 μήνα για αρθροσκόπηση δεξιάς ποδοκνημικής.

Επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου μετά από επέμβαση για βλαισό μεγάλο δάκτυλο ποδός:

Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου επιτρέπεται μόλις το επιτρέψει ο πόνος για επέμβαση στο αριστερό πόδι και μετά 4 - 4 εβδομάδες για επέμβαση στο δεξιό πόδι, με εξαίρεση την σφηνομετατάρσια αρθρόδεση (cuneo-metatarsal arthrodesis - επέμβαση Lapidus).

Επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου μετά από επέμβαση για κατάγματα διάφυσης οστών κάτω άκρων:

Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου επιτρέπεται μόλις το επιτρέψει ο πόνος για επέμβαση αριστερού σκέλους και μετά 3 μήνες για επέμβαση δεξιού σκέλους ή 6 εβδομάδες μετά την απρόσκοπτη βάδιση.

Επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου μετά από επέμβαση για περιαρθρικά κατάγματα οστών κάτω άκρων:

Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου επιτρέπεται μόλις το επιτρέψει ο πόνος για επέμβαση αριστερού σκέλους και μετά 4½ μήνες για επέμβαση δεξιού σκέλους ή 6 εβδομάδες μετά την απρόσκοπτη βάδιση.

Επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου μετά από επέμβαση για κάταγμα ποδοκνημικής:

Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου επιτρέπεται μόλις το επιτρέψει ο πόνος για επέμβαση αριστερού σκέλους και μετά 9 εβδομάδες για επέμβαση δεξιού σκέλους.

Επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου μετά από επεμβάσεις στην περιοχή του ώμου: Συμβουλή να μην οδηγούν οι ασθενείς με αναρτήσεις σε οποιοδήποτε άνω άκρο και αυτοί που δε μπορούν να βάλουν και τα δυο χέρια στο τιμόνι. Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου επιτρέπεται μετά 6 εβδομάδες έως και 3 μήνες για επεμβάσεις στο μυοτενοντώδες πέταλο ή στον επιχείλιο χόνδρο αλλά και ανατομική ή ανάστροφη ολική αντικατάσταση του ώμου.

Επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου μετά από επέμβαση στην ΑΜΣΣ ή την ΟΜΣΣ: Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου επιτρέπεται μετά το εξιτήριο από το Νοσοκομείο εφόσον ο πόνος ελέγχεται επαρκώς χωρίς οπιοειδή έως 2 - 6 εβδομάδες ή και 3 μήνες (σπονδυλοδεσία).

Επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου μετά από ακρωτηριασμό κάτω άκρου: Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η επιστροφή στην οδήγηση αυτοκινήτου είναι εφικτή στο 45% - 80% των ασθενών με πρόθεση κάτω άκρου, 1 - 72 (μέσος όρος 3,8) μήνες μετά τον ακρωτηριασμό, με τροποποιημένα αυτοκίνητα σε ακρωτηριασμένους δεξιά.

Οδήγηση αυτοκινήτου με ανάρτηση ή νάρθηκα άνω άκρου: Συμβουλή να μην οδηγούν οι ασθενείς με αναρτήσεις σε οποιοδήποτε άνω άκρο, αν και η οδήγηση με το κυρίαρχο χέρι ακινητοποιημένο σε ανάρτηση, δε μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς τις κανονικές συνθήκες οδήγησης, επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα εκτέλεσης αποτελεσματικών ελιγμών αποφυγής σε αντιμετώπιση επικίνδυνων συνθηκών οδήγησης. Συμβουλή να μην οδηγούν οι ασθενείς με νάρθηκες σε οποιοδήποτε άνω άκρο.

Οδήγηση αυτοκινήτου με κηδεμόνες οσφύς: Οι ασθενείς με κηδεμόνες οσφύς μπορούν να οδηγούν αυτοκίνητο εφόσον δεν υπάρχει υποκείμενη πάθηση που να επηρεάζει τη δυνατότητα πέδησης.

Οδήγηση αυτοκινήτου με νάρθηκες/κηδεμόνες κάτω άκρων: Συμβουλή να μην οδηγούν οι ασθενείς που φορούν νάρθηκα γόνατος, hinged-knee κηδεμόνα ή νάρθηκες/κηδεμόνες κάτω του γόνατος με εξαίρεση αριστερούς νάρθηκες σε χρήστες αυτόματων αυτοκινήτων. Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι επιτρέπεται οδήγηση αυτοκινήτου σε ασθενείς με ελαστικές επιγονατίδες ή ελαστικές επιστραγαλίδες.

Βιβλιογραφία

1. DiSilvestro KJ, et al. When can I drive after orthopaedic surgery? A systematic review. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2016 ; 474:2557-2570
2. Fleury TR, et al. Resuming motor vehicle driving following orthopaedic surgery or limb trauma. *Swiss Med Wkly* 2012; 142: w13716
3. Goodwin D, et al. Driving After Orthopedic Surgery. *Orthopaedics* 2013; 36(6):469-374
4. Marecek GS, Schafer MF. Driving after orthopaedic surgery. *J Am Acad Orthop Surg* 2013; 21: 696-706
5. Roberts C, Protzer L. Editorial: "Doctor, can I drive?": The need for a rational approach to return to driving after musculoskeletal injury. *Injury, Int. J. Care Injured* 2016; 47: 513-515
6. Κώδικας Οδικής Κυκλοφορίας - Ν.2696/1999 (ΦΕΚ Α' 57/23-3-1999), όπως τροποποιήθηκε από το Ν.3542/2007 (ΦΕΚ Α' 50/2-3-2007)
7. Προεδρικό Διάταγμα 51/2012 (ΦΕΚ Α' 101/27-04-2012). Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς την Οδηγία 2006/126/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 20ης Δεκεμβρίου 2006, όπως τροποποιήθηκε με τις Οδηγίες 2008/65/ΕΚ της Επιτροπής της 27ης Ιουνίου 2008, 2009/113/ΕΚ της Επιτροπής της 25ης Αυγούστου 2009 και 2011/94/ΕΕ της Επιτροπής της 28ης Νοεμβρίου 2011
8. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας - Ν.3418/2005 - (ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005)