

2026 / tom 1 / nr 5
2026 / volume 1 / number 5
ISSN 2956-7629

Medicine & Law in Practice

Tytuł czasopisma...



Instytut
Ekspertyz
Medycznych
w Łodzi



Redaktor Naczelny (Editor-In-Chief):

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Warzocha

Redaktorzy Działów (Selection Editors):

1. Dział Prawa Medycznego – mgr Wojciech Wiszowaty
2. Dział Toksykologii Sądowej i Regulacyjnej – dr hab. n. med. i n. o zdr. Kamil Jurowski – prof. IEM
3. Dział Błędów Medycznych – prof. dr hab. n. med. Janusz Strzelczyk – prof. IEM
4. Dział Traumatologii Sądowo-Lekarskiej – dr n. med. Katarzyna Krekora

Sekretarz Redakcji (Editorial Secretary):

mgr Agnieszka Feliniak

Adres Redakcji:

Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi
ul. Aleksandrowska 67/93
91-205 Łódź

Wydawca:

Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi
ul. Aleksandrowska 67/93
91-205 Łódź

Druk:

Visuall Sp. z o.o.
ul. Świerkowa 23
83-010 Rotmanka
www.visuall.pl

2026 / tom 1 / nr 5

2026 / volume 1 / number 5

ISSN 2956-7629

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY



IEM

Spis treści

Contents

Słowo wstępne <i>Preface</i>	7
Problematyka alternatywnych i nietypowych materiałów dowodowych w toksykologii sądowej i regulacyjnej – wybrane zagadnienia <i>Issues concerning alternative and unusual evidentiary materials in forensic and regulatory toxicology – selected topics</i>	9
Instytucje opiniujące w procedurze karnej i cywilnej <i>de lege lata i lege ferenda</i> <i>Consultative institutions in criminal and civil procedures – current and future legal state</i>	21
THC – rachunek retrospektywny <i>THC – retrospective calculation</i>	35
Sporządzenie testamentu ustnego, a obawa rychłej śmierci – opisy przypadków oraz aspekty prawno – procesowe <i>Oral testament in condition of fear of imminent death - case reports, legal and procedural aspects</i>	43
Współczesne poglądy na uraz typu smagnięcia biczem w kontekście sądowolekarskich opinii urazowo-ortopedycznych <i>Contemporary views on whiplash injuries in the context of forensic and orthopedic trauma opinions</i>	59
Artrofibroza stawu kolanowego w opiniach sądowo-lekarskich <i>Arthrofibrosis of the knee joint in forensic medical opinions</i>	69
Konopie medyczne w opiniowaniu sądowo-toksykologicznym – wybrane problemy interpretacyjne i analityczne <i>Medical cannabis in forensic toxicological opinion-making – selected interpretative and analytical issues</i>	77
Odpowiedzialność zawodowa osób wykonujących zawody wskazane w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych [1] - uwagi wstępne <i>Professional liability of individuals practicing professions specified in the Act of 17 August 2023 on certain medical professions – introductory remarks</i>	89

Słowo wstępne

Preface

Szanowni Państwo,

oddaję na Państwa ręce kolejny zeszyt czasopisma *Medicine & Law in Practice* wydawany przez Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi. Niniejsze wydanie skupia się w większym stopniu niż dotychczas, na zagadnieniach związanych z prawem. Wynika to z tej przyczyny, że medycyna i prawo stały się już, nie tylko dla lekarzy, ale także innych osób wykonujących zawody okołomedyczne, naczyniami połączonymi. Nowe podejścia do zagadnień leczniczych czy nietypowe materiały dowodowe pojawiające się np. w toksykologii ale przede wszystkim rosnąca świadomość praw pacjenta sprawiły, że lekarz jest już nie tylko osobą ratującą życie, ale jest również podmiotem praw i obowiązków w skomplikowanej rzeczywistości prawnej. Ma to niewspółmierny wpływ na praktykę opiniodawczą m.in. w sprawach błędów lekarskich.

Zagłębiając się w lekturę niniejszego wydania Czytelnik będzie mógł poznać zagadnienia nie tylko z zakresu toksykologii sądowej i regulacyjnej w aspekcie materiału dowodowego, ale także z zakresu samych procesów leczenia urazów kręgosłupa szyjnego w kontekście odszkodowania czy powikłań samoistnych w stawie kolanowym. Nie można też nie wspomnieć o artykule dotyczącym ocen stanów świadomości testatorów przy uwzględnieniu ich formy zdrowotnej, które to mają bezpośredni wpływ na ważności samego testamentu. Opisane są w nim sytuacje, które mogą dotknąć w przyszłości każdego z Czytelników.

Mam głęboką nadzieję, że artykuły z niniejszego wydania, dadzą asumpt Czytelnikom do dalszego zgłębiania poruszanych w nich problemów i zagadnieniach oraz będą przydatne w pracy zawodowej.

Z poważaniem,

Reaktor naczelny
Krzysztof Warzocha

Damian Kobylarz¹
Maciej Noga¹
Łukasz Niżnik¹
Kamil Jurowski¹

Problematyka alternatywnych i nietypowych materiałów dowodowych w toksykologii sądowej i regulacyjnej – wybrane zagadnienia

*Issues concerning alternative and unusual evidentiary materials in forensic
and regulatory toxicology – selected topics*

¹ Zakład Toksykologii Regulacyjnej i Sądowej, Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi

STRESZCZENIE:

Alternatywne i nietypowe materiały dowodowe w toksykologii sądowej i regulacyjnej obejmują zarówno alternatywne matryce biologiczne, jak i materiały niebiologiczne oraz obiekty badawcze, które nie należą do rutynowo analizowanych próbek albo wymagają niestandardowego postępowania analitycznego, interpretacyjnego lub walidacyjnego. Ich znaczenie systematycznie rośnie, co wiąże się z pojawianiem się nowych substancji psychoaktywnych, złożonych scenariuszy narażenia oraz nowych typów produktów konsumenckich, a także z potrzebami opiniowania w sprawach trudnych i spornych, w których klasyczne materiały biologiczne okazują się niewystarczające, niedostępne lub interpretacyjnie ograniczone. Do materiałów tych należą między innymi włosy, tkanki narządowe, kości, produkty farmaceutyczne, kosmetyki oraz inne wyroby konsumenckie. W pracy omówiono główne grupy nietypowych materiałów dowodowych, rolę nowoczesnych narzędzi analitycznych, znaczenie etapu przed analitycznego oraz potencjał metod *in silico* w przypadku braku możliwości przeprowadzenia badań eksperymentalnych.

Przedstawiono również wybrane kierunki badawcze dotyczące analizy włosów, tkanki mózgowej, oznaczania metali ciężkich w nietypowych matrycach biologicznych, analizy

profilu pierwiastkowych produktów farmaceutycznych oraz kosmetyków i podejścia NGRA. Wykorzystanie tych rozwiązań w praktyce opiniodawczej wymaga nie tylko rozwoju technik instrumentalnych, lecz również standaryzacji procedur, odpowiedniej walidacji oraz dostosowania metod do rygorystycznych wymogów dowodowych.

Słowa kluczowe:

toksykologia sądowa, toksykologia regulacyjna, alternatywne matryce biologiczne, nietypowe materiały dowodowe, włosy, tkanka mózgowa, pXRF, MSI, NGRA

ABSTRACT:

Alternative and atypical evidentiary materials in forensic and regulatory toxicology include both alternative biological matrices and non-biological materials or study objects that do not belong to routinely analyzed samples or require non-standard analytical, interpretative, or validation procedures. Their importance is steadily increasing, which is associated with the emergence of new psychoactive substances, complex exposure scenarios, and new types of consumer products, as well as with the needs of issuing opinions in difficult and disputed cases in which classical biological materials prove insufficient, unavailable, or limited in interpretative value. These materials include, among others, hair, organ tissues, bones, pharmaceutical products, cosmetics, as well as other consumer products. The paper discusses the main groups of atypical evidentiary materials, the role of modern analytical tools, the importance of the pre-analytical stage, and the potential of in silico methods in cases where it is not possible to conduct experimental studies.

Selected research directions are also presented, including the analysis of hair, brain tissue, the determination of heavy metals in atypical biological matrices, the analysis of elemental profiles of pharmaceutical products and cosmetics, and the NGRA approach. The application of these solutions in expert practice requires not only the development of instrumental techniques, but also the standardization of procedures, appropriate validation, and the adaptation of methods to stringent evidentiary requirements.

Keywords:

forensic toxicology, regulatory toxicology, alternative biological matrices, atypical evidentiary materials, hair, brain tissue, pXRF, MSI, NGRA

Wprowadzenie

W klasycznym ujęciu toksykologii sądowej i regulacyjnej podstawę opiniowania stanowią najczęściej krew, mocz oraz zależnie od charakteru sprawy, treść żołądka, narządy wewnętrzne lub standardowo zabezpieczone produkty [1,2]. Coraz częściej jednak praktyka

ekspercka wykracza poza ten schemat. Nietypowe materiały dowodowe można rozumieć jako: matryce biologiczne, konsumenckie, środowiskowe lub mieszane, które nie są objęte rutynowymi algorytmami badawczymi albo których analiza wymaga indywidualnie zaprojektowanego postępowania analitycznego i interpretacyjnego [2,3]. Do grupy tej należą między innymi włosy, kości, tkanka mózgowa, inne tkanki narządowe, produkty farmaceutyczne o nieustalonym pochodzeniu, kosmetyki, wyroby dla dzieci, a także materiały obciążone istotnymi ograniczeniami przed analitycznymi [1,3].

W niniejszej pracy pojęcie alternatywnych i nietypowych materiałów dowodowych stosowane jest jako kategoria zbiorcza. Obejmuje ono zarówno alternatywne matryce biologiczne, takie jak: włosy, kości, tkanka mózgowa i inne tkanki narządowe, jak również materiały nie biologiczne, w tym produkty farmaceutyczne, kosmetyki, suplementy diety, wyroby konsumenckie oraz próbki mieszane, śladowe lub zdegradowane. Wspólną cechą tych materiałów jest to, że mogą mieć znaczenie dla rekonstrukcji narażenia, identyfikacji źródła ekspozycji lub oceny toksykologicznej, ale zwykle wymagają indywidualnie dobrego postępowania analitycznego, interpretacyjnego i walidacyjnego.

Znaczenie takich materiałów rośnie wraz z pojawianiem się nowych substancji psychoaktywnych, złożonych scenariuszy narażenia oraz nowych kategorii produktów mogących stanowić źródło ekspozycji [1,2]. Szczególnego znaczenia nabierają one jednak przede wszystkim w sprawach trudnych, nietypowych i spornych, w których klasyczne materiały biologiczne są niedostępne, pobrane zbyt późno, niewłaściwie zabezpieczone albo nie pozwalają na wiarygodną rekonstrukcję narażenia [1,3]. W takich sytuacjach konieczne staje się sięganie po matryce alternatywne lub pośrednie, a także po narzędzia wspomagające [4,5].

