

Małgorzata Kłys,* Wojciech Gubała**

Kontrowersyjne problemy opiniowania o nietrzeźwości^{*}**

CONTROVERCIAL PROBLEMS OF OPINION CONCERNING AN ISOBRIETY

* Z Katedry Medycyny Sądowej CMUJ w Krakowie

Kierownik : Prof. dr hab. B. Turowska

** Z Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie

Dyrektor : A. Głazek

W pracy dyskutowane są aktualne zagadnienia odnoszące się do opiniowania o nietrzeźwości. Problematyka obejmuje rachunek retrospektywny, prognostyczny oraz interpretację wyników w oparciu o elementy zasad teorii opiniowania sądowo – lekarskiego i wybrane przykłady wzięte z praktyki opiniodawczej, ilustrujące podjęty temat.

Controvercial aspects of opinion making concerning an isobriety have been discussed in this paper. The problems reffer to retrospective, prospective calculations and an interpretation of results which has been founded in the elements of theory of medicolegal opinion and chosen examples of expertises taken from the practice .

OGÓLNE PROBLEMY OPINIOWANIA O NIETRZEŻWOŚCI

Do podstawowych zadań toksykologa należy zarówno możliwie wszechstronne i dokładne określenie czynnika toksycznego w ustroju, a więc jego detekcja, identyfikacja i oznaczenie ilościowe jak i interpretacja tegoż wyniku w odniesieniu do wymiernego efektu biologicznego. Jakkolwiek oba aspekty tego zagadnienia wymagają starannego potraktowania to jednak w czasach współczesnych możliwości wykrycia i oznaczenia ksenobiotyku w ustroju znacznie wyprzedzają zdolność interpretacji wyników w aspekcie efektu biologicznego (1,7,9).

Problem opiniowania o nietrzeźwości jest odrębnym tematem i tylko z pozoru

wg referatu wygłoszonego na XV Konferencji Toksykologów. Zakopane, 18–20 czerwca 1998 r.

łatwym.

Według opinii Jaegermanna (4) wyobraźnia wielu biegłych lekarzy i prawników jeszcze do niedawna ograniczona była do karykaturalnego schematu według Singalewicza, który zawiera relację pomiędzy stężeniem alkoholu we krwi a dostrzegalnymi objawami działania alkoholu.

We wszystkich krajach ustalono sztywny próg trzeźwości, jako kryterium prawnicze, którym jest stężenie alkoholu we krwi, a powyżej którego przyjmuje się nietrzeźwość badanego w znaczeniu biologicznym. Mogłoby się wydawać, że takie uproszczenie ustalania stanu nietrzeźwości jedynie do wyniku badania zawartości alkoholu we krwi zapobiega lub minimalizuje możliwość błędów opiniodawczych w tym zakresie. Praktyka wskazuje jednak, że niepokojąco często obserwuje się błędy opiniodawcze prowadzące ostatecznie do nietrafnych decyzji w postępowaniu sądowym, a także do niesprawiedliwych wyroków sądowych.

Należy sobie zdawać sprawę z tego, że istnieje pewna rozbieżność pomiędzy potrzebami wymiaru sprawiedliwości, a możliwościami biegłych w zakresie ustalania stanu nietrzeźwości (6). Istnienie „progu trzeźwości” nie znajduje przecież bezwzględного oparcia w wiedzy medycznej. Jest to pojęcie stworzone na potrzeby prawa przez prawników.

Jednak praktyka ustalania trzeźwości przyznaje zasadniczą (lecz nie wyłączną) procesową rolę dowodową wynikom badań analitycznych. Wprowadzie stany po użyciu alkoholu i nietrzeźwości mogą być ustalone np. na podstawie zeznań świadków, opisujących zachowanie podejrzanego spożywającego alkohol lub badania lekarskiego, jednakże wobec przyjętych poziomów stężeń we krwi podstawowe znaczenie ma oznaczenie zawartości alkoholu w organizmie. Z drugiej strony, bezgraniczne zaufanie w wynik analizy może spowodować błędną ocenę stanu nietrzeźwości danej osoby. Teoretycznie jednak należy oczekiwać zgodności pomiędzy tymi elementami diagnozy nietrzeźwości, a przynajmniej nie powinna występować między nimi sprzeczność.

