

Małgorzata Kłys

Opiniowanie o nietrzeźwości jako problem „wiecznie żywy”

Insobriety evidencing as an "everlasting problem"

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie
Kierownik: dr hab. F. Trela - profesor UJ

Opinie sądowo-lekarskie o nietrzeźwości, obejmujące swym zasięgiem rachunek retrospektywny, prognostyczny, metodykę analityczną i wiele innych są konstruowane dla potrzeb prawa i prawników. Ich poprawność merytoryczna jest podstawowym warunkiem dobrego poziomu orzecznictwa sądowo-lekarskiego, co ma duże znaczenie dla prawa. Dlatego też każda praca, w tym niniejsza, poruszająca zagadnienia takie jak punkty newralgiczne opinii o nietrzeźwości, możliwe błędy i pułapki, czy też kontrowersyjne aspekty spraw zawarte w opiniach, przyczynia się do ciągłego doskonalenia opiniowania w tym zakresie.

Medicolegal opinion of insobriety considering retrospective and prospective calculation, analytical methods and other problems have been constructed for the needs of law and lawyers. Their substantial correctness cornus the basis of a good level of medicolegal expert's opinion. This is the reason that each paper including this one concerning the subject of a key point of an opinion, possible mistakes, traps or controversial aspects of problems contributes to a permanent improvement of opinioning relating to insobriety.

Słowa kluczowe: nietrzeźwość, rachunek retrospektywny, prognostyczny

Key words: **isobriety, retrospective calculation, prospective calculation**

WSTĘP

Alkohol etylowy, produkt fermentacji biologicznej, a w ostatnich dziesięcioleciach także pochodzenia syntetycznego należy od początków dziejów ludzkości do najczęściej spotykanych substancji odurzających.

U zarania naszej kultury różne napoje alkoholowe spożywano przy okazji

licznych obrzędów, które przeradzały się w orgie odurzonych uczestników. W Polsce, w dawniejszych czasach dominowało warzone piwo, miody, wina, w późniejszych czasach bardziej popularne stały się alkohole wysokoprocentowe takie jak wódka, okowita i wiele innych.

Poziom spożycia alkoholu w drugiej połowie XX wieku osiągnął w Polsce jedno z pierwszych miejsc wśród europejskich państw. W naszym społeczeństwie ulegały także ewolucji poglądy na alkoholizowanie się jako zjawisko społeczne. Różne bywały definicje nietrzeźwości oraz kryteria i oceny człowieka będącego pod wpływem alkoholu. Zmieniają się też zwyczaje picia alkoholu. Coraz częściej obserwuje się zastępowanie napojów wysokoprocentowych napojami niskoprocentowymi (3, 7, 11).

PROBLEMY OPINIOWANIA O NIETRZEŻWOŚCI

Problematyka alkoholowa dzieli się na trzy typy zagadnień:

Alkohol jako czynnik biologiczny obejmujący toksyczne działanie alkoholu, diagnostykę, alkoholizm i terapię oraz orzecznictwo sądowo lekarskie w zatruciach śmiertelnych.

Alkoholizm jako problem medyczno-prawny obejmujący zagadnienia o charakterze wiktymogennym (zbrodnie, przypadki o charakterze kryminalnym) oraz wypadki drogowe.

Metodyka badawcza obejmująca problemy analizy alkoholu etylowego i interpretacji tych wyników w odniesieniu do rozpatrywanych spraw.

Problem biologiczny związany z nadużywaniem alkoholu, wynika z łatwej do niego dostępności oraz zwyczajów kulturowych. Wielu badaczy tego tematu uważa, że etanol wywala w człowieku najbardziej niekorzystne reakcje zależności i tylko w zakresie tolerancji oraz degradacji psychicznej nieznacznie ustępuje środkom narkotycznym (10, 13). Jak dowodzą współczesne statystyki w Polsce alkohol zajmuje pierwszą pozycję w liczbie zatruc śmiertelnych (5, 9, 14).

W medycynie sądowej, opiniowanie związane z etanolem stanowi istotną dziedzinę zainteresowania biegłych, którzy opiniują przede wszystkim w przypadkach ostrych zatruc oraz nietrzeźwości, będącej istotnym czynnikiem wiktymogennym w wypadkowości drogowej, w bójkach i rozbojach (1, 3, 4, 12,).

Wśród negatywnych skutków społecznych wynikających z użycia alkoholu na szczególną uwagę zasługują wypadki komunikacyjne. Nietrzeźwość uczestników ruchu drogowego jest jedną z podstawowych przyczyn wypadków drogowych w Polsce (1, 3).

Problem opiniowania o nietrzeźwości jest odrębnym zagadnieniem w toksykologii sądowej. We wszystkich krajach ustalono, że istnieje sztywny próg trzeźwości, który jest pojęciem prawniczym (5), określający taką zawartość alkoholu we krwi, powyżej której automatycznie przyjmuje się nietrzeźwość danej osoby.

Jakkolwiek stany po użyciu alkoholu i nietrzeźwości mogą być ustalone np. na podstawie zeznań świadków opisujących spożywanie alkoholu to jednak praktyka ustalania stanu trzeźwości przynajmniej zasadniczą rolę dowodową, wynikiem badań analitycznych.

