

Wojciech Gubała

Nowelizacja ustawy o wychowaniu w trzeźwości według oceny biegłego alkoholologa

Palestra 37/5-6(425-426), 35-38

1993

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Nowelizacja ustawy o wychowaniu w trzeźwości według oceny biegłego alkoholologa

Według obecnego brzmienia art. 46 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. *O wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* ze zmianami wprowadzonymi postanowieniem art. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 1991 r. *O zmianie ustawy – Prawo o ruchu drogowym* – stan po użyciu alkoholu (ust. 2 art. 46) oraz stan nietrzeźwości (ust. 3 art. 46) zachodzą „gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do wystąpienia jego stężenia we krwi odpowiednio od 0,2‰ lub powyżej 0,5‰ albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg albo 0,25 mg w z dm³”.

Ujęcie zagadnienia w opisany sposób wskazuje jednoznacznie, że obie sytuacje występują już w chwili wprowadzenia do organizmu człowieka alkoholu w ilościach powodujących przekroczenie podanych wyżej wartości stężeń. Sprowadza się to praktycznie do interpretacji, że trzeźwym można nazwać tylko człowieka, który w określonym czasie przed podjęciem czynności prowadzenia pojazdu nie spożywał napoju alkoholowego. Należy zaznaczyć, że zajęcie takiego stanowiska przez ustawodawcę znajduje uzasadnienie w obecnym stanie wiedzy z zakresu toksykologii alkoholu. **Coraz częściej podkreśla się depresyjne działanie małych dawek alkoholu na sprawność kierowcy.** Szczególnie negatywny wpływ ujawnia się

w tzw. trudnych warunkach jazdy, np. o zmroku, przy zamgleniu, słabym oświetleniu, w przypadkach przemęczenia, interakcji z lekami itp. Praktyka dowodzi, że **stosunkowo często dochodzi do wypadku w czasie nie zakończonej jeszcze całkowicie resorpcji alkoholu z przewodu pokarmowego.** To niejako „uderzeniowe” oddziaływanie alkoholu w pierwszym okresie po spożyciu może być i jest często niebezpieczne. **Spożywając alkohol przed podjęciem jazdy lub w trakcie jej trwania, kierowca świadomie godzi się na ryzyko obniżenia swej sprawności psychomotorycznej, której skutkiem może być wypadek.** Wynikiem zbiegu okoliczności lub przypadku jest, że do katastrofy dochodzi w 15 minut, w godzinę czy też w kilka godzin po konsumpcji alkoholu.

Z medyczno-sądowego punktu widzenia stężenie alkoholu we krwi wyrażone w promille jest tylko elementem pomocniczym do oceny stanu nietrzeźwości. Skutki oddziaływania alkoholu przy tym samym stężeniu we krwi są u różnych osób bardzo silnie zróżnicowane, a nawet w zależności od aktualnej kondycji psychofizycznej, wahań rytmu okołodobowego i wielu innych czynników są u tego samego człowieka zmienne. Jeżeli wypadek wydarzył się w okresie wchłaniania się alkoholu z przewodu pokarmowego do krwiobiegu, stężenie alkoholu w pobranej

próbie krwi może być wyższe, niższe lub w szczególnym przypadku nawet równe stężeniu alkoholu we krwi badanego w chwili zdarzenia. W fazie wchłaniania nie ma możliwości określenia ilościowego, nawet w sposób przybliżony, stężenia alkoholu we krwi w wybranym czasie. Proces ten zależny jest od wpływu wielu czynników zewnętrznych, takich jak np. wypełnienie żołądka pokarmami, ilości i mocy napoju alkoholowego oraz czynników osobniczych, których nie można jednoznacznie określić. Stosowanie zatem jakichkolwiek teoretycznych rozważań lub obliczeń jest niedopuszczalne.

Wprawdzie w światowej literaturze fachowej spotyka się informacje o próbach określenia stężeń alkoholu w fazie wchłaniania, jednakże wnioski w tym zakresie wypływają z badań eksperymentalnych i formułowane są z dużą ostrożnością w kategoriach prawdopodobieństwa.