Z punktu widzenia prawa zaś faktyczną wartość przedstawia jedynie opinia jednoznaczna, interpretująca wynik jednoznacznie lub odpowiadająca na pytanie : ...”ile miał alkoholu wtedy”, czyli zastępująca nieistniejący wynik obliczeniem (1). Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy sprawca zbiegł z miejsca wypadku drogowego i został zatrzymany po dłuższym upływie czasu.

Opiniowanie sądowo – lekarskie jest dziedziną odnoszącą się zawsze i tylko do zdarzeń jednostkowych. Natomiast polityka karania ma za zadanie realizację celów społecznych, wynikających ze zjawisk szeroko grupowych a nie indywidualnych. Jaegermann (4) sugeruje, że w dyskusjach nad pojęciem samego stanu nietrzeźwości uległa zatarciu ta bardzo zasadnicza różnica określająca zakres kompetencji. Wydaje się, że środowisko prawnicze jest zainteresowane tym, aby sędzia nie widział w biegłym „partnera” od polityki karania.

W rozważaniach na temat opiniowania w oparciu o materiał aktowy, dotyczących rachunku retrospektywnego i prognostycznego istnieją dość jasno określone reguły i warunki podejmowania takich działań, ustalone na konferencjach Naukowych od 1972 roku i opisane w wielu publikacjach (1,3,7).

W praktyce opiniodawczej krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej (1,5) i Instytutu Ekspertyz Sądowych (3) od lat akceptujemy stanowisko, że niezależnie od wszelkiego rodzaju zastrzeżeń obliczenia retrospektywne zawsze mają charakter abstrakcyjny, stanowią przybliżenie do omawianego zdarzenia, przy założeniu jego typowości populacyjnej i nie mogą być traktowane jako pełnowartościowy dowód w sprawie, a stanowią jedynie pomocny element w ocenie tejże sprawy. Obliczenie zaś zawartości alkoholu we krwi na podstawie zeznań świadków tzw. rachunek prognostyczny (prospektywny) nie ma wartości naukowej, wymaganej w opiniowaniu sądowo – lekarskim, stanowiąc szczególnie trudne zagadnienie zwłaszcza w zakresie właściwego zrozumienia opinii przez jej odbiorców.

W tym przypadku najbardziej właściwe byłoby wycofanie się z tego typu obliczeń. W praktyce ekspertowskiej przeprowadzamy jednak tego typu obliczenia, jednakże na ich podstawie nie dokonujemy oceny stanu nietrzeźwości podejrzanego, lecz wyłącznie próbujemy ocenić korelację danych o konsumpcji alkoholu z wynikami analitycznymi. W efekcie otrzymujemy jeden z trzech wariantów:

Konsumpcja podanych przez podejrzanego ilości alkoholu „nie stoi w sprzeczności” z wynikami analizy – sformułowanie „nie stoi w sprzeczności” wypływa z faktu, że na podstawie uzyskanych wyników nie można wykluczyć, że deklarowana konsumpcja alkoholu nastąpiła w podanym przez podejrzanego czasie i ilości.

Wykazane analitycznie stężenie alkoholu we krwi jest wyższe aniżeli wynikałoby to z podanej ilości wypitego alkoholu – w tej sytuacji biegły może stwierdzić, że konsumpcja dotyczyła większych ilości alkoholu albo, że nastąpiła dodatkowa konsumpcja w innym czasie.

Jeżeli stężenie alkoholu w próbach krwi jest niższe aniżeli mogła to spowodować deklarowana przez podejrzanego ilość alkoholu, to wówczas można jedynie zaznaczyć występującą między tymi wartościami sprzeczność.