W odniesieniu do rachunku retrospektywnego i prognostycznego istnieją w toksykologii sądowej dość jasno określone reguły. Z praktyki opiniodawczej wynika także, że obliczenia te mają charakter przybliżony do omawianego zagadnienia, przy założeniu typowości populacyjnej, stanowiąc pomocny element w ocenie badanej sprawy. Obliczenia prognostyczne, czyli obliczenie stężenia alkoholu we krwi na podstawie znajomości wypitej dawki ustalonej np. poprzez zeznania świadków nie mają wartości naukowej wymaganej w opiniowaniu sądowo-lekarskim, co bywa czasami trudne do zrozumienia, zwłaszcza przez jej odbiorców (3, 8).

Niejednoznaczność opiniowania o nietrzeźwości wynika jeszcze z innej kwestii. Istnieje pewna dowolność w rozwiązywaniu problemów opiniodawczych, zadawanych przez zleceniodawcę w zależności od szkoły opiniowania jaką reprezentuje biegły, od jego wiedzy, a nawet od jego cech charakterologicznych. Trudne do rozumienia dla wielu biegłych pozostaje wciąż ostrzeżenie Jaegermanna, który w swoich „Esejach o opiniowaniu” (6) zalecał nie bać się twierdzenia „nie wiem”. Analiza problemów opinii wskazuje zaś na to, że mogą być one widziane w różny sposób i z zmienną ostrością, stąd poglądy na ten sam temat różnych biegłych niekoniecznie muszą być zbieżne.

Charakteryzując zaś błędy spotykane w opiniach o nietrzeźwości Bogusz podzielił je na obiektywne i subiektywne (2). Obiektywne wynikają ze zbyt wielkiej wiary biegłego w aparaturę, obliczenia arytmetyczne. Obejmują zatem wszystkie działania pozornie obiektywne, których ogląd jest pozbawiony cienia krytycznego spojrzenia. Błędy subiektywne natomiast, tkwiąc w osobie samego biegłego są wynikiem zbyt wielkiej wiary w swoją wiedzę, która wiedzie do pozornej nieomyślności oraz przekonania o możliwości rozwiązania każdego problemu. Jaegermann uważa, że „biegły powinien mierzyć i porównywać, pamiętając przy tym, że jeśli potknie się przy ocenie złożoności problemu, to wynikną stąd niebagatelne konsekwencje” (6).

Trzeba być również świadomym, że sady często posługują się biegłym jak pewnego rodzaju „płaszczem ochronnym” do załatwiania spraw. W teorii opiniowania podkreśla się od wielu lat, że istnieje pewna rozbieżność pomiędzy potrzebami wymiaru sprawiedliwości, a możliwościami biegłych w zakresie ustalania stanu nietrzeźwości, gdyż istnienie „progu trzeźwości” nie znajduje przecież bezwzględного oparcia w wiedzy medycznej. Jest to pojęcie stworzone na potrzeby prawa przez prawników. Opiniowanie sądowo-lekarskie zaś jest dziedziną odnoszącą się zawsze i tylko do zdarzeń jednostkowych. Polityka karania natomiast ma za zadanie realizację celów społecznych wynikających ze zjawisk szeroko grupowych a nie indywidualnych. W szczegółowym opracowaniu, odnoszącym się do stanu nietrzeźwości Jaegermann dalej twierdził, iż w dyskusjach nad pojęciem stanu nietrzeźwości uległa zatarciu ta dość zasadnicza różnica określająca zakres kompetencji biegłych i prawników (5, 6).

Analizując opiniowanie o nietrzeźwości można znaleźć w nim kilka punktów newralgicznych, które mogą stanowić punkt wyjścia do tworzenia błędnych wniosków opiniodawczych. Najlepszą z form, jak uczy doświadczenie, jest posłużenie się przykładami wziętymi z praktyki opiniodawczej, w którym owe punkty prezentują się z pełną jaskrawością, jako wynik często błędnych rozumowań różnych biegłych i prawników.

Opiniowanie toksykologiczne dotyczące wypadków drogowych i spraw z tym związanych zatem można podzielić na kilka grup problemowych:

Sprawy związane z rachunkiem retrospektywnym, w którym brak jest spełnienia warunków do podjęcia obliczeń retrospektywnych.

Sprawy związane z rachunkiem prognostycznym, w których nie ma żadnych obiektywnych danych, ale istnieje potrzeba i nacisk nakreślone przez prawników, by określić stan nietrzeźwości sprawcy.

Sprawy związane z interpretacją wyników badań analitycznych w odniesieniu do orzecznictwa sądowo-lekarskiego.

PRZYKŁADY OPINIOWANIA

A. Problemy rachunku retrospektywnego

Z akt sprawy wynika, że w nocy 24.06.2001 około godz. 2.00 na drodze publicznej w miejscowości B - kierowca samochodu osobowego R.M. został zatrzymany celem badania stanu trzeźwości. Wykonane badanie przy pomocy analizatora powietrza wydychanego Alkometr SD-400 wykazało o godz. 2.55 alkohol na poziomie 1.55‰ (0.74 mg/L) w jego krwi. Badanie wykonano jednokrotnie. Następnie, 12 godzin później pobrano od oskarżonego krew celem oznaczenia w niej alkoholu. Wyniki były następujące:

- godz. 14.56-0.14‰
- godz. 15.25-0.14‰
- godz. 16.03-0.16‰

R.M. zeznał, że w dzień poprzedzający wypadek wypił sumarycznie 1.5 litra piwa. Informacje dotyczące czasu picia trunku sprecyzował sąd. W wersji tej przyjęto picie trzech kufli owego piwa w trzech porcjach tj. o godz. 16, 17 i 23 w wieczór poprzedzający wypadek. W związku z powstałą sytuacją postawiono pytania biegłym dotyczące:

Ustalenia ewentualnego stopnia nietrzeźwości kierowcy w chwili zatrzymania, biorąc pod uwagę wynik badania Alkometrem SD-400 oraz rachunek retrospektywny w odniesieniu do badań krwi.