Jednocześnie potrzeby opiniawcze rozwijają się szybciej niż zasób metod powszechnie uznanych i zwalidowanych zgodnie z wymogami postępowania sądowego [2,3]. W praktyce oznacza to konieczność opracowywania rozwiązań dostosowanych do specyfiki konkretnego materiału i problemu dowodowego [3,5]. Celem niniejszej pracy jest uporządkowanie głównych kategorii alternatywnych i nietypowych materiałów dowodowych oraz omówienie najważniejszych problemów analitycznych, interpretacyjnych i wdrożeniowych związanych z ich wykorzystaniem w toksykologii sądowej i regulacyjnej.

Klasyfikacja alternatywnych i nietypowych materiałów dowodowych

Dla uporządkowania problematyki zasadne wydaje się wyróżnienie trzech głównych grup alternatywnych i nietypowych materiałów dowodowych. Pierwszą stanowią nietypowe materiały biologiczne, obejmujące przede wszystkim włosy, mózg, kości oraz inne tkanki narządowe [1,3]. Ich wartość dowodowa wynika z możliwości retrospektywnej rekonstrukcji narażenia, oceny dystrybucji substancji w narządzie docelowym lub oznaczania składników, które w materiałach klasycznych nie są już wykrywalne albo nie poddają się

wiarygodnej interpretacji [6–8]. Drugą grupę tworzą materiały konsumenckie i środowiskowe, takie jak: produkty farmaceutyczne, kosmetyki, suplementy, wyroby dla dzieci i inne obiekty, które mogą stanowić źródło narażenia lub przedmiot identyfikacji w toku postępowania [9,10]. Trzecia grupa obejmuje materiały problematyczne metodologicznie, czyli takie, w których zasadnicze trudności wynikają z ograniczeń etapu przed analitycznego, niejednorodności próbki, śladowego charakteru analitów albo braku odpowiednich materiałów referencyjnych i procedur walidacyjnych [2,5].

W obrębie tej ostatniej grupy istotne miejsce zajmują również dane predykcyjne. Nie zastępują one klasycznego materiału dowodowego, lecz mogą pełnić funkcję wspierającą, pomagając typować metabolity, przewidywać szlaki biotransformacji, wskazywać najbardziej obiecujące cele analityczne albo dostarczać wstępnej charakterystyki toksykologicznej w sytuacji, gdy badania eksperymentalne nie są możliwe lub są istotnie ograniczone [4,11]. Podejście to okazuje się szczególnie przydatne w odniesieniu do nowych substancji psychoaktywnych, matryc trudnych analitycznie oraz przypadków jednostkowych [12,13].

Nowoczesne narzędzia analityczne a wymogi opiniowania sądowego

Rozwój nowoczesnych technik analitycznych istotnie poszerzył możliwości badania nietypowych materiałów dowodowych, jednak ich przydatność w praktyce sądowej musi być oceniana nie tylko przez pryzmat czułości i innowacyjności, lecz przede wszystkim z punktu widzenia wiarygodności dowodowej [1,5]. W ekspertyzie toksykologicznej samo zastosowanie zaawansowanej techniki nie jest wystarczające. Kluczowe znaczenie ma rozróżnienie między metodą podstawową, pełniącą funkcję przesiewową lub rutynową, a metodą potwierdzającą, która zapewnia odpowiedni poziom swoistości, powtarzalności oraz możliwość obrony wyniku w postępowaniu procesowym [1,2]. W przypadku nietypowych materiałów szczególnego znaczenia nabiera zatem integracja różnych metod, a nie opieranie wnioskowania na pojedynczym wyniku instrumentalnym [2,5].

Do technik o szczególnie wysokim potencjale należą metody obrazowania, w tym *mass spectrometry imaging* (MSI), wykorzystywane do przestrzennego odwzorowania rozmieszczenia substancji w tkankach lub we włosie [6,14]. Badania z użyciem MALDI-MSI i podejść pokrewnych wskazują, że możliwe jest uzyskanie bardziej szczegółowej informacji o dystrybucji analitu niż w przypadku klasycznego rozdrabniania materiału i oznaczania całościowego [6,14]. Dotyczy to zwłaszcza włosów, gdzie obrazowanie może wspierać segmentację o bardzo wysokiej rozdzielczości czasowej, a także tkanek, w których istotne jest powiązanie stężenia z lokalizacją narządową [7,14]. Ograniczeniem pozostają jednak koszty, złożoność przygotowania próbek oraz niedostateczna standaryzacja interpretacyjna, co utrudnia rutynowe wdrażanie tych rozwiązań do praktyki opiniodawczej [14].

Większą dostępność w praktyce mają techniki wspierające, takie jak ATR-FTIR, FTIR i Raman, które mogą służyć do szybkiej, nieniszczącej charakterystyki materiału, wstępnej

identyfikacji składu albo selekcji prób do dalszych badań [15,16]. W odniesieniu do zastosowań kryminalistycznych i sądowych ich największą zaletą pozostaje możliwość uzyskania szybkiej informacji chemicznej przy ograniczonym przygotowaniu próbki, jednak wartość dowodowa wyników zależy od jakości biblioteki odniesienia, poprawności walidacji oraz właściwego osadzenia wyniku w szerszym kontekście analitycznym [15,16]. Z kolei pXRF stanowi użyteczne narzędzie przesiewowe w analizie pierwiastkowej, zwłaszcza gdy istotne są szybkość, mobilność aparatury oraz zachowanie integralności próbki [5,17]. W przypadku części nietypowych materiałów biologicznych, szczególnie kości i innych matryc analizowanych pod kątem zawartości pierwiastków śladowych, technika ta nadal wymaga jednak dalszego dopracowania kalibracji, walidacji i zasad interpretacji [17–20]. W konsekwencji należy ją obecnie traktować przede wszystkim jako wsparcie procesów decyzyjnych i etapów wstępnych, a nie jako uniwersalne narzędzie końcowego potwierdzenia dowodu [5,17].

Uzupełnieniem instrumentarium eksperckiego stają się także metody *in silico*, szczególnie przydatne wtedy, gdy brak materiału referencyjnego, a dane o metabolizmie lub toksyczności są ograniczone [4,11]. Narzędzia te mogą wspierać projektowanie analizy, przewidywanie metabolitów i wstępną ocenę znaczenia toksykologicznego, lecz ich status dowodowy pozostaje pomocniczy [11,13]. W realiach sądowych nie mogą one stanowić samodzielnej podstawy kategoriowych wniosków, lecz raczej element szerszej, wieloźródłowej oceny [4,13].

Włosy jako materiał dowodowy

Włosy należą do najlepiej poznanych, a zarazem nadal metodologicznie problematycznych alternatywnych matryc biologicznych w toksykologii sądowej [3,6]. Ich główna wartość dowodowa wynika z długiego okna detekcji oraz możliwości retrospektywnego odtworzenia narażenia na substancje psychoaktywne, leki i inne związki [7,14]. Segmentowa analiza włosa pozwala na rekonstrukcję ekspozycji w przedziale tygodni lub miesięcy, natomiast bardziej zaawansowane podejścia, takie jak mikrosegmentacja i obrazowanie masowe, umożliwiają dalsze zwiększenie rozdzielczości czasowej [7,14]. Z tego względu włosy mają szczególne znaczenie w sprawach dotyczących przewlekłego używania substancji, narażenia powtarzanego, zatruc przewlekłych oraz przypadków, w których klasyczne materiały biologiczne nie są już dostępne [3,7].

Interpretacja wyników uzyskanych z włosów pozostaje jednak złożona. Ograniczenia wynikają z nie w pełni poznanych mechanizmów inkorporacji substancji do włosa, wpływu melaniny, możliwości zanieczyszczenia zewnętrznego, zabiegów kosmetycznych, różnic osobniczych oraz braku pełnej standaryzacji przygotowania i interpretacji próbek [3,14]. Mimo szybkiego rozwoju podejść wykorzystujących MALDI-MSI i mikrosegmentację, w praktyce opiniodawczej nadal istnieje deficyt materiałów referencyjnych oraz

ujednoliconych procedur, które umożliwiałyby szerokie, rutynowe i porównywalne wykorzystanie tej matrycy [7,14]. Oznacza to, że włosy pozostają materiałem o dużej wartości dowodowej, ale wymagającym szczególnej ostrożności interpretacyjnej [6,14].

Tkanka mózgowa jako narząd docelowy

Tkanka mózgowa może mieć dużą wartość dowodową, zwłaszcza jako materiał pozwalający oceniać dystrybucję substancji działających na ośrodkowy układ nerwowy [8,18]. Z punktu widzenia badań pośmiertnych jest to matryca szczególnie interesująca wtedy, gdy celem analizy jest uzupełnienie lub zastąpienie klasycznych materiałów biologicznych oraz lepsze zrozumienie rozmieszczenia substancji w miejscu ich kluczowego działania [8]. W praktyce sądowo-toksykologicznej wykorzystanie mózgu napotyka jednak poważne trudności metodologiczne i interpretacyjne. Do najważniejszych należą redystrybucja pośmiertna, niejednorodność materiału, trudności w przygotowaniu próbki oraz ograniczona dostępność metod zapewniających wiarygodne, zwalidowane i procesowo obronne wyniki dla tej konkretnej matrycy [8,18].

Szczególnie problematyczna pozostaje relacja między stężeniem oznaczonym pośmiertnie a rzeczywistym stężeniem substancji w chwili zgonu. Zjawiska redystrybucji pośmiertnej mogą istotnie zaburzać interpretację, zwłaszcza w przypadku związków o złożonej farmakokinetyce [18]. Dodatkową trudność stanowi regionalna niejednorodność tkanki mózgowej, która może utrudniać porównywanie wyników uzyskiwanych z różnych obszarów anatomicznych [8]. W konsekwencji tkanka mózgowa, mimo swojego dużego potencjału poznawczego i dowodowego, pozostaje przede wszystkim materiałem o wysokiej wartości badawczej, znacznie rzadziej stanowiąc przedmiot rutynowego, standaryzowanego opiniowania [8,18].

Metale ciężkie w nietypowych matrycach biologicznych

Oznaczanie metali ciężkich w alternatywnych matrycach biologicznych, takich jak kości czy wybrane tkanki narządowe, stanowi jeden z najbardziej obiecujących, ale zarazem metodologicznie wymagających kierunków badań [5,17,20]. Szczególne zainteresowanie budzą metody szybkie i nieniszczące, w tym pXRF, które mogą być wykorzystywane do przesiewowej oceny zawartości pierwiastków w materiale ograniczonym ilościowo lub wymagającym zachowania integralności [17,19]. Badania nad zastosowaniem pXRF w analizie kości potwierdzają potencjał tej techniki, ale jednocześnie wskazują na istotne znaczenie geometrii próbki, grubości warstwy korowej, heterogeniczności materiału oraz sposobu kalibracji [17–20].

W odniesieniu do matryc, takich jak kość czy tkanki narządowe, nadal brakuje jednak ugruntowanych procedur analitycznych pozwalających na ich pełne wykorzystanie

w praktyce opiniodawczej [5,20]. Ograniczenia te dobrze ilustrują rozbieżność między potencjałem badawczym a stopniem praktycznego wdrożenia tych metod. Z tego względu analiza metali ciężkich w nietypowych matrycach biologicznych powinna być obecnie traktowana jako kierunek perspektywiczny, lecz nadal wymagający dalszej standaryzacji, walidacji oraz budowania porównywalnych baz odniesienia [17,19,20].