Dla ilustracji podjętego w temacie zagadnienia, związanego z niejednoznacznym widzeniem diskutowanych problemów posłużymy się przykładami, które naszym zdaniem same w sobie skłaniają do wątpliwości co do przyjęcia jakiegoś stanowiska, a także opracowane opinie dotyczące niektórych z nich były co najmniej kontrowersyjne, jeśli nie błędne. Odnoszą się one do rachunku retrospektywnego, prognostycznego i interpretacji wyniku. Naszą intencją nie jest natrząśnięcie się z cudzych błędów, ale przeświadczenie, że nauka polegająca na dyskusji błędów i wątpliwości jest najbardziej skuteczna.

RACHUNEK RETROSPEKTYWNY

Przykład 1.

Z akt sprawy (10) wynika, że w grudniu 1992 Andrzej P. prowadząc ciągnik, około godziny 16, spowodował wypadek drogowy, potrafcając rowerzystę, który

w wyniku odniesionych obrażeń zmarł na miejscu. Kierowca zbiegł z miejsca wypadku. Badaniem krwi pobranej od kierowcy następnego dnia o godzinie 2.00 i 3.04 wykazano odpowiednio 0.8‰ i 0.7 ‰ etanolu. Zeznania świadków i samego podejrzanego co do picia alkoholu przed i po wypadku są zmienne. Pytanie sądu dotyczyło trzeźwości kierowcy w chwili wypadku.

Opiniowania podjął się biegły z zakresu organizacji zdrowia. Oto jej skrótowy wywód.

Opinia zawiera 11 stron jako „opinia właściwa” i „opinia uzupełniająca”. Analizuje ona wszystkie możliwe wersje świadków (w pierwszej opinii w sumie 8, a w drugiej 19), przedstawiając dokładne obliczenia stężeń alkoholu do trzeciego miejsca po przecinku. W sentencji opinii autor pisze: „Biorąc pod uwagę : wynik badania chemicznego krwi, wyniki badania klinicznego, dane ze śledztwa – należy stwierdzić, że podejrzany Andrzej P. w chwili wypadku drogowego tj. o godz.. 16 był w stanie nietrzeźwości, a stężenie alkoholu we krwi wynosiło 1.821 ‰”.

W opinii uzupełniającej biegły z jeszcze większą wnikliwością ustosunkował się do kolejnych wersji świadków i oskarżonego. W sentencji opinii napisał: „zeznania L.R., że oskarżony nie pił alkoholu należy odrzucić, bo są sprzeczne z wynikiem próby krwi, a w kombinacji z wersją 4,5,6,7,8,9, 14 i 19 też dają niezgodność z wynikiem próby krwi i należy je odrzucić. Reasumując udowodniono bezspornie, że wszystkie kolejne wersje oskarżonego i świadków należy odrzucić jako niezgodne w powiązaniu z I próbą krwi oraz we wzajemnym związku logicznym. Tym samym wykazano, że została się (!) opinia I”.

Analiza opinii: Udzielenie odpowiedzi na zadane pytanie nie jest możliwe. Opinia taka musiałaby się opierać na rachunku retrospektywnym, a więc na założeniach, które nie są spełnione.

Odnosnie samej opinii należy stwierdzić, że na pierwszy rzut oka sprawia ona wrażenie rzetelności i fachowości. Została jednak wydana przy przyjęciu przesłanek sprzecznych z wiedzą i sztuką opiniodawczą. Biegły przyjął bezkrytycznie model jednorazowego picia alkoholu, co najprawdopodobniej nie miało miejsca. Kardynalnym błędem opinii są pozornie dokładne obliczenia do 0.001 ‰, wykonane na podstawie wersji, w której przyjmuje się bezkrytycznie picie alkoholu na 10 godzin przed pobraniem pierwszej próby krwi.

Przykład 2.