Ustosunkowania się do zarzutów skierowanych pod adresem opinii wydanej jako pierwszej przez inny Zakład.

W przedmiotowej sprawie wydana została opinia przez pewną jednostkę opiniującą Opiniujący biegły wprawdzie zaznaczył, że wynik jednorazowy pomiaru stężenia we krwi nie został otrzymany zgodnie z obowiązującymi przepisami (Zarządzenie Nr 16/96 Komendanta Głównego Policji z dnia 04.04.1996), ale przyjął go jako pewny i stwierdził w sentencji opinii, że kierowca w chwili zatrzymania (prawie godzinę wcześniej) na pewno był nietrzeźwy. Dalej napisał, że wykazane stężenie alkoholu koreluje z objętością 1.5 litra wypitego piwa dnia poprzedniego i wyliczył, że kierowca w chwili zatrzymania powinien mieć 1.42‰.

Następnie ów biegły przyjął współczynnik eliminacji godzinowej ($3 > 60$ jako średni populacyjny 0.14‰ i zlekceważył w rozważanym przypadku czas jaki upłynął

od momentu badania (12 godzin), jak również alkohol na poziomie poniżej 0.4‰ (0.14‰) w pierwszej próbie badanej. Biegły ten policzył, że w chwili wypadku kierowca szacunkowo powinien mieć tym razem 1.8‰ w chwili zatrzymania. W sentencji opinii biegły napisał, że biorąc pod uwagę całokształt rozważań można przyjąć, że R.M. w chwili zatrzymania był w stanie nietrzeźwości.

Powyższa opinia została w całości zaskarżona przez adwokata podejrzanego i sprawa została skierowana do ponownego opiniowania przez nasz Zakład.

Pierwszy zarzut dotyczył ustosunkowania się do czasu i sposobu picia piwa. Zebranych danych wynikało, że kierowca pił piwo w dniu poprzedzającym wypadek trzykrotnie w godzinach 16, 17 i 23. Powstaje więc wątpliwość czy istotnie o godzinie 2.55 w nocy mogło to spowodować stan nietrzeźwości 1.42‰, jak wyliczył biegły.

Przyjęto z pewną dowolnością[^] w pierwszej opinii, że 1.5 litra piwa wypito w krótkim czasie, prawie jednorazowo, podczas gdy nie wiemy czy tak było naprawdę i jest prawdopodobne, jak przyjął Sąd, że picie było rozciągnięte w czasie pomiędzy godzinami 16 a 23. Piwo ponadto należy do trunków alkoholowych tzw. nie standaryzowanych, co oznacza, że zawartości alkoholu nie są dokładnie oznaczone. Mogą więc istnieć pewne różnice w zawartościach alkoholu w poszczególnych rodzajach piwa np. w piwach kuflowych i butelkowych.

Można tutaj zastosować jeszcze inny sposób rozumowania. Przeciętny człowiek eliminuje alkohol w ilości około 8 g w ciągu godziny, będąc w fazie eliminacji. Przyjmując obecność alkoholu w 0.5 litrze piwa na poziomie 25g (piwo przeciętnie zawiera około 5% alkoholu) można założyć, że tenże przeciętny człowiek będzie eliminował owe piwo przez 3 godziny. Jeżeli doliczyć do tego 2 godziny, w ciągu których piwo musi się najpierw wchłonąć, to czas jaki upływa pomiędzy wypiciem a wydalaniem należy oceniać na około 4 godziny (poniżej 0.2‰).

Korzystając z powyższych teoretycznych założeń, po zastosowaniu ich do sytuacji R.M. można twierdzić, że pierwsze i drugie piwo, zawierające w sumie 50g czystego alkoholu, wypite o godz. 16 i 17, wyeliminowało się do godziny 22-23. Następne piwo wypite około godziny 23 mogło wyeliminować się prawie całkowicie do godziny około 3.

Rozpatrując zatem zawartość alkoholu we krwi oskarżonego pomiędzy 2-3 w nocy, przy podjętych założeniach, nie ma podstaw do przyjęcia jego stanu nietrzeźwości, spowodowanej tym piwem. W tych godzinach stężenie alkoholu we krwi oskarżonego mogło znajdować się na poziomie szczątkowym, tj. w promilach trudnym do określenia, tym samym bez znaczenia dla istoty sprawy.

Drugi zarzut dotyczy wyniku badania alkoholu analizatorem powietrza wydychanego Alkometr SD-400.