Pierwiastkowy odcisk palca produktów farmaceutycznych

Coraz większe znaczenie w toksykologii regulacyjnej i sądowej może mieć analiza profili pierwiastkowych produktów farmaceutycznych, zwłaszcza w kontekście oceny autentyczności, porównywania próbek oraz identyfikacji produktów sfałszowanych lub pochodzących z nieustalonego źródła [21,22]. Podejście to opiera się na założeniu, że wielopierwiastkowy profil próbki może dostarczać informacji o jej pochodzeniu, procesie technologicznym, surowcach użytych do wytworzenia albo możliwym zafałszowaniu [21]. W praktyce może to mieć znaczenie przy badaniu preparatów niewiadomego pochodzenia, produktów nieoryginalnych albo wprowadzonych poza oficjalnym łańcuchem dystrybucji [21,22].

Koncepcja *fingerprintingu* analitycznego jest dobrze znana w badaniach nad autentycznością i fałszowaniem produktów leczniczych, natomiast wykorzystanie profili pierwiastkowych do celów dowodowych nadal wymaga dalszego ujednoczenia i walidacji [21,22]. W szczególności konieczne jest określenie zakresu zmienności między seriami, producentami i typami produktów oraz wypracowanie zasad interpretacji zgodnych z wymaganiami dowodowymi [22]. Na obecnym etapie podejście to należy traktować przede wszystkim jako metodę wspierającą klasyczne postępowanie analityczne, a nie jako samodzielny standard opiniodawczy [21,22].

Produkty kosmetyczne, produkty konsumenckie i podejście NGRA

Odrębną kategorię nietypowych, nie biologicznych materiałów dowodowych, stanowią produkty kosmetyczne i szerzej rozumiane produkty konsumenckie. [9,10]. W ich przypadku materiałem dowodowym może być zarówno sam produkt jako potencjalne źródło narażenia, jak i wynik jego analizy chemicznej służący ocenie bezpieczeństwa, zgodności składu lub możliwego związku z działaniem niepożądanym [9,23]. W tym obszarze coraz większe znaczenie zyskuje podejście NGRA (next generation risk assessment), oparte na integracji danych *in vitro*, *in chemico*, *in silico* oraz danych ekspozycyjnych [9,10,23]. Rozwiązanie to rozwijane jest przede wszystkim na potrzeby oceny bezpieczeństwa produktów kosmetycznych, jednak może również wspierać analizę przypadków, w których konieczne jest powiązanie składu produktu z prawdopodobnym scenariuszem narażenia i oceną jego znaczenia toksykologicznego [10,23]. W praktyce te strategie pozostają

nieocenione w ocenie narażenia, a co za tym idzie umożliwiają uzyskać wiele informacji, których nie da się uzyskać z samej klasycznej analizy toksykologicznej.

W przypadku wyrobów konsumenckich problemem nie jest wyłącznie sama analiza składu, lecz także brak procedur projektowanych z myślą o potrzebach organów ścigania i opiniowania sądowego [9,10]. Z perspektywy regulacyjnej i dowodowej istotne staje się więc opracowywanie metod, które łączyłyby szybkość przesiewu, odpowiednią swoistość potwierdzenia oraz możliwość odniesienia wyniku do rzeczywistego scenariusza narażenia [10,23].

Znaczenie etapu przedanalizy

W odniesieniu do alternatywnych i nietypowych materiałów dowodowych etap przedanalizy ma znaczenie fundamentalne [1,2]. Sposób pobrania, opisanie, zabezpieczenie, transportu i przechowywania próbki może w praktyce przesądzać o jej późniejszej wartości dowodowej [1,3]. Dotyczy to szczególnie materiałów mało stabilnych, śladowych, niejednorodnych albo podatnych na kontaminację i degradację [2,3]. W przypadku włosów kluczowe znaczenie mają zasady pobrania i oznaczenia orientacji próbki, w przypadku tkanek pośmiertnych czas pobrania, lokalizacja anatomiczna i warunki przechowywania, natomiast w przypadku produktów istotne jest zachowanie łańcucha zabezpieczenia oraz integralności opakowania i zawartości [14,18].

Brak ujednoliconych standardów przedanalizy dla wielu alternatywnych i nietypowych materiałów dowodowych pozostaje jednym z najpoważniejszych ograniczeń ich wdrażania do praktyki sądowej [1,2]. Problem ten nie ma wyłącznie charakteru technicznego, lecz bezpośrednio wpływa na moc dowodową wyniku. Nawet bardzo zaawansowana aparatura nie jest w stanie skompensować błędów popełnionych na etapie pobrania lub zabezpieczenia materiału [2,5]. Z tego względu rozwój metod dla nietypowych matryc powinien obejmować nie tylko etap oznaczania, ale cały łańcuch postępowania z próbką [1,2].

Rola metod *in silico*

Metody *in silico* zajmują coraz ważniejsze miejsce jako narzędzia wspierające w toksykologii regulacyjnej i sądowej [4,12]. Ich znaczenie szczególnie rośnie wtedy, gdy materiał dowodowy jest ograniczony, badany związek jest nowy, a dane eksperymentalne są niedostępne lub bardzo skąpe [4,11]. W takich sytuacjach modele predykcyjne mogą wspomagać przewidywanie metabolitów, typowanie markerów analitycznych, wstępną ocenę ryzyka toksykologicznego oraz projektowanie dalszych badań instrumentalnych [11,12]. Zastosowanie to ma szczególne znaczenie w odniesieniu do nowych substancji psychoaktywnych oraz przypadków, w których klasyczne podejścia eksperymentalne są ograniczone organizacyjnie, czasowo lub materiałowo [12,13].

Status dowodowy takich metod pozostaje jednak ograniczony. Wyników predykcyjnych nie należy utożsamiać z dowodem eksperymentalnym, lecz raczej traktować je jako element wspierający decyzję badawczą i interpretacyjną [4,13]. W praktyce sądowo-toksykologicznej metody *in silico* mogą więc uzupełniać analizę instrumentalną i wspierać interpretację, ale nie powinny stanowić samodzielnej podstawy kategoriycznych wniosków [11,13].

Bariery wdrożeniowe

Główne bariery rozwoju badań nad nietypowymi materiałami dowodowymi mają charakter systemowy [2,5]. Obejmują ograniczony dostęp do wysoko zaawansowanej aparatury, wysokie koszty opracowywania i walidacji metod, trudności w pozyskiwaniu odpowiednich materiałów dowodowych, wymogi prawne związane z ich zabezpieczeniem oraz brak materiałów referencyjnych [1,5]. Trudność nie zawsze polega przy tym na samej możliwości wykonania oznaczenia. Często większym problemem jest brak dostatecznej liczby rzeczywistych, reprezentatywnych i porównywalnych materiałów, które umożliwiłyby pełną walidację i standaryzację procedury dla zastosowań rutynowych [2,3]. Ma to szczególne znaczenie w obszarach dotyczących przypadków rzadkich, jednostkowych lub trudnych do odtworzenia. Znaczenie ma również rozwój zaplecza aparaturowego i realizacja projektów badawczych ukierunkowanych na substancje o wysokim znaczeniu toksykologicznym. Wsparcie tego rodzaju zwiększa możliwości opracowywania nowych metod, nie eliminuje jednak podstawowego problemu, jakim pozostaje ograniczona dostępność rzeczywistych i odpowiednio udokumentowanych materiałów potrzebnych do budowy stabilnych standardów postępowania [5]. W konsekwencji wdrożenia w tym obszarze mają często charakter selektywny i ekspercki, a nie rutynowy [2,5].

Kierunki rozwoju

Do najważniejszych kierunków rozwoju należy zaliczyć dalsze doskonalenie technik obrazowania multimodalnego, integrację metod przesiewowych i potwierdzających, rozwój strategii łączących analizę klasyczną z profilowaniem pierwiastkowym oraz coraz bardziej świadome wykorzystanie metod *in silico* [5,11]. Szczególnie obiecujące wydaje się łączenie danych przestrzennych, ilościowych i predykcyjnych w spójny model interpretacyjny, dostosowany do specyfiki konkretnego materiału dowodowego [7,14].

Równocześnie konieczna jest dalsza standaryzacja procedur, uwzględniająca nie tylko parametry analityczne, lecz także wymagania opiniowania sądowego, takie jak identyfikowalność materiału, odtwarzalność wyniku, jednoznaczność interpretacji oraz możliwość obrony zastosowanej metody [1,2]. W przypadku części nietypowych materiałów ich pełne wykorzystanie w praktyce rutynowej może jednak pozostawać nieosiągalne, ponieważ dotyczą one z natury przypadków jednostkowych, wymagających indywidualnego podejścia

[2,3]. Napięcie między potrzebą standaryzacji a niepowtarzalnością case studies pozostaje jedną z głównych cech tej dziedziny [2,5].

Znaczenie dla praktyki wymiaru sprawiedliwości

Z perspektywy wymiaru sprawiedliwości zasadnicze znaczenie ma to, że alternatywne oraz nietypowe materiały dowodowe mogą w wielu sprawach stanowić cenne, a niekiedy jedyne dostępne źródło informacji o narażeniu na substancje toksyczne lub psychoaktywne, jednak ich wartość procesowa zależy od prawidłowego zabezpieczenia, właściwego doboru metod analitycznych oraz ostrożnej interpretacji uzyskanych wyników. W praktyce oznacza to, że organy procesowe powinny zwracać szczególną uwagę na etap przedanalityczny, sposób pobrania i przechowywania materiału, a także na zakres walidacji zastosowanej metody. Dla biegłych i sądów istotne jest również to, że nowoczesne techniki analityczne oraz metody *in silico* mogą wspierać rekonstrukcję zdarzenia i ocenę toksykologiczną, lecz nie w każdym przypadku pozwalają na formułowanie kategoriowych wniosków. W konsekwencji, ocena takich dowodów powinna mieć charakter indywidualny, z uwzględnieniem ograniczeń konkretnej matrycy, jakości materiału oraz rzeczywistej siły dowodowej uzyskanego wyniku.

Szczególnie istotne jest rozróżnienie między samym wykryciem substancji a możliwością przypisania jej znaczenia toksykologicznego lub sprawczego. W przypadku alternatywnych matryc biologicznych wynik dodatni może potwierdzać kontakt z substancją, lecz nie zawsze pozwala na ocenę dawki, czasu przyjęcia, stopnia upośledzenia psychofizycznego albo bezpośredniego związku przyczynowego ze zgonem lub objawami klinicznymi. Z tego względu w opiniowaniu sądowym należy unikać automatycznego utożsamiania obecności analitu z zatruciem, intoksykacją lub odpowiedzialnością przyczynową.