W marcu 1994 roku około 12 samochód osobowy, kierowany przez Stanisława D.(10) potrafił na skraju drogi dziewczynę. Po wypadku zatrzymał się, chciał ją ratować, a gdy zobaczył, że nic nie działo pobiegł na pobliską pocztę i wezwał pogotowie ratunkowe, po czym oddalił się z miejsca wypadku. Świadkowie wydarzenia podziwiali troskliwość kierowcy, widzieli jego przejęcie i zdenerwowanie, ale nikt nie stwierdził cech upojenia alkoholowego. Następnego dnia odnaleziony przez policję został o godz. 11 i 12 poddany badaniu na zawartość alkoholu. Badania wykazały 0.4 ‰ i poniżej 0.2 ‰ we krwi odpowiednio. Postawiono pytanie o trzeźwość kierowcy w chwili wypadku.

Biegły, jako pierwszy powołany w tej sprawie wyliczył, że krew kierowcy w chwili wypadku zawierała dokładnie 4.66 ‰ etanolu, po czym odliczył 30% na

poczet deficytu alkoholowego i ocenił nietrzeźwość kierowcy w chwili wypadku na 3.26 ‰ alkoholu we krwi.

Analiza opinii: Biegły popełnił szereg podstawowych błędów w opiniowaniu o nietrzeźwości – czas retrospekcji przyjął na 23 godziny, stężenie alkoholu w pierwszej próbie na poziomie szczytkowym 0.4 ‰, a upojenie alkoholowe kierowcy ocenił aż na 3.26 ‰. W niniejszej sprawie brakowało jakichkolwiek przesłanek, a zwłaszcza odrobiny rozsądku, by wypowiedzieć tak kategoryczne twierdzenie.

RACHUNEK PROGNOSTYCZNY (PROSPEKTYWNY)

Przykład 3 (a) (b).

a) Kierowca samochodu osobowego Roman N. (10) jechał z żoną do domu. Zatrzymali się po drodze przed sklepem, żona poszła na zakupy, a kierowca w czasie 15 minutowego oczekiwania opróżnił 2 butelki piwa (około 1 litra), które miał w samochodzie. W chwilę później spowodował wypadek drogowy, który był wynikiem braku orientacji kierowcy na skrzyżowaniu. Próbkę krwi pobrana po 2 godzinach od wypadku i trochę więcej od wypicia piwa wykazała 0.49 ‰. W czasie badania lekarskiego lekarz stwierdził nieznaczne działanie alkoholu.

W tym przypadku prokurator nie korzystając z usług biegłych zajął w akcie oskarżenia jednoznacznie stanowisko, że jeśli w dwie godziny po wypadku poziom alkoholu wynosił prawie 0.5 ‰, to w momencie wypadku kierowca był na pewno nietrzeźwy.

b) W lipcu 1996 o godz. 17.15 Ryszard N.(11), kierując samochodem potrafił rowerzystę ze skutkiem śmiertelnym. Oskarżony podejmował próby oddalenia się z miejsca zdarzenia, a następnie uniemożliwiał pobranie prób do badań. W związku z tym pierwsza próba krwi została pobrana po upływie 4 godzin. W wyniku przeprowadzonych badań metodą chromatografii gazowej stwierdzono następujące stężenia alkoholu: godz. 21.05 – 1.9 ‰, 22.05 – 1.8 ‰, 23.30 – 1.4‰. Ryszard N wyjaśnił, że między godz. 14.00 – 16.00 wypił około 200–300 g koniaku po czym wystąpiła u niego amnezja. W toku rozprawy obrońcy sugerowali, że konsumpcja alkoholu była bezpośrednio przed wypadkiem, której oskarżony nie pamięta, a zatem wypadek zaistniał we wczesnej fazie wchłaniania.

W opisanym przypadku ocena stanu nietrzeźwości oskarżonego mogła być przeprowadzona wyłącznie na podstawie ustawy, w myśl której powołani biegli zajęli właśnie takie stanowisko, przyjmując stan nietrzeźwości podejrzanego w chwili wypadku.