Zgodnie z wytycznymi wyżej już cytowanego zalecenia Komendanta Głównego Policji, badanie powietrza wydychanego powinno być wykonane trzykrotnie w odstępach 10-15 minutowych. W rozważanym przypadku powietrze wydychane badano jednokrotnie, tym samym nie spełniono podstawowego formalnego wymogu, aby wynik mógł być uznany do celów sądowych. Samo oznaczenie przy pomocy Alkometru SD-400 nie wzbudza wątpliwości, a decyzja o uznaniu tego wyniku lub jego odrzuceniu nie należy do biegłego z zakresu toksykologii sądowej. Twierdzenie, że nie zachowano uznanych regulacji kieruje uwagę

decydentów o wyniku niepewnym, który jako taki nie może stanowić dowodu w danej sprawie.

Trzeci zarzut dotyczy niemożności zastosowania rachunku retrospektywnego w rozważanym przypadku.

Według stanowiska reprezentowanego przez krakowski Zakład Medycyny Sądowej dąży się do przestrzegania założeń rachunku retrospektywnego, przyjętych przez gremia do tego powołane w latach wcześniejszych (Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii, postanowienia Instytutu Ekspertyz Sądowych). Aby można było zastosować obliczenia retrospektywne muszą być spełnione określone warunki, z których na pierwszym miejscu wskazuje się na konieczność wystąpienia fazy eliminacji alkoholu w organizmie kierowcy w czasie pomiędzy piciem alkoholu - wypadkiem - a pobieraniem materiału do badań toksykologicznych. Czas pomiędzy wypadkiem a pobieraniem materiału nie powinien przekraczać 6 godzin, a alkohol określony w pierwszej próbie badanej krwi musi przekraczać wartość 0.4%. Aby można było przystąpić do takiego rachunku, ponadto, koniecznie trzeba dysponować co najmniej dwoma a lepiej trzema wynikami oznaczeń toksykologicznych etanolu we krwi, najlepiej w odstępach godzinnych, mieć informacje odnośnie czasu, ilości spożytego alkoholu przed wypadkiem, spożytych posiłków itp.

Analizując te warunki w rozważanej sprawie musi się dojść do wniosku, że spełniony jest jedynie warunek trzykrotnego pobrania materiału po zdarzeniu. Wiemy także na podstawie zebranego materiału aktowego, że badanie wykonano 12 godzin po zdarzeniu i jeszcze więcej po picu alkoholu, co wskazuje, że w czasie pobierania krwi do badań mamy do czynienia z późną fazą eliminacji, w zasadzie już na etapie szczątkowym. W tej końcowej fazie przebieg eliminacji alkoholu nie jest liniowy. Za tym, że mamy do czynienia z takim faktem przemawia także wysokość stężenia alkoholu w pierwszej oznaczonej próbie - 0.14%, etanolu, a w następnych pomimo upływu czasu w przedziale jednej godziny wartości były podobne.

Wszystkie wyżej wymienione elementy pozwalają wykluczyć podstawowy warunek jaki powinien być spełniony, aby można było przystąpić do obliczeń retrospektywnych tzn. wystąpienie a raczej brak pełnej fazy eliminacji pomiędzy zdarzeniami: picie alkoholu - zdarzenie - pierwsze pobranie krwi. Wszystkie obliczenia, nawet jeśli doprowadzają do wyniku, który pozornie wydaje się być sensowny mają charakter spekulacji i nie mogą służyć do wyciągania wiarygodnych wniosków.

W przekonaniu autorki, w badanym przypadku określenie stężenia alkoholu we krwi badanego w czasie zatrzymania około godz. 2 nie jest możliwe z uwagi na brak warunków, jakie są niezbędne do podjęcia rachunku retrospektywnego oraz braki formalne w procedurze pomiaru stężenia alkoholu. Wszystkie te fakty przemawiają za tym, że nie można fragmentarycznych i niepewnych informacji wykorzystać do formułowania pewnych wniosków opinii, co zresztą niefrasobliwie uczyniono w pierwszej opinii. Przyjęcie nietrzeźwości w chwili wypadku musi się opierać o inne przesłanki niż toksykologiczne, co leży jednakże poza kompetencjami biegłych.

W uwagach końcowych autorzy opinii wydanej jako druga odcięli się od

krytyki poprzedniej opinii, stwierdzając jedynie, że każdy biegły ma prawo do wydania opinii zgodnie „z własną wiedzą i sumieniem”, istnieją ponadto różne szkoły opiniowania, a w samym orzecznictwie alkoholowym do tej pory nie ma jednoznacznej zgodności. To adresat opinii jest ostatnim recenzentem, dokonując odpowiedniego wyboru.

B. Problemy rachunku prognostycznego

Z akt sprawy wynika, że w dniu 02.09.2000 w godzinach południowych w miejscowości Q miało miejsce zdarzenie, w czasie którego dokonano rozboju na B.W. W wydarzeniu tym brało udział kilka osób (oskarżony, świadkowie), w tym czasie uczestnicy pili także alkohol.

Po bójce, jaka się wywiązała, w której B.W. został pobity i okradziony wezwano policję. B.W. znalazł się następnie w Izbie Wyrzeźwień (przyjęcie godz. 15.05). W dokumencie lekarza Izby zawarto informacje o stanie zdrowia BW, z których wynika, że wkrótce po przyjęciu do Izby był badany pod kątem nietrzeźwości. W chwili badania o godz. 16 był on nietrzeźwy (2.5% alkoholu we krwi), stwierdzono u niego „średni stan upojenia alkoholem”. Następnego dnia o godz. 9 składał zeznania dotyczące krytycznych wydarzeń dnia poprzedniego. W związku z zaistniałą sytuacją postawiono pytanie biegłym:

Ile alkoholu mógł spożyć pokrzywdzony B.W. przed zatrzymaniem w krytycznym dniu 02.09.2000, w czasie zdarzenia?