Podsumowanie

Alternatywne i nietypowe materiały dowodowe stanowią jeden z ważnych kierunków rozwoju współczesnej toksykologii sądowej i regulacyjnej. Ich znaczenie wynika przede wszystkim z rosnącej liczby spraw, w których klasyczne materiały biologiczne nie pozwalają na udzielenie odpowiedzi wystarczającej z punktu widzenia potrzeb postępowania. Materiały takie jak włosy, tkanka mózgową, kości, produkty farmaceutyczne, kosmetyki oraz inne złożone matryce konsumenckie otwierają nowe możliwości badawcze i opiniodawcze, jednak ich wykorzystanie wymaga dużej ostrożności metodologicznej i interpretacyjnej. Rozwój technologiczny, obejmujący między innymi MSI, pXRF, FTIR/Raman oraz narzędzia *in silico*, istotnie poszerza zakres możliwych analiz, ale nie eliminuje problemów związanych z walidacją, standaryzacją i procesową obroną wyniku. Najpoważniejsze ograniczenia mają obecnie charakter systemowy i obejmują zarówno ograniczenia aparaturowe

i finansowe, jak i niedostateczną dostępność materiałów referencyjnych oraz rzeczywistych próbek niezbędnych do budowy procedur rutynowych. W praktyce część tego rodzaju spraw prawdopodobnie pozostanie obszarem ekspertyzy autorskiej, opartej na rozwiązaniach dostosowanych do specyfiki konkretnego przypadku. Rozwój tej dziedziny będzie zatem przebiegał na styku potrzeby standaryzacji i konieczności zachowania elastycznego, podejścia case-by-case.

Piśmiennictwo:

- Musshoff F., Madea B. Review of biologic matrices for drug analysis in forensic toxicology. *Forensic Sci Int.* 2007;165(2–3):199–211. [dostęp: 11.05.2026].
- Cerveira C., de Campos E.G., do Nascimento MSL, et al. Alternative matrices in forensic toxicology: a critical review. *Forensic Toxicol.* 2022;40:1–44. [dostęp: 11.05.2026].
- Usman M., Naseer A.C., Baig Y., et al. Forensic toxicological analysis of hair: a review. *Egypt J Forensic Sci.* 2019;9:17. [dostęp: 11.05.2026].
- Boyce M., Favela K.A., Westenberger B.J., et al. Identifying xenobiotic metabolites with *in silico* prediction tools and LCMS suspect screening analysis. *Front Toxicol.* 2023;5:1051483. [dostęp: 11.05.2026].
- Kobylarz D., Michalska A., Jurowski K. Field portable X-ray fluorescence (FP-XRF) as powerful, rapid, non-destructive and “white analytical tool” for forensic sciences – state of the art. *TrAC Trends Anal Chem.* 2023;169:117355. [dostęp: 11.05.2026].
- Kuwayama K. History of hair analysis by mass spectrometry imaging. *J Biosci Bioeng.* 2022;133(2):89–97. [dostęp: 11.05.2026].
- Kuwayama K., Miyaguchi H., Kanamori T., et al. Micro-segmental hair analysis: detailed procedures and applications in forensic toxicology. *Forensic Toxicol.* 2022;40:215–233. [dostęp: 11.05.2026].
- Hansen S.L., Linnet K., Banner J. Suitability of cardiac blood, brain tissue, and muscle tissue as alternative matrices for toxicological evaluation in postmortem cases. *Drug Test Anal.* 2023;15(5):529–538. [dostęp: 11.05.2026].
- Dent M., Amaral R.T., Da Silva P.A., et al. Development of a next generation risk assessment framework for the evaluation of skin sensitisation of cosmetic ingredients. *Regul Toxicol Pharmacol.* 2020;116:104721. [dostęp: 11.05.2026].
- Baltazar M.T., Cable S., Carmichael P.L., et al. Paving the way for application of next generation risk assessment to safety decision-making for cosmetic ingredients. *Regul Toxicol Pharmacol.* 2021;125:105026. [dostęp: 11.05.2026].
- Pelletier R., Nahle D., Sarr M., et al. Identifying metabolites of new psychoactive substances using *in silico* prediction tools. *Arch Toxicol.* 2025;99:2953–2973. [dostęp: 11.05.2026].
- Jurowski K., Niżnik Ł. Toxicity of the new psychoactive substance clephedrone

- (4-CMC): prediction of toxicity using in silico methods for clinical and forensic purposes. *Int J Mol Sci.* 2024;25(11):5867. [dostęp: 11.05.2026].
13. Šoša I., et al. In silico forensic toxicology: is it feasible? *Toxics.* 2025;13(9):790. [dostęp: 11.05.2026].
 14. Kintz P., Salquebre G., Cirimele V. Recent trends in MALDI-MS drugs analysis in human hair: pre-analytical and analytical challenges and pitfalls. *J Anal Toxicol.* 2023;47(5):417–428. [dostęp: 11.05.2026].
 15. Alkhuder K., Keshavarz M., Kyriakos K., et al. Attenuated total reflection-Fourier transform infrared spectroscopy in forensic investigations: a systematic review. *Spectrochim Acta A Mol Biomol Spectrosc.* 2022;279:121424. [dostęp: 11.05.2026].
 16. Butler H.J., Ashton L., Bird B., et al. Using Raman spectroscopy to characterize biological materials. *Nat Protoc.* 2016;11:664–687. [dostęp: 11.05.2026].
 17. Byrnes J.F., Bush P.J.. Practical considerations in trace element analysis of bone by portable X-ray fluorescence. *J Forensic Sci.* 2016;61(4):1041–1045. [dostęp: 11.05.2026].
 18. Abdelaal G.M.M., Hegazy N.I., Etewa R.L., Elmesallamy GEA. Postmortem redistribution of drugs: a literature review. *Forensic Sci Med Pathol.* 2024;20:1483–1490. [dostęp: 11.05.2026].
 19. Nie L.H., Sanchez S., Newton K., et al. In vivo quantification of lead in bone with a portable X-ray fluorescence (XRF) system – methodology and feasibility. *Phys Med Biol.* 2011;56(3):N39–N51. [dostęp: 11.05.2026].
 20. Trignano C., et al. Trace elements in post-mortem tissues: a review of forensic applications. *Toxics.* 2025;13(9):743. [dostęp: 11.05.2026].
 21. Krakowska B., Custers D., Deconinck E., Daszykowski M. Chemometrics and the identification of counterfeit medicines – a review. *J Pharm Biomed Anal.* 2016;127:112–122. [dostęp: 11.05.2026].
 22. Rebiere H., Guinot P., Civade C., Bonnet P.A., Nicolas A. Inorganic analysis of falsified medical products using X-ray fluorescence spectroscopy and chemometrics. *Talanta.* 2019;195:490–496. [dostęp: 11.05.2026].
 23. Ebmeyer J., Najjar A., Lange D., et al. Next generation risk assessment: an ab initio case study to assess the systemic safety of the cosmetic ingredient benzyl salicylate after dermal exposure. *Front Pharmacol.* 2024;15:1345992. [dostęp: 11.05.2026].

Wojciech Wiszowaty¹

Instytucje opiniujące w procedurze karnej i cywilnej *de lege lata* i *de lege ferenda*

Consultative institutions in criminal and civil procedures – current and future legal state

¹ Zakład Prawa Medycznego, Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi

STRESZCZENIE:

Niniejszy artykuł stanowi próbę podsumowania dotychczasowego dorobku doktryny i orzecznictwa w zakresie dowodu z opinii instytutu w procedurach karnej i cywilnej w kontekście zbliżającej się kodyfikacji przepisów o biegłych sądowych.

Słowa kluczowe:
biegły, opinia instytutu

ABSTRACT:

This article summarizes the existing current state of research and case law on institute opinion evidence in criminal and civil procedures in the context of the forthcoming codification of the rules on expert witnesses.

Keywords:
expert witness, institute opinion evidence

W 2024 roku Ministerstwo Sprawiedliwości rozpoczęło prace nad projektem ustawy o biegłych sądowych, która w swoich założeniach ma uporządkować obecny stan przepisów dotyczących tego zagadnienia. Jednym z założeń ustawy ma być wprowadzenie certyfikowanie biegłych oraz „instytucji opiniujących”. W uzasadnieniu projektu wskazano, że dotychczasowe przepisy nie stanowią dostatecznego środka reakcji na: „patologie związane

z funkcjonowaniem pseudo instytucji specjalistycznych”. Projekt ustawy o biegłych sądowych oraz instytucjach opiniujących został skierowany do opiniowania w dniu 3 kwietnia 2026 r. [1].

Termin „instytucje opiniujące” dotychczas był nieznanym procedurom karnej i cywilnej, które *de lege lata* posługują się określeniem instytucji naukowej lub specjalistycznej (art. 193 § 2 Kodeksu postępowania karnego z dnia 6 czerwca 1997 roku [2] - dalej k.p.k.) bądź instytutu naukowego lub naukowo-badawczego (art. 290 § 1 Kodeksu postępowania cywilnego z dnia 17 listopada 1964 roku [3] - dalej k.p.c.). Zapewne to właśnie ta rozbieżność terminologiczna zaowocowała nowym zbiorczym określeniem tych podmiotów przez autorów projektu jako instytucji opiniującej i uściślenia terminologii dotyczącej placówek, które funkcjonują w obu procedurach na niemal jednakowych zasadach.

Pojęcie dowodu z opinii biegłego funkcjonuje zarówno w postępowaniu cywilnym, jak i karnym jako źródło wiedzy eksperckiej, regulacje z obu ustaw procesowych są przy tym w istocie tożsame - jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego albo biegłych (art. 193 § 1 k.p.k.). W wypadkach wymagających wiadomości specjalnych sąd, po wysłuchaniu wniosków stron co do liczby biegłych i ich wyboru, może wezwać jednego lub kilku biegłych w celu zasięgnięcia ich opinii (art. 278 § 1 k.p.c.). W obu procedurach dowód może przybrać postać opinii indywidualnej, opracowanej przez jednego biegłego, łącznej, przygotowanej przez kilku biegłych, a także opinii podmiotu zbiorowego, sporządzonej kolegiąlnie przez przedstawicieli wyznaczonego podmiotu - odpowiednio instytutu naukowego lub naukowo-badawczego czy instytucji naukowej lub specjalistycznej.

Rozwiązania przyjęte w postępowaniu karnym

Procedura karna wskazuje możliwość powierzenia opiniowania dwóm rodzajom podmiotów: instytucji naukowej oraz instytucji specjalistycznej (art. 193 § 2 k.p.k.). Stanowi to niemal dosłowne powtórzenie rozwiązania z poprzedniej kodyfikacji, która przewidywała opinie instytutu naukowego lub naukowo-badawczego albo zakładu specjalistycznego lub powołanej do tego instytucji (art. 176 § 1 Kodeksu postępowania karnego z 1969 r. [4]). Do instytucji naukowej lub specjalistycznej oraz do osób, które biorą udział w wydaniu opinii tej instytucji, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące biegłych art. 193 § 2a k.p.k. Termin „instytucja naukowa” wydaje się być zbliżony do terminu określonego w procedurze cywilnej: „instytut naukowy bądź naukowo-badawczy”.

Wyliczając podmioty spełniające kryterium instytucji naukowej należy wskazać na katalog podmiotów z ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych [5].

W orzecznictwie za podmioty uprawnione do opiniowania w oparciu o art. 193 § 2 k.p.k. uznawano jednostki organizacyjne Akademii Nauk, bądź szkół wyższych albo

jednostki badawczo-rozwojowe, przepisami ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych, której obecnym odpowiednikiem jest ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych. Wprowadzenie do kodeksu instytucji specjalistycznej *expressis verbis* rozszerza katalog podmiotów o jednostki wyspecjalizowane w opiniowaniu, nie zajmujące się badaniami naukowymi, poświęcone wyłącznie czynności opiniowania [6].