Z powyższych względów należy zaniechać przeprowadzania tzw. obliczeń retrospektywnych oraz prospektywnych. Na podstawie tych pierwszych, stosując ekstrapolację wartości stężenia alkoholu we krwi uzyskanej w trakcie badania po wypadku, określa się jego wysokość w chwili zdarzenia. W drugim przypadku z informacji o konsumpcji alkoholu przez podejrzanego przed wypadkiem (czas, rodzaj napoju, ilość) oblicza się teoretyczne stężenie w chwili zdarzenia. **Ze względu na wartość orientacyjną tych obliczeń powinny być one stosowane jedynie w celach weryfikacyjnych zeznań w korelacji z uzyskanym wynikiem analizy krwi.**

W przypadku konsumpcji alkoholu

przez kierującego bezpośrednio przed zdarzeniem nie ma możliwości stwierdzenia, czy stężenie alkoholu w jego krwi w krytycznym momencie przekroczyło obowiązujące wartości progowe ze względu na fazę wchłaniania. Problem ten rozwiązuje omawiana nowelizacja ustawy przez wprowadzenie znamienia „prowadzi do”. Jednakże należy podkreślić, że uchwalona ustawa w żadnym przypadku nie może być swoistą zachętą dla biegłych do przeprowadzania obliczeń prospektywnych. **Ustawa pozwala na uznanie stężenia alkoholu zmierzonego we krwi lub powietrzu wydychanym przez badanego w krótkim odstępie czasu od zaistnienia wypadku, jako odpowiadającego stężeniu w chwili zdarzenia.** Bowiem w świetle ustawy 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 konsumpcja alkoholu miała miejsce od kilku minut do około 1,5–2 godz. przed zdarzeniem, a zatem wypadek zaistniał jeszcze w okresie fazy wchłaniania alkoholu z przewodu pokarmowego do krwiobiegu.

Kolejnym *novum* w omawianej ustawie jest zapis, że **stan po użyciu alkoholu zachodzi począwszy od stężenia 0,2‰ we krwi lub 0,1 mg/dm³ powietrza wydychanego**, podczas gdy ustawa z 1982 r. mówiła o wartościach powyżej 0,2‰.

Obecne brzmienie znajduje uzasadnienie w stanie techniki laboratoryjnej. Uczestnicy Krajowej Konferencji Alkoholologów (Instytut Ekspertyz Sądowych, Kraków 15/16.12.1992 r.) przyję-

li, że błąd laboratoryjny nie może przekraczać wartości 0,09 ‰. Możliwość wystąpienia błędu laboratoryjnego w wyżej wymienionym zakresie determinuje sposób podawania wyniku analizy z dokładnością do jednej dziesiątej promille, poprzez odrzucenie dalszych wartości. A zatem podany wynik 0,2 ‰ dotyczy wartości analitycznych w zakresie od 0,20 ‰ do 0,29 ‰.

Taki sposób podawania wyników zapewnia, nawet przy analizie niespecyficzną metodą Widmarka, uniknięcie ewentualnej omyłki polegającej na przyjęciu podniesionej wartości redakcyjnej jako stężenia alkoholu powyżej 0,2 ‰, a nie będącego efektem jego konsumpcji.

Celem uniknięcia różnych interpretacji, proponuje się wprowadzenie tych samych zasad przy podawaniu wyniku uzyskanego za pomocą analizatorów powietrza wydychanego na zawartość alkoholu. Prowadzone przez Instytut Ekspertyz Sądowych badania atestacyjne analizatorów stosowanych w kraju wykazały, że błąd pomiaru nie przekracza wartości $\pm 0,5\%$ i w związku z tym podawany był dotychczas według zasad arytmetycznych z dokładnością do pierwszego miejsca dziesiątego po zaokrągleniu. Należy jednak zaznaczyć, że wynik analizy podany w proponowany sposób jest zawsze korzystniejszy dla badanego.

Omawiając zagadnienie związane z analizą powietrza wydychanego, należałoby zastanowić się nad interpretacją *Uchwały* Pełnego Składu Izby Karnej z dnia 15 lutego 1989 r., w której przyjęto, że: „Zawartość alkoholu we krwi może być ustalona zarówno analizą chemiczną, jak i innymi sprawdzo-

nymi metodami, np. analizą stężenia alkoholu w wydychanym powietrzu urządzeniem Alcomat lub innym o podobnym działaniu”.

Taki sposób ujęcia zagadnienia sugeruje, że każdy wynik, uzyskany za pomocą urządzenia mierzącego w sposób ilościowy zawartość alkoholu we krwi w następstwie pomiaru jego stężenia w powietrzu wydychanym, ma odpowiednio wysoką wartość dowodową.