Czy B.W. był w stanie odtworzyć następnego dnia przebieg zdarzenia z dnia poprzedniego i czyjego zeznania można uznać za wiarygodne?

Czy składając zeznania w dniu 03.09. 2000 o godz. 9 B.W. był trzeźwy?

Odpowiedź na pierwsze pytanie zawarte w postanowieniu musi opierać się o rachunek prognostyczny, czyli próbę oszacowania objętości wypitego trunku na podstawie następującego po tym stanu nietrzeźwości, określonego badaniami toksykologicznymi.

W badanej sprawie B.W. - ustalono w badaniu przeprowadzonym 2.09.2000 o godz. 16 w Izbie Wyrzeźwień, że był on wtedy nietrzeźwy, a stężenie alkoholu w jego krwi wynosiło 2.5%. Z zebranego materiału wynika także, że zdarzenie miało miejsce po godz. 12 w owym dniu, natomiast doprowadzony został do Izby o godz. 15.05. Znaczy to, że czas picia alkoholu miał miejsce pomiędzy godz. 12 a 15. Z przeprowadzonego badania nie można odczytać w jakiej fazie znajdował się B.W. w chwili badania, bowiem oznaczenie to wykonano jednokrotnie. Przystępując do odpowiedzi na zadane pytanie, z dużym przybliżeniem można jedynie podać, że człowiek o przeciętnym ciężarze ciała 70 kg, stężenie alkoholu we krwi 2.5%, osiąga po wypiciu sumarycznej dawki około 120 g czystego alkoholu (wódki około 300g) w stosunkowo krótkim czasie, np. maksymalnie około 1 godziny. Jeżeli natomiast picie alkoholu w podobnej ilości było rozciągnięte w czasie to i obliczenia prognostyczne znacznie odbiegają od wartości prawdziwej. W badanym przypadku, przy uwzględnieniu okoliczności zaarzema, z pewnym przybliżeniem można przyjąć, że B. W. mógł wypić sumarycznie około 300-350 g wódki (40%).

Podobnie wysoce przybliżony i orientacyjny charakter mają zachowania wynikające ze stanu nietrzeźwości przypisywane pewnym zakresom stężeń,

występującym we krwi nietrzeźwego. Dane takie figurują w podręcznikach uniwersyteckich i charakteryzują przeciętne zachowania. Należy jednakże zaznaczyć, że w tym zakresie istnieją duże indywidualne różnice, dotyczące zarówno różnych osobników, jak również tego samego człowieka, pijącego alkohol w różnym czasie, w różnych dniach. Analizując zachowanie pokrzywdzonego w dniu zdarzenia, w protokole badania z Izby Wytrzeźwień można się dowiedzieć, że B.W. w chwili badania miał nastrój przeciętny, chód chwiejny, mowę niewyraźną, śladów wymiotów brak, tętno miarowe, a w ogóle jego stan fizyczny i psychiczny oceniono jako dobry. Stwierdzono, że po 11 godzinach może wyjść z Izby (przypuszczalnie jako trzeźwy). Istotnie, czas eliminacji alkoholu ze stężenia 2.5‰ może trwać około 11 godzin, przyjmując przeciętną wartość współczynnika eliminacji godzinowej $k=60$ jako 0.2‰. Można zatem przypuszczać, że w chwili opuszczenia Izby Wytrzeźwień rankiem w dniu 3.09.2000 B.W. był już trzeźwy.

Wracając do pytania dotyczącego oceny stanu psychicznego B.W. w chwili zeznań, nie można z całą pewnością powiedzieć, jakim stopniem wiarygodność! charakteryzowały się zeznania składane bezpośrednio, następnego dnia po krytycznym zdarzeniu. Jak już wcześniej zaznaczono, w zapamiętywaniu faktów przez człowieka będącego pod wpływem alkoholu istnieją duże indywidualne różnice. Przeciętny człowiek nie ma pełnej ostrości widzenia zdarzeń, które miały miejsce nawet niedawno, kiedy był bardzo nietrzeźwy, może jednak pewne rzeczy pamiętać.

W podręcznikach dotyczących stanu nietrzeźwości uważa się, że przeciętny człowiek, u którego stężenie alkoholu dochodzi do 2.5‰ może mieć zaburzenia równowagi i niezdolność ruchową, niewyraźną i bełkotliwą mowę, może eksponować agresję lub smutek, ale także mieć zaburzenia koncentracji uwagi i wyrażać błędne sądy. W dniu następnym może mieć miejsce „kociokwik”, czyli złe samopoczucie, wynikające z poprzedniego działania alkoholu. I tutaj też istnieją duże indywidualne różnice. U jednych ludzi „kociokwik” nie występuje lub jest bardzo słaby, u innych, zwłaszcza u ludzi nie nadużywających alkoholu to samopoczucie może mieć duże natężenia. Jak było u B.W.? Wydaje się logiczne, że nawet, jeśli zachowania tzw. przeciętnego człowieka są znane, to indywidualnie, dla B.W. są one mało przydatne.