Kryteria uznania podmiotu za instytucję specjalistyczną w sposób kompleksowy wskazał J. Widacki [7], który zwrócił uwagę, że taka jednostka powinna:

- posiadać własną wyspecjalizowaną kadrę o potwierdzonych przez organy państwowe kompetencjach w postaci odpowiedniego stopnia lub tytułu naukowego, uprawnień zawodowych itp.,
- wykonywać badania we własnych laboratoriach, które zostały poddane przepisanej prawem procedurze certyfikacyjnej,
- zatrudniać kierownika posiadającego elementarne przygotowanie w zakresie nauk sądowych, aby do wykonania ekspertyzy wyznaczyć spośród pracowników kompetentną osobę.

Przy spełnieniu powyższych kryteriów za jednostkę opiniującą można uznać zarówno podmioty publiczne jak i prywatne, w tym spółki prawa handlowego.

Powyższy pogląd znalazł w pełni aprobatę w praktyce. W uzasadnieniach judykatów można znaleźć w zasadzie jednobrzmiące wnioski dotyczące dopuszczenia do opiniowania instytucji, „w której profilu działalności mieści się wykonywanie ekspertyz, co zostało potwierdzone przez właściwe organy państwowe i jest przez nie na bieżąco nadzorowane. Pozwala to zaliczyć do instytucji specjalistycznych także prywatne podmioty gospodarcze, o ile posiadają własną wyspecjalizowaną kadrę o potwierdzonych przez organy państwowe kompetencjach, wykonują badania we własnych laboratoriach, które zostały poddane procedurze certyfikacji, a kierownik jednostki ma przygotowanie w zakresie nauk sądowych, aby wyznaczyć do wykonania opinii kompetentną osobę” [8].

Próbę rozszerzenia katalogu instytucji opiniujących zawiera uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach w sprawie sygn. II AKa 584/17 [9], gdzie wskazano, że instytucja specjalistyczna może funkcjonować także jako organizacyjnie i technicznie wydzielona komórka innego podmiotu, a specjaliści pracujący na jej rzecz mogą być zaangażowani w dowolny sposób. Decydujące natomiast ma być przez podmiot trudnienie się prowadzeniem badań specjalistycznych, oraz dysponowanie zapleczem technicznym i kadrowym. Przykładem rozszerzenia katalogu jest pogląd Sądu Apelacyjnego w Warszawie wyrażony w postanowieniu z dnia 4 stycznia 2002 r., sygn. II AKz 779/01 uznający Zakład Opieki Zdrowotnej jako instytucję naukową [10].

Zdaniem autora niniejszej pracy ścisłe stosowanie powyższych kryteriów w istocie dyskredytowałyby szereg opinii tego typu podmiotów, albowiem w obecnym stanie prawnym w zasadzie nie prowadzi się bieżącego nadzoru nad tego typu ośrodkami, brak

jest chociażby prowadzenia spisów tych placówek na wzór list biegłych prowadzonych przez prezesów sądów okręgowych. O ile samo wyspecjalizowanie podmiotu prywatnego np. spółki prawa handlowego formalnie jest łatwo wykazać chociażby danymi rejestracyjnymi podmiotu (stosownym kodem PKD działalności), do których każdy ma swobodny dostęp, o tyle brak jest podstaw prawnych czy chociażby wyspecjalizowanych instytucji do prowadzenia nadzoru nad takimi placówkami w zakresie ich działalności opiniodawczej – takie rozwiązania ma właśnie przynieść nowa ustawa o biegłych.

Częściowo wiarygodność prac takich jednostek zapewnia ich certyfikacja przez odpowiednie podmioty, tytułem przykładu laboratoria zajmujące się genetyką mogą ubiegać się o stosowne certyfikaty np. Europejskiej Agencji Kontroli Jakości Badań Genetycznych (ang. European Molecular Genetics Quality Network, EMQN) czy Cytogenetic External Quality Assessment Service (CEQAS). Z praktyki rynku tego typu usług wynika, że wiele podmiotów oferujących usługi w zakresie opiniowania, w ogóle nie występowało o certyfikację swoich usług, zaś w wielu branżach nawet nie jest to możliwe.

Powyżej przedstawione warunki, jakie J. Widacki postawił podmiotom z art. 193 k.p.k. stały się także powodem do wyrażenia poglądu przeciwnego i wskazaniem, że z uwagi na publiczny charakter wymienionych rodzajów jednostek oraz warunków dla nich przewidzianych nie można uznać, by opinie wydawały prywatne spółki opiniodawcze i inne podmioty niepubliczne. Zaznaczono jednak, że zatrudnieni w nich eksperci mogą zostać powołani w charakterze biegłych indywidualnych[11]. W odniesieniu do prywatnych podmiotów opiniujących podkreślano także problem przygotowania ich merytorycznego do wydawania opinii[12]. Problem ten zauważano także w orzecznictwie, przykładem tego może być uznanie, że Instytut Problematyki Policyjnej, powołany w ramach Fundacji Społeczeństwo Policji, nie spełnia wymogu poddania nadzorowi publicznemu działalności opiniodawczej, zatem jego opinie nie mogą stanowić dowodu w postępowaniu karnym[13]. Podobnie oceniono jednostkę Centrum Badań Kryminalistycznych Modus Spectrum sp. z o. o. w Szczecinie [14]. Z przykładów instytucji specjalistycznych wymienianych w orzecznictwie można natomiast wskazać Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Policji[15], Instytut Kryminalistyki Polskiego Towarzystwa Kryminalistycznego.

Biegli instytutu w postępowaniu karnym

Istotnym zagadnieniem, związanym z funkcjonowaniem omawianych różnorodnych placówek w roli podmiotu z art. 193 § 2 k.p.k. jest dobór osób biorących udział w wydaniu opinii przez podmiot instytucjonalny nie zaś sam organ postępowania.

Podkreślenia wymaga, że stosownie do art. 194 pkt 1 k.p.k. w postanowieniu o powołaniu dowodu z opinii instytucji organ wskazuje liczbę, kwalifikacje i specjalność osób, które mają brać udział w wydaniu opinii. Możliwe jest też poprzestanie na wyznaczeniu konkretnej placówki bez określania specjalizacji i kwalifikacji osób mających wydać opinię. J. Widacki

rzucając światło na powyższe zagadnienie, wskazał na ryzyko, że do procesu mogą być dopuszczani specjaliści o niewystarczających kwalifikacjach. Powyższe przy braku nadzoru nad działaniem podmiotów opiniujących zgodnie z tezą J. Widackiego, ma charakter patologiczny[16]. Nie sposób jednak nie zauważyć wniosku przeciwnego - dobór konkretnych osób do sporządzania opinii zbiorowych, wykonywany przez taki podmiot specjalistyczny, nie zaś organ postępowania należy ocenić co do zasady pozytywnie. Istotą instytucji specjalistycznych jest przecież ich zorientowanie w doborze możliwie optymalnego poziomu kompetencji dla zapewnienia organom dostępu do wiadomości specjalnych. Zagrożenie dokonania doboru biegłych o niedostatecznych kwalifikacjach dotyczy również decyzji organów postępowania. Sędziowie i prokuratorzy w ramach prowadzonych spraw gromadzą wprawdzie wiedzę specjalistyczną w toku lektur setek powierzanych im spraw, niemniej jednak nie sposób uznać aby w każdym przypadku mieli możliwość podejmowania optymalnych decyzji co do doboru poszczególnych biegłych.

Dotychczasowy brak nadzoru nad podmiotami prowadzącymi działalność opiniodawczą, zauważony w trakcie prac nad nową ustawą o biegłych, może skutkować dopuszczeniem do powierzenia tych zadań jednostkom nie spełniającym wymogów określonych w ustawach procesowych. W tym kontekście oczywiście cytowany pogląd J. Widackiego znajduje pełną aprobatę i pełną słuszność także w postępowaniu cywilnym.

Podsumowując zagadnienia związane z wyborem specjalistów, współpracujących przy wydaniu opinii podkreślić należy, że sposób powiązania poszczególnych ekspertów z instytutem nie może stanowić sam w sobie skutecznego zarzutu co do prawidłowości opinii. Ewentualne skuteczne kwestionowanie opinii wymaga wskazania zarzutów merytorycznych, nie zaś związanych z wiekiem, stopniem naukowym czy właśnie charakterem zatrudnienia danego specjalisty[17].

Charakter dowodu opinii instytucji naukowej lub naukowo-badawczej w postępowaniu karnym

W literaturze zwraca się uwagę, że opinia instytucji naukowej bądź specjalistycznej nie ma charakteru bezosobowego[18]. Wyrazem tego jest chociażby wymóg podpisania opinii przez wszystkich biegłych biorących udział w jej wydaniu (art. 200 § 2 pkt 6) k.p.k.). To jednostka, a nie indywidualni biegli, wydaje opinię i ponosi za nią odpowiedzialność. Wynagrodzenie za wydanie opinii przysługuje takiej placówce, nie zaś indywidualnemu biegłemu[19]. Osoby wyznaczone przez kierownika, opierając się na swojej wiedzy, podpisując imieniem i nazwiskiem wydaną przez siebie opinię, występują jako reprezentanci instytucji.

Z przepisów k.p.k. nie wynika, aby w przypadku opinii instytucji naukowej lub specjalistycznej (art. 193 § 2 k.p.k.), oprócz podpisu biegłego sporządzającego opinię, konieczne było jej “zatwierdzenie” przez inne osoby lub kierownika jednostki[20].

Wartość dowodowa opinii instytucji naukowej lub naukowo badawczej w postępowaniu karnym

Warto również zwrócić uwagę, że procedura karna nie przyznaje prymatu żadnemu podmiotowi wydającemu opinię - opinia instytutu ma taką samą wartość jak opinia biegłych, w tym powołanych *ad hoc*[21]. Kryteria oceny dowodu z art. 193 § 2 k.p.k. są takie same jak opinii biegłego, art. 201 k.p.k. nie wprowadza tu rozróżnienia ani hierarchii dowodów, niezmiennie są to niepełność lub niejasność, sprzeczność w samej opinii lub między różnymi opiniami w tej samej sprawie. Opinie biegłych niezależnie od ich pochodzenia, czy zostały wydane indywidualnie, przez zespół biegłych czy instytucje naukową lub specjalistyczną podlegają ocenie zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodu i są traktowane równorzędnie i o ich walorach decyduje treść i stopień pewności zawartych w niej tez[22].

Rozwiązania przyjęte w postępowaniu cywilnym

W myśl art. 290 § 1 k.p.c. sąd może zażądać opinii odpowiedniego instytutu naukowego lub naukowo-badawczego.

W nauce postępowania cywilnego powszechnie uważa się, że dowód z opinii instytutu jest odmianą opinii biegłego, nie zaś odrębnym środkiem dowodowym[23].