Badania przeprowadzone w Instytucie Ekspertyz Sądowych wskazują na konieczność odrębnego sklasyfikowania aparatów mierzących spektrofotometrycznie w podczerwieni stężenie alkoholu (Alcomat, Alcotest-7110) od podręcznych aparatów (Alcotest-7410, Alert). Techniczne i elektroniczne wyposażenie Alcomatu lub Alcotestu-7110 zapewnia pomiar zawartości etanolu w powietrzu wydychanym pochodzącym z pęcherzyków płucnych, a zatem w konsekwencji aparaty te podają najbardziej zbliżoną wartość stężenia alkoholu we krwi badanego. Poza tym ich cechy konstrukcyjne wykluczają możliwość uznania alkoholu zalegającego w ustach (tzw. resztkowego) za pochodzący z pęcherzyków płucnych. W efekcie uzyskujemy przy użyciu Alcomatu względnie Alcotestu-7110 bardzo wysoką korelację wyników ze stężeniem alkoholu zawartym w pobranych równolegle próbkach krwi, zwłaszcza w fazie jego eliminacji z ustroju. Podręczne analizatory Alcotest-7410 i Alert charakteryzują się uproszczonymi rozwiązaniami konstrukcyjnymi w stosunku do Alcomatu względnie Alcotestu-7110. Fakt ten powoduje, że jedynie w określonych warunkach pomiaru, odnoszących się do fazy elimi-

nacji z ustroju, przy jednoczesnym wykluczeniu obecności w ustach tzw. alkoholu zalegającego, względnie wpływu „odbicia”, obserwujemy zgodność wyników ze stężeniem alkoholu w równoległe pobranych próbach krwi. Ponadto warunkiem koniecznym do prawidłowej oceny wyników badań wskazane jest dwukrotne przeprowadzenie pomiarów w odstępie co najmniej 15 minut. Dotyczy to zarówno podręcznych analizatorów jak i Alcomatu lub Alcotestu-7110.

Wśród podręcznych analizatorów powietrza wydychanego należy także wyodrębnić oddzielne grupy. Podział wynika z rodzaju zastosowanych w urządzeniach czynników (detektorów) do pomiaru alkoholu. Alcotest-7410 jest wyposażony w elektrodę, na której następuje utlenienie par alkoholu, natomiast Alert – w odpowiedni półprzewodnik. Aparatem o lepszych parametrach jest bez wątpienia Alcotest-7410 ze względu na znaczną specyficzność wobec par alkoholu.

Badania przeprowadzone w Instytucie Ekspertyz Sądowych nad możliwością wykorzystania tych aparatów do kontroli trzeźwości wskazują na dużą przydatność dla wstępnej oceny. Uzyskana wartość zerowa pomiaru nie wymaga dalszej weryfikacji. Nie stwierdzono bowiem, aby omawiane urządzenia rejestrowały w parach powietrza wydychanego obecność alkoholu w przypadku, kiedy nie został on wprowadzony do organizmu. Natomiast w sytuacji otrzymania wyniku dodatniego przy użyciu aparatu Alert należy go bezwzględnie potwierdzić badaniem za pomocą urządzeń typu Alcomat lub Alcomest-7110, względnie

przez bezpośrednią analizę pobranej próby krwi. Wymóg ten wynika z zastosowania rozwiązań konstrukcyjnych. Przy spełnieniu pewnych warunków, wcześniej opisanych, uzyskana wartość liczbowa pomiaru odpowiada stężeniu alkoholu we krwi. Jednakże, jak uczy praktyka, nie można wykluczyć wpływu na wynik badania obecności alkoholu zalegającego w jamie ustnej, a pochodzącego z konsumpcji alkoholu, zażycia leków w postaci kropli sporządzonych na bazie alkoholu, względnie użycia aerozolowych doustnych preparatów kosmetycznych zawierających w swym składzie alkohol. Dotyczy to opisanych czynności, które miały miejsce na kilka minut przed wykonaniem pomiaru. Ponadto nie bez znaczenia pozostaje możliwość wystąpienia u badanego tzw. „odbicia”, czyli napływu gazów z żołądka do jamy ustnej. Podręczne analizatory, w przeciwieństwie do aparatów typu Alcomat mogą zarejestrować ten fakt jako znaczne stężenie alkoholu nie odpowiadające jego rzeczywistej zawartości we krwi.

Odpowiednia jednakże instrukcja użycia aparatu Alcotest-7410 pozwala na wyeliminowanie opisanych czynników wpływających na wiarygodność pomiaru. W tym celu konieczne jest przeprowadzenie co najmniej dwukrotnego badania w odstępie czasu nie mniejszym niż 15 min. Trzecie badanie należy wykonać w przypadku uzyskania znacznych rozbieżności w wartościach z poprzednich pomiarów. Opisany sposób postępowania zapewnia uzyskanie wyników adekwatnych do stężenia alkoholu we krwi lub jego zawartości w pęcherzykach płucnych.