Należy podkreślić, że pytania jakie stawia sąd w swoim postanowieniu (zwłaszcza drugie) dotyczą spraw mało uchwytnych poprzez wiedzę praktyczną na jakiej głównie opiera się toksykologia sądowo-lekarska. Problematyka poruszona w powyższej opinii przewija się stale przez orzecznictwo o nietrzeźwości. Z uwagi na fakt, że dotyczy ona spraw niewymiernych, niemierzalnych, słabo uchwytnych, według kryteriów wiedzy sądowo-lekarskiej, jak wskazuje doświadczenie, rodzi ona u wielu biegłych pokusę do wystawiania niefrasobliwie pewnych wniosków, które mogą być wykorzystane błędnie przez prawników. Stąd też teoretycy opiniowania podkreślają, że takie opinie jak przedstawione wyżej nie mogą mieć charakteru jednostkowego, a może jedynie stanowić statystyczne przybliżenie pomagające w rozwiązywaniu spraw. Opinia nie może stanowić podstawy prowadzącej do rozwiązania danej sprawy, jak w wielu przypadkach życzyli by sobie tego prawnicy.

C. Interpretacja wyników

a) Z akt sprawy wynika, że w dniu 13.08. 2002 około godz. 1.00 w miejscowości B - D.S., kierując samochodem osobowym został zatrzymany do kontroli drogowej. Kierowcę poddano badaniu poprzez powietrze wydychane Alkotestem 7410, a następnie także badano jego krew. Otrzymano następujące zawartości stężenia alkoholu we krwi kierowcy:

- godz. 1.00 - 0.27 mg/l » 0.56‰ (Alkotest),
- godz. 1.15-0.27 mg/l » 0.56‰ (Alkotest),
- godz. 1.55-0.48‰ (krew).

D.S. zeznał, iż przed kontrolą w godzinach 21-23 wypił 1.5 l piwa. Prokurator uważa, że D.S. można uznać za nietrzeźwego w chwili zatrzymania do kontroli drogowej, gdyż poziom alkoholu wyrażony stężeniami w powietrzu wydychanym jako 0.27 mg/L oraz we krwi 0.56‰ wskazuje na stan nietrzeźwości kierowcy w tym czasie.

W związku z zaistniałą sytuacją sąd postanowił zadać pytanie biegłym dotyczące:

1. Ustalenia ewentualnego stopnia nietrzeźwości kierowcy w chwili zatrzymania w świetle zebranego materiału aktowego?

Następnie sąd zażądał wyjaśnienia niejasności w metodyce badań w zakresie interpretacji wyników:

2. Jaki jest błąd pomiaru zastosowanymi metodami?

3. Czy wartość 0.27 mg/l jest stanem nietrzeźwości (powyżej 25mg/l)?

4. Jak przedstawia się ten ostatni problem po uwzględnieniu błędu pomiarowego?

Przechodząc do analizy przedstawionego materiału można w nim zauważyć kilka problemów. Oto one:

Jak wiadomo, polskie ustawodawstwo (Kodeks Karny) uznaje poziom powyżej 0.5‰ alkoholu we krwi człowieka jako „stan nietrzeźwości”, zaś zawartość alkoholu we krwi w granicach 0.2‰-0.5‰ (wraz z liczbami granicznymi) jako „stan po użyciu alkoholu” (Kodeks Wykroczeń).

Zwraca uwagę fakt, iż operuje się liczbami z jednym miejscem po przecinku, zaokrąglając wartości pomiarowe (robocze) do wartości niższej. Przemawia za tym niedoskonałość metod pomiarowych, a w konsekwencji i prawniczej zasady *in dubio pro reo*.

Tak więc w rozważanej sprawie, po przeliczeniu wyników oznaczeń otrzymujemy w kolejnych pomiarach zawartości alkoholu we krwi S.D. 0.5‰; 0.5‰; i 0.4‰ odpowiednio. Według kwalifikacji prawnej zatem zawartość alkoholu we krwi zatrzymanego do kontroli drogowej S.D. należy przyjąć jako „stan po użyciu alkoholu”, spowodowanego wypiciem wcześniej 1.5 l piwa. Komentując zaś ilość i czas wypitego przez zatrzymanego piwa nie można dopatrzeć się sprzeczności pomiędzy zeznaniami i otrzymanymi wynikami badań.

Według ogólnych wytycznych stosowanych w toksykologii sądowej błąd pomiaru dla oznaczeń alkoholu we krwi i powietrzu wydychanym nie może przekraczać maximum 5% mierzonej wartości. W szczególności zaś, zgodnie z wytycznymi Komendanta Głównego Policji oraz w porozumieniu z Instytutem Ekspertyz Sądowych w Krakowie jako jednostki wiodącej w ustaleniach błędu

pomiarowego (1, 14) na podstawie stosownych eksperymentów przyjmuje się, że:

Przy pomiarach wartości stężenia alkoholu w powietrzu wydychanym przyjęto błąd pomiaru 0.03 mg co znaczy, że granica „stanu po użyciu alkoholu” wynosi 0.25 mg/l (+) lub (-) 0.03 mg, co w konsekwencji oznacza, że stan nietrzeźwości przyjmuje się dopiero od wartości 0.28 mg/l. W badanym przypadku stężenie 0.27 mg/l - trzeba interpretować jako możliwe w granicach pomiędzy 0.24 do 0.30 mg/l.