Analiza przypadków: Nie polemizując z argumentacją prokuratora w przykładzie a, należałoby z sądowo – lekarskiego punktu widzenia przyjąć, że stężenie alkoholu w momencie wypadku było niższe od umownego progu nietrzeźwości. W opinii, naszym zdaniem, należało podkreślić odmienną reakcję ustroju w zależności od tego, czy moment wypadku przypada na fazę

wchłaniania czy eliminacji. Praktyka dowodzi, że stosunkowo często dochodzi do wypadku w czasie nie zakończonej jeszcze całkowicie resorpcji alkoholu z przewodu pokarmowego. To „uderzeniowe” działanie alkoholu w pierwszym okresie po spożyciu może być i jest często niebezpieczne. W późniejszym okresie organizm przyzwyczaja się już do nowej sytuacji i potrafi przeciwdziałać tej reakcji (3).

W drugim przypadku przyjęcie stanu nietrzeźwości w wysoce prawdopodobnej fazie wchłaniania wydawało się bardziej logiczne, jakkolwiek fakt ten niewątpliwie pobudza do dyskusji. Konsumpcja alkoholu bowiem, w wielu przypadkach, odbywa się w pewnym przedziale czasowym wynoszącym niejednokrotnie parę godzin. Przyjęcie zatem do obliczeń założenia, że całkowita ilość alkoholu została wypita w jednej porcji jest zbyt daleko idącym uproszczeniem. Powstaje wówczas pytanie dotyczące sposobu podziału całkowitej ilości alkoholu na porcje konsumowane w określonym czasie, a w konsekwencji celowości uwzględnienia deficytu alkoholowego dla każdej cząstkowej porcji alkoholu oraz procesu zachodzącej eliminacji między kolejnymi wypijanymi porcjami alkoholu.

Najczęściej jednak spotykamy się z przypadkami, w których konsumpcja alkoholu zakończyła się kilka do kilkunastu minut przed wypadkiem. W związku z tym alkohol w organizmie badanego znajdował się w fazie wchłaniania w chwili zaistnienia wypadku, co wyklucza jakiekolwiek ustalenie wartości stężenia alkoholu we krwi. Jeżeli jednakże po wypadku została pobrana od uczestnika próba krwi lub zbadano zawartość alkoholu w powietrzu wydychanym wówczas powołuje się ustawę o wychowaniu w trzeźwości, w następującym brzmieniu: „Stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

stężenia we krwi od 0.2 ‰ albo b) obecności w wydychanym powietrzu od 0.1 mg do 0.25 mg alkoholu w 1 dm³”.

Stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

stężenia we krwi powyżej 0.5 ‰ albo b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0.25 mg alkoholu w 1 dm³”.

Wprowadzenie do definicji zwrotu „prowadzi do” związane jest z resorpcją alkoholu. W praktyce zdarza się dość często, że wypadek ma miejsce w okresie wchłaniania alkoholu. A zatem po tym wypadku stężenie alkoholu we krwi może jeszcze wzrastać w sposób i w rozmiarach nie dających się określić. Ustawodawca wychodzi z założenia, że pijąc alkohol w ilościach, które następnie doprowadziły do przekroczenia przyjętych wartości progowych, późniejszy sprawca wypadku zdawał sobie sprawę z faktu, że postąpił wbrew obowiązującym przepisom i godził się z możliwością, że na skutek tej konsumpcji nastąpi obniżenie jego sprawności, mogące się przyczynić się do tego wypadku.

Ustawa pozwala na uznanie stężenia alkoholu zmierzonego we krwi lub w powietrzu wydychanym przez badanego w krótkim odstępie czasu od zaistnienia wypadku, jako odpowiadającemu stężeniu w chwili zdarzenia. W świetle ustawy bowiem przestaje być istotne, jaką zawartość alkoholu we krwi miał podejrzany w chwili wypadku, wystarczy jedynie, że wynik analizy krwi po

wypadku przekroczy wartość progową. Należy podkreślić, że takie rozumienie ustawy dotyczy tylko tych sytuacji, kiedy wypadek zaistniał jeszcze w okresie fazy wchłaniania alkoholu z przewodu pokarmowego do krwiobiegu.