W czasie ponad półwiecza funkcjonowania obecnego kodeksu postępowania cywilnego art. 290 § 1 k.p.c. nie ulegał zmianom, a wykładnia terminów: instytut naukowy i naukowo badawczy ma charakter funkcjonalny. Powszechnie uważa się, iż do opiniowania mogą być powołane podmioty prowadzące badania naukowe[24] niezależnie od prawnej formy działania. Wskazywano, że zawężenie rozumienia kategorii wyłącznie do instytutów badawczych działających na podstawie ustawy z dnia 10 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych[25], jest niecelowe i niezgodne z motywem ustawodawcy[26].

Definicja legalna badań naukowych zawarta jest w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce[27], wskazującym że są one działalnością obejmującą: badania podstawowe rozumiane jako prace empiryczne lub teoretyczne mające przede wszystkim na celu zdobywanie nowej wiedzy o podstawach zjawisk i obserwowalnych faktów bez nastawienia na bezpośrednie zastosowanie komercyjne oraz badania aplikacyjne rozumiane jako prace mające na celu zdobycie nowej wiedzy oraz umiejętności, nastawione na opracowywanie nowych produktów, procesów lub usług lub wprowadzanie do nich znaczących ulepszeń.

W zakres pojęcia wynikającego z art. 290 § 1 k.p.c. można zaliczyć podmioty wchodzące w skład systemu szkolnictwa wyższego i nauki, które w myśl art. 7 wspomnianej ustawy tworzą: uczelnie; federacje podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki, Polska Akademia Nauk, instytuty naukowe PAN, instytuty badawcze, międzynarodowe instytuty naukowe utworzone na podstawie odrębnych ustaw działające na terytorium

Rzeczypospolitej Polskiej, Centrum Łukasiewicza, instytuty działające w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicza, Polska Akademia Umiejętności, inne podmioty prowadzące głównie działalność naukową w sposób samodzielny i ciągły. Do grona instytutów naukowo-badawczych z pewnością można zaliczyć instytuty działające na podstawie ustawy o instytutach badawczych oraz jednostki organizacyjne funkcjonujące na podstawie art. 66 tejże ustawy: Instytut Ekspertyz Sądowych im. prof. dra Jana Sehna w Krakowie, Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi, Instytut Ekspertyz Ekonomicznych i Finansowych w Łodzi, które w swoich statutach przewidują prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych w powierzonych im dziedzinach[28].

Przyjmuje się, iż krąg podmiotów mających spełniających warunki z art. 290 § 1 k.p.c. jest szeroki, niezależny do publicznoprawnego lub prywatnoprawnego charakteru czy formy prawnej. Orzecznictwo stosunkowo dawno rozszerzyło ten katalog o jednostki organizacyjne, w tym spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, nie mające statusu instytutu badawczego o ile posiadają potrzebne wiadomości specjalne.

Pogląd taki jako pierwszy w publikowanych orzeczeniach wyraził Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 2 lutego 1987 r., w sprawie II CZ 15/87[29]. Podkreślić wypada, że odwoływał się on do interpretacji aktu normatywnego niższego rzędu - § 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 grudnia 1975 r., w sprawie kosztów przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych w postępowaniu sądowym[30]. Wzmiankowane rozporządzenie zostało uchylone przy okazji nowelizacji kodeksu postępowania cywilnego[31]. W bieżącym stanie prawnym obowiązujące rozporządzenia dotyczące kosztów dowodu z opinii biegłego[32] czy ustawa o kosztach sądowych w sprawach cywilnych[33] nie zawierają specjalnych regulacji dotyczących jednostek tego typu.

Obecnie zgodnie przyjmuje się, szerokie rozumienie terminów określonych w art. 290 k.p.c.[34], które mogą mieć różnorodną formę prawną, w tym spółek prawa handlowego[35] czy stowarzyszeń[36].

Sąd Najwyższy zaliczył do grona instytutów badawczych spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością - Centrum Badawczo- Szkoleniowe Polskiego Towarzystwa Kryminalistycznego sp. z o.o.[37]. Ocena ta jednak z oczywistych względów nie będzie mogła być automatycznie zastosowana do innych podmiotów działających w tej formie. Decyzję organu o powołaniu dowodu z opinii instytutu powinno poprzedzać rozeznanie nie tylko co do możliwości organizacyjnych i technicznych prowadzenia badań oraz opracowania opinii przez podmiot aspirujący do miana instytutu w rozumieniu art. 290 k.p.c., lecz także doświadczeń i możliwości tej jednostki w zakresie wykorzystania najnowszych zdobyczy naukowych[38].

Pomimo przeważającego rozumienia definicji instytutu w orzecznictwie niejednokrotnie pojawiały się wątpliwości co do charakteru poszczególnych podmiotów, sporządzających opinie. Poglądy warte odnotowania, zawierające wykładnię zawężającą pojawiły się w orzeczeniach dotyczących badań genetycznych, gdzie stwierdzono że dla pełnej

wartości poznawczej i dowodowej powinien on zostać przeprowadzony przez pracownię działającą w ramach katedry naukowej albo legitymującą się atestem[39]. W odniesieniu do niegdyś funkcjonujących ośrodków diagnostycznych dla nieletnich z kolei uznano, że opinie sporządzane przez lekarzy i psychologów pracujących w placówce stanowią opinie biegłych, nie zaś dowód z opinii instytutu[40]. Podobnie opinia Okręgowego Ośrodka Rzecznawstwa i Doradztwa Rolniczego została potraktowana jako opinia zbiorowa a nie jako opinia instytutu[41]. W odniesieniu do Polskiej Izby Informatyki i Telekomunikacji uznano, że jako podmiot zrzeszający przedsiębiorców, w tym i powoda w sprawie nie może ona zostać uznana za instytut naukowy w rozumieniu art. 290 k.p.c.[42]. Z kolei w praktyce Sądu Okręgowego w Warszawie pojawił się przypadek gdy biegła sądowa zażądała od Prezesa tego sądu uznania, że opinie będzie rozliczać nie osobiście, a w ramach spółki z ograniczoną odpowiedzialnością – sprawa zawisła przed Wojewódzkim Sądem Administracyjnym, w postępowaniu ustalono, że biegłym sądowym może być osoba fizyczna, a spółka z ograniczoną odpowiedzialnością *in casu* nie spełniała wymogów art. 290 k.p.c.[43].

Biegli instytutu naukowego lub naukowo-badawczego w postępowaniu cywilnym

Kodeks nie ogranicza placówek w sposobie doboru specjalistów mających sporządzić opinię. W orzecznictwie podkreślono, że ważny jest kontekst powiązania danej osoby z placówką, nie zaś posiadanie statusu biegłego sądowego[44], czy nawet tytułu naukowego[45]. Natomiast warunkiem uznania opinii za opinię Instytutu jest udział przynajmniej dwóch biegłych przy jej wydaniu (art. 290 § 2 k.p.c.). Praca ma mieć zatem charakter kolektywny[46]. Wyraża ono stanowisko placówki nie zaś poszczególnych biegłych.

Procedura cywilna zastrzega przy tym konieczność wymienienia w treści opinii osób ją sporządzających, nie musi być jednak przez nie podpisana, ta czynność może zostać wykonana przez osobę do tego upoważnioną do reprezentacji takiej jednostki[47].

Ocena i walor dowodowy opinii instytutu naukowego i naukowo-badawczego w postępowaniu cywilnym

Opinia instytutu z racji kolektywnego jej podjęcia nie ma sama w sobie wyższego waloru wiarygodności niż opinie indywidualne[48], w procedurze cywilnej nie przyjęto bowiem formalnej metody oceny dowodów. Opinia instytutu podlega tym samym kryteriom co opinie biegłego[49] i jest oceniana stosownie do wymogów z art. 233 k.p.c.[50]. W poszczególnych stanach procesowych może się zdarzyć, że taka opinia zostanie odrzucona przez organ procesowy w konfrontacji z opinią biegłego.

W orzecznictwie pojawiają się zdania odmienne[51], które z powyższych przyczyn należy uznać za odosobnione i nie znajdujące uzasadnienia w procedurze dowodowej.

Instytucje opiniujące w projekcie ustawy o biegłych sądowych oraz instytucjach opiniujących

Ministerstwo Sprawiedliwości jako projektodawca aktu w uzasadnieniu projektu zauważyło niekorzystny proces tworzenia się podmiotów prawa handlowego mających na celu wyłącznie sporządzanie opinii, nie posiadających odpowiedniego zaplecza kadrowego czy sprzętowego a uznających się za instytucje specjalistyczne.

Projekt wprowadza nowy, wspólny obu procedurom termin instytucji opiniującej, nieznan do tej pory w prawodawstwie. W myśl art. 2 pkt 3) i 4) projektu do tego grona będzie można zaliczyć: instytucje naukowe i instytucje specjalistyczne, w rozumieniu nadanym w słowniczku ustawy (art. 2 pkt 3) i 4) projektu).

Jako instytucje naukowe art. 2 pkt 3) projektu uznaje podmioty, wymienione w art. 7 ust. 1 pkt 1–7) ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz w art. 7 ust. 1 pkt 8) tejże ustawy, ale w odniesieniu do tej grupy tylko takie, które prowadzą badania i upowszechniają wiedzę w rozumieniu art. 2 pkt 83 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu [52].

Z kolei instytucja specjalistyczna stanowi kategorię dopełniającą i w myśl art. 2 pkt 4) projektu jest to podmiot niebędący instytucją naukową, w którego zakresie działalności mieści się wydawanie opinii o ile spełnia dodatkowe kryteria przewidziane w nowym akcie prawnym.

Instytucja opiniująca ponadto będzie musiała spełniać wymogi określone w art. 41 projektu, wśród których można wskazać szczegółowo wymienione w art. 41 ust. 2 projektu kryteria techniczne organizacyjne, kadrowe oraz sprzętowe. Ponadto będzie musiała posiadać własny system weryfikacji osób upoważnionych do wydawania opinii w jej imieniu (art. 41 ust. 2 pkt 3) projektu) oraz stosować akredytowane lub naukowo akceptowane metody badawcze (art. 41 ust. 2 pkt 4) projektu).

Kluczowy wymóg zawiera art. 2 pkt 2) *in fine* projektu przewidując konieczność uzyskania certyfikatu instytucji opiniującej wydawany przez Państwową Komisję Certyfikacyjną oraz wpisu do rejestru.

Przyznanie certyfikatu warunkować będzie wpis do rejestru prowadzonego przez Ministra Sprawiedliwości (art. 55 ust. 2 pkt 2) projektu) oraz możliwość wydawania opinii w określonym zakresie (art. 48 ust. 1 i 3 projektu).

Wydaje się, że w przypadku zrealizowania założeń projektu wprowadzenie ustawy będzie przede wszystkim zwolni sądy i prokuratury z konieczności samodzielnej weryfikacji podmiotów, które miałyby zostać powołane w sprawach do wykonywania czynności biegłego. Wobec treści art. 3 projektu oraz proponowanych znowelizowanych unormowań art. 278 § 1 k.p.c. i art. 290 § 11 k.p.c. oraz art. 195 § 2 k.p.k. zasadą będzie zwracanie się do podmiotów wpisanych do Krajowego Rejestru Biegłych Sądowych i Instytucji Opiniujących

(odpowiednio art. 80 pkt 8) oraz art. 82 pkt 4) projektu). Ewentualne poszukiwanie specjalistów spoza tego grona będzie możliwe jedynie w przypadkach gdy zaangażowanie instytucji specjalistycznej będzie niemożliwe lub utrudnione. Dopiero w takim przypadku organ będzie upoważniony do zaangażowania podmiotu nie wpisanego do Rejestru, jednakże będzie zobowiązany do samodzielnego zbadania czy spełnia on kryteria zarezerwowane dla instytucji naukowej lub specjalistycznej wymienione w art. 41 projektu.