Jeżeli chodzi o badania krwi to błąd przyjęto do oznaczeń 0.05%. W badanym przypadku zatem poziom zmierzonej wartości 0.48‰ trzeba rozpatrywać w granicach 0.43‰ a 0.52‰. W przeliczaniu stężenia alkoholu wyrażonego w mg/L stosuje się empiryczny współczynnik (także przybliżony) wynoszący 2.1.

Równocześnie należałoby podkreślić, że nie ma metod doskonałych, a błąd pomiaru jest nieodłączną częścią każdego procesu analitycznego. Znajomość błędów i jego wartości służy lepszemu określeniu prawdziwej wartości mierzonej. Zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami w szeroko pojętej diagnostyce laboratoryjnej przyjmuje się wartość niższą mierzonej wartości, głównie z powodu „analitycznej” ostrożności, zwłaszcza jeżeli użycie tej wartości niesie za sobą daleko idące konsekwencje. Jest przyjęte zatem, że za niedoskonałość metod badawczych nie może odpowiadać osoba, której ten pomiar dotyczy.

Jak widać na przykładzie przedstawionej opinii, „gra liczbami” i balansowanie na granicy norm może przyjąć postać spekulacji, co nie może mieć miejsca w opiniowaniu sądowo-lekarskim.

b) Na drodze w miejscowości C kierowca samochodu osobowego R.M. został zatrzymany do kontroli drogowej. Wyniki badania powietrza wydychanego otrzymane przy pomocy Alkomatu były następujące:

- godz. 14.30- 1.62‰
- godz. 14.42-0.50‰
- godz. 14.51 - 0.38‰

Zwrócono się do biegłych z zapytaniem, czy kierowca w chwili zatrzymania był w stanie nietrzeźwości czy też nie?

Odpowiedź na powyższe pytanie jest dość prosta i dotyczy tzw. alkoholu zalegającego w jamie ustnej. Wydaje się być oczywiste, że pierwszy wynik jest zawyżony w stosunku do faktycznej zawartości alkoholu we krwi kierowcy, ujmując alkohol obecny przede wszystkim w przewodzie pokarmowym. Okoliczności zdarzenia to potwierdzają, bowiem kierowca był badany niedługo po tym jak wypił piwo. W procedurze pomiarowej nie został zachowany podstawowy wymóg, w który zaleca się badanym, aby wcześniej wypłukali usta wodą i „wyczyścili oddech” świeżym powietrzem.

Problem zawarty w niniejszej opinii przemawia za przestrzeganiem cytowanego już wyżej zalecenia Komendanta Głównego Policji, nakazującego wykonanie badań trzykrotnie. Dowodzi ponadto słuszności podstawowego wymogu w toksykologii sądowej tj. stosowania co najmniej dwóch metod analitycznych do oznaczeń, wykazując równocześnie, że jednorazowy niepotwierdzony wynik w oznaczeniach toksykologicznych nie ma pewności

wymaganej w opiniowaniu sądowo-lekarskim. W badanym przypadku zatem rozsądnie byłoby odrzucić wynik 1.62‰ i przyjąć stan „po użyciu alkoholu” kierowcy w chwili zatrzymania.

c) Badanie toksykologiczne krwi pobranej w czasie sekcji zwłok S.O. wykazało w niej w pierwszym badaniu 4.8‰ etanolu. Śmierć S.O. była następstwem wypadku drogowego w dniu 14.03.2003, przy czym kierowca nie był sprawcą wypadku. Sekcję zwłok przeprowadzono w następnym dniu, ale krew nadesłano do Zakładu 28.03.2003, a pierwsze oznaczenie zawartości alkoholu wykonano w dniu 7.04.2003.

Stwierdzono także przy odbiorze próbki, że nosi ona znaczne cechy gnicia. Przechowywana była wraz z innymi próbkami krwi, jednakże zaobserwowano gwałtowne narastanie w niej alkoholu, wykazane w późniejszych badaniach toksykologicznych.

Powtórne badanie na zawartość alkoholu mianowicie wykonane w dniu 14.04.2003 wykazało w niej 9.1‰ alkoholu, a 30.04.2003 10.1‰ alkoholu.

Powstało pytanie zadane biegłym: który z przedstawionych wyników może być wiarygodny?

Komentując otrzymane wyniki można zauważyć, że powstała ogromna różnica w I i II oznaczeniu. Fakt ten wskazuje na to, że mamy do czynienia z gwałtowną fermentacją, która być może zaczęła się wcześniej, np. już wkrótce po pobraniu ze zwłok. Z kolei, różnica pomiędzy II a III badaniem wskazuje na „uspokojenie” się procesu gwałtownej fermentacji. Wynik otrzymany zatem w pierwszym badaniu i kolejnych może być niewiarygodny, a faktyczna zawartość alkoholu egzogennej w tej próbce może być niższa, w porównaniu z tą, jaką wykazano w I badaniu.

Nie można jednoznacznie oceniać procesów zachodzących w badanej próbce krwi, gdyż z tego rodzaju zjawiskiem spotykamy się rzadko. Owszem, procesy fermentacji czy gnicia zachodzą w materiale sekcyjnym dość szybko, jednakże ich przebieg zwykle nie jest taki gwałtowny, zwłaszcza jeśli próbka jest przechowywana w odpowiednio niskiej temperaturze.