Jeżeli wypadek zdarzył się w okresie wchłaniania alkoholu z przewodu pokarmowego to stężenie alkoholu w pobranej próbie krwi może być wyższe, niższe lub w szczególnym wypadku nawet równe stężeniu alkoholu we krwi badanego w chwili zdarzenia. Zależy to od wielu zewnętrznych czynników (wypełnienie żołądka, rodzaj trunku), dlatego też stosowanie jakichkolwiek obliczeń retrospektywnych jest niedopuszczalne. Można jedynie stwierdzić przemijające zaburzenie zdolności kierowania pojazdem w chwili wypadku, co nie jest jednoznaczne ze stwierdzeniem stanu nietrzeźwości.

INTERPRETACJA WYNIKU

Przykład 4 (a) (b).

a) W październiku 1996 o godz. 11. 50 Monika K (11) kierując samochodem osobowym Toyota Hiace utraciła panowanie nad pojazdem i uderzyła w słup oświetleniowy, a następnie w dwa zaparkowane samochody. Pobrana próba krwi o godz. 13.50 do badań na zawartość alkoholu wykazała stężenie etanolu w wysokości 1.3‰. Powołani w sprawie świadkowie, którzy mieli kontakt z Moniką K. w miejscu pracy bezpośrednio przed jej wyjazdem do urzędu skarbowego z większą sumą pieniędzy, jak i świadkowie udzielający jej pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia wykluczyli, aby znajdowała się w stanie nietrzeźwości. Ponadto lekarz przeprowadzający badanie trzeźwości także wykluczył możliwość, aby badana była pod wpływem alkoholu. Należy zaznaczyć, że próba krwi została zbadana dwiema metodami tj. chromatografii gazowej i enzymatyczną ADH, zaś badanie serologiczne potwierdziło pochodzenie próby krwi od Moniki K.

b) Inny przypadek dotyczył Małgorzaty Ł.(11) w listopadzie 1996 około godz.18 kierując samochodem Fiat 126 P. zjechała na łuku drogi na lewy pas, co spowodowało zderzenie z samochodem nadjeżdżającym z przeciwka. Badanie próby krwi pobranej o godz. 19.25 od Małgorzaty Ł. wykazało zawartość alkoholu w stężeniu 1.6 ‰. W toku zeznań wyjaśniła, że ani w dniu biejącym ani w poprzednim alkoholu nie spożywała. Pasażerami było jej dwoje dzieci, a wypadek miał miejsce w drodze ze szpitala, gdzie przebywało jej trzecie dziecko. Świadkowie udzielający pierwszej pomocy, funkcjonariusze policji oraz lekarz przeprowadzający badanie wykluczyli możliwość, aby Małgorzata Ł. była pod wpływem alkoholu.

Biegli, w opiniach dotyczących powyższych przypadków zajęli stanowisko, że wobec jednorazowego pobrania prób krwi, przy negatywnych cechach lekarskiej oceny stanu nietrzeźwości oraz braku innych przesłanek nie ma podstaw do przyjęcia stanu nietrzeźwości. W obu opisanych przypadkach prokurator podzielił opinię biegłych i nie postawił podejrzanym zarzutu kierowania samochodem

w stanie nietrzeźwości.

Analiza przypadków: W praktyce zdarzały się i zdarzają sporadyczne przypadki odbiegające ewidentnie od zgodności pomiędzy wynikami analitycznymi, a pozostałymi informacjami dotyczącymi zdarzenia. Symptomy stanu nietrzeźwości powinny być uchwytne w badaniu lekarskim, a informacji o okolicznościach poprzedzających i towarzyszących zatruciu dostarczają wyjaśnienia zatrzymanego lub podejrzanego, zeznania świadków oraz odpowiednie czynności przeprowadzone w toku postępowania przygotowawczego przez organy ścigania lub prokuratora. A zatem nie ma podstaw do traktowania wyniku analizy krwi na zawartość alkoholu czy też badania powietrza wydychanego jako niepodważalnych i nie podlegających krytycznej ocenie elementów diagnozy trzeźwości.