Wnioski

Przedstawione powyżej rozważania wskazują na bardzo zbliżoną pozycję opinii instytucjonalnych w obu procedurach. Zarówno w postępowaniu karnym jak i cywilnym dowód ten nie ma szczególnego, nadrzędnego charakteru i podlega ocenie według tych samych kryteriów co opinia biegłych. Autorytet danej placówki musi każdorazowo znajdować poparcie w treści opinii i wnioskach w niej zawartych.

Kryteria podmiotowe pomimo odmiennego nazewnictwa w art. 193 § 2 k.p.k. i art. 290 § 1 k.p.c., w istocie są tożsame. Wprawdzie w postępowaniu cywilnym brak jest mowy o instytucji specjalistycznej – nie zajmującej się badaniami naukowymi a jedynie opiniowaniem, niemniej jednak w drodze niemal jednolitej wykładni dopuszczono funkcjonowanie tego typu podmiotów w opiniowaniu w postępowaniu cywilnym.

Na tym tle w obu postępowaniach występuje istotny problem dotyczący podmiotów aspirujących do miana instytutu naukowego, naukowo-badawczego bądź instytucji naukowej lub specjalistycznej w przypadkach zwłaszcza dotyczących podmiotów ze sfery prywatnoprawnej, które komercyjnie trudnią się sporządzaniem ekspertyz i analiz. Wydaje się przy tym, że przytoczone w niniejszym artykule poglądy J. Widackiego – powstałe na gruncie procedury karnej zachowują swoją aktualność także przy ocenie podmiotów składających opinie w postępowaniu cywilnym. W przypadku odrzucenia opinii jako opracowania instytutu bądź instytucji naukowej wydaje się możliwe podjęcie próby tak uzyskanych materiałów jako opinii biegłych, którzy je sporządzili, o ile oczywiście osoby te posiadają stosowne kwalifikacje pozwalające na uznanie, że dysponują wiadomościami specjalnymi.

Trwające obecnie prace legislacyjne, dotyczące ustawy o biegłych sądowych oraz instytucjach opiniujących są doskonałą okazją usunięcia wątpliwości powstających w praktyce, ujednoczenia terminologii, a także zapewnią ułatwienie w pracy organów postępowania poprzez wprowadzenia listy podmiotów uprawnionych do opiniowania na potrzeby procesów karnych i cywilnych.

Podkreślić należy, iż obecnie przed uchwaleniem ustawy w proponowanym kształcie istnieje rażąca dysproporcja pomiędzy regulacją sposobu wykonywania zawodu przez biegłych indywidualnych, których kompetencje przynajmniej formalnie są potwierdzane przez Prezesów sądów okręgowych w drodze wpisu na listę biegłych, a brakiem takiego

odpowiednika wobec instytucji zbiorowych zajmujących się opiniowaniem. Ów brak symetrii zmusza każdorazowo przedstawicieli organów wymiaru sprawiedliwości - prokuratorów i sędziów do dokonywania samodzielnych ocen charakteru podmiotów aspirujących do miana placówek z art. 193 § 2 k.p.k. i art. 290 § 1 k.p.c. Droga ustawodawcza wskazanego projektu obecnie nie uległa zakończeniu, nieznanym jest zatem ostateczny kształt ustawy, ewentualne jego wprowadzenie z pewnością będzie wiązać się ze zmianami na rynku podmiotów zajmujących się opiniowaniem. Certyfikacja tego typu Instytucji z pewnością da szansę na usunięcie dotychczas wątpliwości uprzednio omawianych wątpliwości jakie narosły w toku rozwoju tego typu podmiotów w dotychczasowym braku uregulowań prawnych.

Piśmiennictwo:

1. <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/reforma-przepisow-o-bieglych-sadowych;projekt-z-dnia-2-kwietnia-2026-r.-o-bieglych-sadowych-oraz-instytucjach-opiniujacych>; <https://legislacja.gov.pl/projekt/12408900/katalog/13196252#13196252> [dostęp z dnia: 03.04.2026] – dalej „projekt”.
2. Ustawa Kodeks postępowania karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. (t.j. Dz. U. 2026 poz. 490 z późn. zm.).
3. Ustawa Kodeks postępowania cywilnego z dnia 17 listopada 1964 r. (tj. Dz. U. 2026 poz. 468 z późn. zm.).
4. Skorupka J. (red.) Kodeks postępowania karnego, Komentarz aktualizowany, 2024 Legalis, kom. do art. 193 k.p.k.
5. Tamże.
6. Grzegorzczak T. (red) Kodeks postępowania karnego. Tom I. Artykuły 1-467. Komentarz, Warszawa 2014, kom do art. 193 k.p.k.
7. Widacki J., Instytucja naukowa lub specjalistyczna w rozumieniu art. 193 § 2 k.p.k., Państwo i Prawo 2013/9, s. 45-53.
8. Wyrok SA w Warszawie z dnia 22 maja 2023 r., sygn. II AKa 92/23, LEX nr 3581607.
9. Wyrok SA w Katowicach z dnia 12 kwietnia 2018 r., sygn. II AKa 584/17, LEX nr 2580293.
10. Postanowienie SA w Warszawie z dnia 4 stycznia 2002 r., sygn. II AKz 779/01, LEX 53700.
11. Stefański R.A., Zabłocki S. (red) Kodeks postępowania karnego. Tom II. Komentarz do art. 167-296, Warszawa 2019, kom do art. 193; Skorupka J. (red) Kodeks postępowania karnego Komentarz aktualizowany 2024 Legalis, kom do art. 193 k.p.k.
12. Kompetencje firm prywatnych do wydawania opinii w postępowaniu karnym i cywilnym, w: Doctrina multiplex veritas una. Księga ofiarowana prof. Mariuszowi Kulickiemu, Toruń 2004, s. 1781-1782.
13. Wyrok SA w Krakowie z dnia 3 lipca 2002 r., sygn. II AKa 3/02, LEX 57020.

14. Wyrok SA w Katowicach z dnia 7 czerwca 2017 r., sygn. II AKa 167/17, Legalis nr 1658168.
15. Postanowienie SN z dnia 5 lutego 2006 r., sygn. II KK 196/06, Orzecznictwo Sądu Najwyższego w Sprawach Karnych 2006/1, poz. 2351.
16. Widacki J., Instytucja naukowa lub specjalistyczna w rozumieniu art. 193 § 2 k.p.k., Państwo i Prawo 2013/9, s. 45-53.
17. Kruszyński P. (red) Dowody i postępowanie dowodowe w procesie karnym. Komentarz praktyczny z orzecznictwem. Wzory pism procesowych, Warszawa 2015, R 3, 1.2.
18. Tomaszewski T., Dowód z opinii biegłego, Kraków 1998, s. 29.
19. Paprzycki L.K., Opiniowanie psychiatryczne i psychologiczne w procesie karnym Kraków 2009, s. 241-242.
20. Wyrok SA w Poznaniu z dnia 21 listopada 2012 r., sygn. II AKa 163/12, LEX nr 1324750; postanowienie SN z dnia 3 listopada 2010 r., sygn. II KK 18/10, LEX nr 638646; postanowienie SN z dnia 3 listopada 2010 r., sygn. II KK 118/10, LEX nr 688672.
21. Dudka K. (red.) Kodeks postępowania karnego. Komentarz, wyd. III, Warszawa 2023, kom do art. 193 k.p.k.; Hofmański R., Sadzik E., Zgryzek K. (red), Kodeks postępowania Karnego Komentarz T. 1 Warszawa 2007, s. 739-778; L.K. Paprzycki (red), Kodeks Postępowania Karnego. Komentarz aktualizowany, LEX 2013, kom do art. 193 k.p.k.; Stefański R.A., Zabłocki S. (red), Kodeks Postępowania Karnego. Komentarz , t. 2, Warszawa 2019, s. 470; Wyrok SN z 9 listopada 1979 r., sygn. III KR 315/79, Orzecznictwo Sądu Najwyższego - Izba Karna 1980/3, poz. 31; wyrok. SN z 24 czerwca 1981 r., sygn. IV CR 215/81, Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych 1982/7, poz. 121.
22. Grzeszczyk W., Rola opinii biegłego w postępowaniu karnym, Prokuratura i Prawo 2005/6, s. 24.
23. Marszałkowska-Krześ E., Gil I. (red.) Komentarz do kodeksu postępowania cywilnego, komentarz aktualizowany Legalis, kom do art. 290 k.p.c.; Szanciło T.(red.) Komentarz do kodeksu postępowania cywilnego Tom I–II. Komentarz; Piasecki K.(red.), Kodeks, t. I, kom do art. 290 k.p.c.; Grzegorzczak P., Gudowski J., Markiewicz K., Walasik M., Weitz K., Ereciński T. (red.), Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom II. Postępowanie rozpoznawcze, LEX. 2022, kom do art. 290 k.p.c.; Wyrok SN z 06 grudnia 2019 r., sygn. V CSK 206/19, Legalis nr 2275782.
24. Postanowienie SN z dnia 19 sierpnia 2009 r., sygn. III CSK 7/09, Legalis nr 264555. Postanowienie SN z dnia 6 grudnia 2019 r., sygn. V CSK 206/19, Legalis nr 2275782.
25. ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (t.j. Dz. U. 2024 poz. 534 z późn. zm.).
26. Turek J. (red.) Rola biegłego we współczesnym procesie, Warszawa 2002, s. 37.
27. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz. U. 2024 poz. 1571 z późn. zm.).
28. Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 11 stycznia 2017 r. w sprawie nadania statutu Instytutowi Ekspertyz Sądowych im. prof. dra Jana Sehna w Krakowie (Dz.Urz. MS. 2017 poz. 3); Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie utworzenia Instytutu Ekspertyz Ekonomicznych i Finansowych w Łodzi (Dz.Urz. MS 2018 poz. 206); Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 października 2021 r w sprawie utworzenia Instytutu Ekspertyz Medycznych w Łodzi (Dz.Urz.MS 2021 poz. 239).
29. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 1987 r., sygn. II CZ 15/87, Legalis nr 25711.
30. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 grudnia 1975 r. w sprawie kosztów przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych w postępowaniu sądowym (Dz.U. Nr 46, poz. 254).
31. Ustawa z dnia 31 sierpnia 2012 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2012 poz. 1101 z późn. zm).
32. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 kwietnia 2024 r. w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu cywilnym (t.j. Dz.U. 2024 poz. 627).
33. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz.U.2025 poz. 1228 z późn. zm.).
34. Basta J., Dowód z opinii instytutu naukowego lub naukowo-badawczego, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki stosowania środków dyscyplinujących. Acta Iuridica Resoviensia 2021/35, s. 14–23; Partyk A. Dowód z opinii instytutu naukowego (art. 290 k.p.c.) w świetle orzecznictwa sądowego – wybrane zagadnienia, Roczniki Administracji i Prawa 2019/XIX (zeszyt specjalny), s. 139-154.
35. Postanowienie SN z dnia 19 sierpnia 2009 r. sygn. III CSK 7/09, Legalis nr 264555.
36. Postanowienie SN z dnia 12 lutego 1987 r., sygn. II CZ 15/87, Legalis nr 25711, postanowienie SN z dnia 19 sierpnia 2009 r., sygn. III CSK 7/09, Legalis nr 264555; postanowienie SN z dnia 6 grudnia 2019 r., sygn. V CSK 206/19, Legalis nr 2275782.
37. Postanowienie SN z dnia 19 sierpnia 2009 r. sygn. III CSK 7/09, Legalis nr 264555.
38. Dolecki H., Wiśniewski T. (red) Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom I, Warszawa 2013, kom do art. 290 k.p.c.
39. Wyrok SN z dnia 27 listopada 1996 r., sygn. I CKU 27/96, Legalis nr 30403, wyrok SN z 30 lipca 1996 r., sygn. I CRN 91/96, Legalis nr 333407.
40. Uchwała SN z dnia 29 listopada 1977 r., sygn. III CZP 88/77, Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Cywilna 1978, nr 5-6, poz. 87.
41. Postanowienie SN z dnia 12 lutego 1987 r., sygn. II CZ 15/87, LEX nr 677794.
42. Wyrok SA w Warszawie z dnia 2 kwietnia 2008 r., sygn. VI ACa 89/08, LEX nr 1641054.