Substratem do wytworzenia alkoholu jest glukoza zawarta we krwi. Jeśli jej poziom we krwi reprezentuje tzw. poziom normalny to stężenie alkoholu, wytworzonego wskutek fermentacji może mieć wartość w granicach 0.5‰, ale stężenie alkoholu endogennej przyjmowane w orzecznictwie może mieć wartość maksymalnie 0.7‰, lub wyższą z innych udokumentowanych powodów (cukrzyca, stany agonalne) (7).

W badanym przypadku, trudno jednoznacznie określić powody, w wyniku których poziom alkoholu we krwi był tak wysoki i ciągle narastał. Mogą to być szczególne właściwości próbki, takie jak, między innymi, wyjątkowo wysoka zawartość cukru we krwi, która gwałtownie fermentuje. Nie można także wykluczyć jakiegos zanieczyszczenia próbki, do której krew pobrano, czy też nawet samej krwi. Można więc przypuszczać, że w próbce znajdował się zarówno alkohol pochodzący z wypicia jak i gnicia. Jeśli więc wytworzony gnienie alkohol nałoży się na alkohol wypity, to wtedy można uzyskać wynik całkowicie nieprzydatny do celów orzeczniczych.

Reasumując, w powyższej sytuacji nie można jednoznacznie określić stężenia

alkoholu egzogenego (wypitego) we krwi SO. Wydaje się, że znaczna część mogła wytworzyć się w wyniku procesów gnilno fermentacyjnych. Uzyskany wynik w pierwszej badanej próbie nie można zatem uznać za wiarygodny z powodów, o których napisano wyżej.

PODSUMOWANIE

Problemy zawarte w powyższych rozważaniach przewijają się przez opiniowanie o nietrzeźwości właściwie przez lata. Charakterystyczne jest to, że opinie o nietrzeźwości zazwyczaj sprawiają wrażenie pozornie bardzo prostych. A jednak, jak wskazuje praktyka opiniodawcza, wiele z nich, sprawiając wrażenie schludnych i rzetelnych, jest formułowanych niezgodnie z podstawowymi kanonami sztuki opiniowania. Nie tylko zresztą chodzi tu o wiedzę, ale często wystarczy tzw. „zdrowy rozsądek”, aby nie stwarzać możliwości fałszywego wnioskowania prawnikom, co może przecież rodzić daleko idące konsekwencje. Jak pisał wielokrotnie cytowany już w tej pracy Jaegermann (5, 6) czasami wystarczy uzasadnić „nie wiem” i jest to najrozsądniejsza rzecz jaką w danej sprawie można zrobić.

Warto także podkreślić, że intencją autorki nie było natrząśnięcie się z cudzych błędów, a jedynie zwrócenie uwagi na problemy najczęściej występujące w opiniach. Przedstawienie zaś punktów newralgicznych czy wręcz ewidentnych błędów w opiniach wziętych z praktyki opiniodawczej jest najskuteczniejszą z metod podawanych do stosowania, gdy błędy nie znikają.

PIŚMIENNICTWO

1. Bąk J., Buttler I., Wpływ alkoholu na sprawność kierowcy, Bezpieczeństwo Ruchu Drogowego 1994, 8-11. -2. Bogusz M. Opiniowanie o nietrzeźwości - błędy, pokusy i pułapki, Arch. Med. Sąd i Krym, 1985, 35, 122-128. -3. Gubała W. Toksykologia Alkoholu, wyd. Instytut Ekspertyz Sądowych, Kraków, 1997. -4. Gut W., Konsekwencje stanu prawnego dotyczącego wykroczeń i przestępstw drogowych popełnionych pod wpływem alkoholu z punktu widzenia opiniowania toksykologa, Przegląd Sądowy 1995, 11-12, 87-95. -5. Jaegermann K., Stan Nietrzeźwości (Geneza i dzieje pojęcia w Polsce), Oddział Wojewódzki Społecznego Komitetu Przeciwalkoholowego w Katowicach, Katowice 1987. -6. Jaegermann K. Opiniowanie sądowo-lekarskie (Eseje o opiniowaniu), Wydawnictwo Prawnicze, 1991, Warszawa. -7. Jakliński A. Nasiłowski W., Markiewicz J.: Zarys sądowo lekarskiej toksykologii alkoholu etylowego, PZWL, Warszawa, 1978. -8. Kłys M. Gubała W. Kontrowersyjne problemy opiniowania o nietrzeźwości Arch. Med. i Sąd i Krym, 1998, 48, 143-152. -9. Kłys M., Baran E.: Zatrucia śmiertelne w materiale Zakładu Medycyny Sądowej w Krakowie w latach 1946-1995, 1996, 46, 297-307. -10. Kołaciński Z, Rusiński P. Działanie biologiczne i toksyczne etanolu, diagnostyka i leczenie zatruc, Przeg. Lek, 2003, 60/4, 204-209.

11. Marek Z., Kłys M., Opiniowanie sądowo-lekarskie i toksykologiczne, Zakamycze, Kraków, 2000. -12. Marek Z., Widacki J., Hanausek T.: Alkohol jako wiktymogeny czynnik rozbojów. Arch. Med. Sąd i Krym., 1974, 24, 201-205. -13. Pużyński S., (red.): Leksykon Psychiatrii, PZWL, Warszawa, 1993. -14. Ekspertyza Sądowa, Ed. J. Wójcikiewicz, Instytut Ekspertyz Sądowych, Zakamycze, Kraków, 2003.

Adres autora

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej CM UJ
ul. Grzegorzewska 16
31-531 Kraków