Przykład 5 (a) (b)

a) Na hali produkcyjnej Zakładów Naprawczych Taboru Kolejowego miał miejsce wypadek. Zbigniew W. (10) spadł z wysokości 7 m., przekraczając się przez balustradę. Godzinę później pobrano krew od poszkodowanego i stwierdzono w niej 1.2 ‰ alkoholu. Według oceny rzeczoznawców BHP balustrada była umocowana za nisko. Pytanie sądu w związku z dochodzeniem Zbigniewa W. o odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy brzmiało: czy obecność alkoholu w stężeniu wykazanym badaniem krwi mogła się przyczynić do wypadku ? jeśli tak to w jakim stopniu?

b) Na hali produkcyjnej jednej ze spółdzielni, w czasie manipulacji z drutem, wskutek nie zachowania ostrożności Władysław C.(10) włożył prawą rękę do maszyny, w wyniku czego stracił palce. W protokole powypadkowym zeznał, że 3 godziny wcześniej, jeszcze przed pracą wypił jedno małe piwo. W toku dochodzenia o odszkodowanie postawiono biegłym podobne pytania jak w przykładzie a.

W obu przypadkach, powołani biegli jako pierwsi wskazali na alkohol, jako główną i bezpośrednią przyczynę wypadków, twierdząc wprost, że gdyby nie spożycie alkoholu przez poszkodowanych, to obu wypadków by najprawdopodobniej nie było.

Analiza opinii: W pierwszym przypadku jednorazowe pobranie krwi nie pozwala głębiej wchodzić we wnioskowanie. Nie można jednak zaprzeczyć, że alkohol wpływa na obniżenie sprawności psychofizycznej i niewątpliwie może się przyczynić do wypadku. Równocześnie nasuwają się inne pytania, związane z rozważaną sytuacją: co z nieodpowiednią balustradą? z zachowaniem zwykłych środków ostrożności ? czy istotnie nikt inny, np. trzeźwy nie mógł wypaść przez zbyt niską balustradę ?

W drugim przypadku, czy można mówić o nietrzeźwości po wypiciu jednego, nawet dużego piwa do obiadu, po trzech godzinach od owego wypicia?

W naszej opinii, w obu przypadkach można twierdzić, iż tego typu wypadkom może ulec każdy, kto nie zachował wymaganej ostrożności. Ale odpowiedź na pytanie co by było gdyby obaj poszkodowani nie tykali alkoholu na pewno nie mieści się w kategoriach naukowych przesłanek, a raczej znajduje się w sferze domniemywań, co zapewne leży poza kompetencjami biegłych. W obu

przypadkach udzielenie jednoznacznej odpowiedzi, w naszej opinii, nie jest zatem możliwe.

CHARAKTERYSTYKA BŁĘDÓW

Charakteryzując błędy spotykane w opiniowaniu o nietrzeźwości można by się zastanowić nad mechanizmem ich powstawania. Bogusz twierdzi (1), że przyczyny błędnych opinii mogą być zarówno obiektywne jak i subiektywne. Za obiektywną przyczynę można uznać próbę pozornie bezstronnego opiniowania, opierającego się o proste wzory arytmetyczne, bowiem na takich opierają się obliczenia retrospektywne i prognostyczne. Stwarza to pokusę do ich bezkrytycznego zastosowania, bez pełnej świadomości uproszczeń jakie się za nimi kryją. Stąd też wcale nierzadko spotykamy się z opiniami, w których są obliczenia zawartości alkoholu we krwi na podstawie dowodów osobowych, obliczone z dokładnością do tysięcznego miejsca po przecinku, a ich podstawę stanowi zaledwie prosty wzór Widmarka i tabliczka mnożenia. Zdarza się również, że oceniając wyniki badań bazujących na mniej lub bardziej wyszukanych technikach analitycznych niektórzy biegli bardziej ufają aparatowi niż własnym spostrzeżeniom, gdy są one sprzeczne z otrzymanym wynikiem (8).

Subiektywne przyczyny błędów w opiniach leżą w osobie samego biegłego. Najczęstszą ich przyczyną jest chęć odpowiadania na każde pytanie prawnika, niezależnie od dostępnych informacji aktowych i własnej wiedzy, bojażń przed słowem „nie wiem”.

Decyzja o powołaniu biegłego, twierdzi Jaegermann (6), jest aktem formalnym, co jednak nie może dominować nad stroną merytoryczną. Dlatego też biegły może uznać siebie za niekompetentnego lub za nie w pełni kompetentnego. „Biegły powinien mierzyć i porównywać, pamiętając przy tym, że jeśli potknie się przy ocenie złożoności problemu, to wynikną stąd niebłahe następstwa. Analiza rozwiązywalności jest bowiem równocześnie rozważaniem jak uniknąć niepowodzeń”.

Nieprzypadkowo też nasi seniorzy (8) podkreślają, że zdolność do samokrytyki i wątpienia powinna być jedną z elementarnych cech zarówno analityka jak i lekarza, a te cechy włącznie z wiedzą specjalistyczną najlepiej chronią przed popełnianiem błędów i umożliwiają poprawne opiniowanie.

Reasumując treść rozważanych zagadnień chcielibyśmy podkreślić za Jaegermannem (6) rolę zdrowego rozsądku w opiniowaniu, który w przypadkach wątpliwości i wahań powinien zająć miejsce nieprzemyślanych decyzji. Przywołuje on tutaj słowa Kartezjusza (2), który w swej „Rozprawie o metodzie dobrego kierowania swoim rozumem i poszukiwania prawdy w naukach” wyrażając swój racjonalny, a zarazem optymistyczny pogląd, pisał: „Rozsądek jest rzeczą najsprawiedliwiej rozdzieloną na świecie: każdy bowiem mniema, iż jest weń tak dobrze zaopatrzony, że nawet ci, których najtrudniej zadowolić w innych sprawach, nie zwykli pożądać go więcej niż go posiadają. Nie jest prawdopodobne, by wszyscy popełniali co do tego błąd; świadczy to raczej o tym, iż zdolność poprawnego sądzenia i odróżniania prawdy od fałszu, którą właśnie

nazywamy rozsądkiem lub rozumem, jest z natury swej jednakowa u wszystkich ludzi. Tak więc różnorodność naszych mniemań nie pochodzi stąd, aby jedni byli rozumniejsi od innych, a stąd tylko, że prowadzimy myśli nasze rozmaitymi drogami, a także, że nie bierzemy pod rozwagę tych samych przedmiotów. Albowiem nie dość jest mieć umysł zdatny, najważniejszym jest to, aby go używać właściwie”.

PIŚMIENNICTWO

1. Bogusz M.: Opiniowanie o nietrzeźwości – błędy, pokusy i pułapki, Arch. Med. Sąd. i Krym. 1985, 35, 122–128. – 2. Descartes Rene: Rozprawa o metodzie, PWN, 1988. – 3. Gubała W.: Toksykologia Alkoholu, wyd. Instytut Ekspertyz Sądowych, 1997. – 4. Jaegermann K.: Stan nietrzeźwości (Geneza i dzieje pojęcia w Polsce), wyd. Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy w Katowicach, 1987. – 5. Jaegermann K.: Tzw. rachunek retrospektywny jako dowód w sprawie, Arch. Med. Sąd. 1978, 28, 37–40. – 6. Jaegermann K.: Opiniowanie sądowo – lekarskie (Eseje o teorii), Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa, 1991. – 7. Jakliński A., Nasiłowski W., Markiewicz J.: Zarys sądowo-lekarskiej toksykologii alkoholu etylowego, PZWL, 1978. – 8. Marek Z. Plac – Bobula E.: Klasyfikacja błędu medycznego, Arch. Med. Sąd. i Krym. 1994, 44, 197 – 201. – 9. Seńczuk W, Toksykologia, PZWN, 1995. – 10. Archiwum Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie. Archiwum Instytutu Ekspertyz Sądowych im. Prof. dra J. Sehna w Krakowie.

Adres pierwszego autora:
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie
31-531 Kraków
ul. Grzegorzeczka 16