43. Wyrok WSA w Warszawie z dnia 8 sierpnia 2007 r., sygn. VI SA/Wa 863/07, LEX nr 394421.
44. Wyrok SN z dnia 28 września 1965 r., sygn. II PR 321/65, OSNC 1966/5, poz. 84. postanowienie SN z dnia 30 grudnia 2021 r., sygn. IV CSK 530/21 Legalis nr 2671721.
45. Wyrok SA w Łodzi z dnia 11 lutego 2020 r., sygn. I ACa 379/17 Legalis nr 2530467.
46. Wyrok SN z dnia 28 września 1965 r. sygn. II PR 321/65 Legalis nr 12441; wyrok SN z dnia 12 maja 1971 r., sygn. II CR 35/71 Legalis nr 2671721; wyrok SN z dnia 20 kwietnia 2023 r., sygn. II CSKP 1546/22, Legalis nr 2966827, postanowienie SN dnia 9 października 2020 r. sygn. V CSK 53/20 Legalis nr 2496527.
47. Ziemia J., Przeprowadzenie dowodu z opinii instytutu naukowego lub naukowo-badawczego w procesie cywilnym - wybrane zagadnienia, Radca Prawny 2005/1, s. 49.; wyrok SN z 12 maja 1971 r., sygn. II CR 35/71, LEX nr 1633547; postanowienie SN z dnia 29 grudnia 2021 r. sygn. II CSK 293/21, Legalis nr 2938375.
48. Postanowienie SN z dnia 5 kwietnia 2018 r., sygn. II CSK 662/17, Legalis nr 1770097.
49. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 12 grudnia 2013 r., sygn. III AUa 2048/12, LEX nr 1428003.
50. Manowska M.(red.) Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz aktualizowany. Tom I. Art. 1-477, kom do art. 290 k.p.c. Jakubecki A.(red) Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz do wybranych przepisów nowelizacji 2019, LEX/el. 2022, kom do art. 290 k.p.c.; Wyrok SN z 9 września 2022 r., sygn. II CSKP 858/22, LEX nr 3485152.
51. Wyrok SN z dnia 28 sierpnia 2008 r., sygn. III CSK 98/08, LEX nr 450157; postanowienie SA w Rzeszowie z dnia 25 stycznia 2013 r., sygn. I ACz 826/12, LEX nr 1267392, wyrok SA w Lublinie z dnia 12 grudnia 2012 r., sygn. I ACa 537/11, LEX nr 1280571.
52. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1, z późn. zm.).

Paweł Papierz¹

THC – rachunek retrospektywny

THC – retrospective calculation

¹ Zakład Toksykologii Regulacyjnej i Sądowej, Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi

STRESZCZENIE:

Ze statystyki badań przeprowadzonych w Europie w ramach projektu DRUID wynika, że w krwi pobranej od kierowców najczęściej wykrywanym środkiem podobnie działającym do alkoholu jest THC.

THC upośledza sprawność psychofizyczną, z tego powodu osoby kierujące pojazdem, u których w krwi znajduje się ta psychoaktywna substancja stwarzają realne zagrożenie dla uczestników ruchu drogowego i pieszych.

W celu stwierdzenia zawartości THC u kierowcy należy wykonać badanie krwi. W praktyce jej pobranie przeprowadzane jest po upływie ponad godziny lub nawet dopiero po kilku godzinach od zdarzenia.

Ponieważ stężenie THC szybko zmniejsza się z upływem czasu, dlatego jej zawartość w próbce krwi będzie dużo niższa, niż ta, która była w momencie kierowania pojazdem. Z tego powodu do określenia stężenia THC w momencie prowadzenia pojazdu należy zastosować obliczenia retrospektywne i dopiero w oparciu o ich wynik można ostatecznie ustalić stan kierowcy.

Słowa kluczowe:

THC, obliczenia retrospektywne, stan po użyciu, stan pod wpływem

ABSTRACT:

Statistics from studies conducted in Europe as part of the DRUID project show that the most frequently detected substance in blood taken from drivers with a similar effect to alcohol is THC. THC impairs psychophysical abilities, which is why drivers who have this

psychoactive substance in their blood pose a real threat to road users and pedestrians. A blood test should be performed to determine the THC content of a driver. In practice, it is taken after more than an hour or even several hours after the event. Because the THC concentration decreases quickly over time, its content in the blood sample will be much lower than that which was present at the time of driving. For this reason, retrospective calculations should be used to determine the THC concentration while driving, and only based on their results can the driver's condition be finally determined.

Keywords:

THC, retrospective calculation, state after use, state under the influence

Wprowadzenie

THC jest składnikiem psychoaktywnym przetworów ziela konopi indyjskiej (*Cannabis indica Lam.*), takich jak: marihuana, haszysz (żywica) lub olej haszyszwowy.

W celu odurzenia najczęściej pali się papierosy lub fajki z liśćmi i żywicą, ale niektóre osoby przyjmują konopie doustnie. [1]

W latach 2006-2011 zrealizowano największy europejski projekt badawczy w dziedzinie bezpieczeństwa ruchu drogowego o nazwie DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). Swym zasięgiem geograficznym obejmował on 18 państw i 37 instytucji (Uniwersytety, Instytuty, w tym Instytut Ekspertyz Sądowych im. prof. dra Jana Sehna w Krakowie i Instytut Transportu Samochodowego w Warszawie). Konferencja końcowa DRUID odbyła się 27 i 28 września 2011 r. w Kolonii, gdzie wszyscy partnerzy spotkali się, aby przedstawić wyniki projektu międzynarodowym ekspertom i przedstawicielom Komisji Europejskiej [2].

Z badań przeprowadzonych w ramach projektu DRUID wynika, że w krwi pobranej od kierowców najczęściej wykrywanym środkiem podobnie działającym do alkoholu jest THC [3], taka sytuacja ma również miejsce w Polsce [4,5,6,7].

Zażycie THC prowadzi do pojawienia się istotnych zaburzeń funkcji poznawczych i psychomotorycznych trwających nawet kilka godzin [8,9,10] oraz do obniżenia zdolności do prowadzenia pojazdu [11,12,13,14]. Z tego powodu osoby kierujące pojazdem, u których w krwi jest obecne THC stwarzają realne zagrożenie dla uczestników ruchu drogowego i pieszych.

THC w świetle obowiązującego prawa

W organizmie człowieka THC ulega szybkiemu metabolizmowi. Główne produkty utleniania THC, to: 11-OH-THC (11-Hydrokso-THC) i THCCOOH (9-Karbokso-THC) [1].

Z w/w substancji tylko THC zostało umieszczone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych i znajduje się ona w grupie II-P, liczba porządkowa 37 [15].

Umieszczenie THC w załączniku do w/w rozporządzenia oznacza, że jest ona substancją kontrolowaną, a ze względu na występowanie istotnych zaburzeń psychomotorycznych po jej zażyciu niedopuszczalne jest prowadzenie pojazdu, podobnie jak ma to miejsce w przypadku etanolu.

Stan po użyciu i pod wpływem THC

W oparciu o wnioski płynące z projektu DRUID oraz ustalenia Konferencji pt.: „Środki podobnie działające do alkoholu. Interpretacja wyników badań krwi kierowców dla potrzeb sądowych”, zorganizowanej przez Instytut Ekspertyz Sądowych im. prof. dra Jana Sehna w Krakowie w 2012 r., gremium specjalistów: lekarzy, toksykologów, diagnostów, chemików i prawników ustaliło progi dla stanu po użyciu i pod wpływem THC.

Stężenie THC w zakresie 1 – 2,5 ng/ml w pełnej krwi, to stan po użyciu, a stężenie wyższe niż 2,5 ng/ml, to stan pod wpływem tej substancji [16].

Stan po użyciu THC odpowiada stanowi po użyciu alkoholu (0,2-0,5 promila etanolu w krwi - wykroczenie), a stan pod wpływem THC odpowiada stanowi nietrzeźwości (powyżej 0,5 promila etanolu w krwi - przestępstwo).

Badania zawartości THC

W odróżnieniu od etanolu, THC podobnie jak inne substancje psychotropowe lub środki odurzające nie jest substancją lotną, tym samym nie jest ona wydalana z powietrzem wydychanym, nie ma więc możliwości stwierdzenia jej w badaniu kierowcy na miejscu zdarzenia.

W przypadku podejrzenia prowadzenia pojazdu po zażyciu THC, kierowca poddawany jest najpierw przesiewowemu badaniu śliny lub moczu z wykorzystaniem metody immunoenzymatycznej. W sytuacji uzyskania wyniku pozytywnego należy od kierowcy pobrać krew.

W świetle rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu środków działających podobnie do alkoholu oraz warunków i sposobu przeprowadzania badań na ich obecność w organizmie [17] analiza krwi musi być wykonana metodą specyficzną, np. GC-MS lub LC-MS.

W praktyce pobranie krwi najczęściej wykonywane jest po upływie ponad godziny lub nawet dopiero po kilku godzinach od zdarzenia [16,18].

Stężenie THC obniża się stosunkowo szybko, dlatego jej zawartość w próbce krwi pobranej po dłuższym czasie będzie niższa, niż w momencie kierowania pojazdem.

Należy podkreślić, że to zawartość THC w krwi będzie miała decydujący wpływ na wskazanie w jakim stanie był kierujący, a nie obecność lub brak zewnętrznych objawów zaburzeń psychomotorycznych, wywołanych przez tą substancję [5].

Z tego powodu należy dążyć do wskazania zawartości THC w krwi kierującego w czasie prowadzenia pojazdu, ponieważ jej stężenie zmierzone w próbce dotyczy wyłącznie momentu pobrania.

Zmiany stężenia THC, czas półtrwania THC

Z publikacji [19] wynika, że stężenia THC w osoczu po upływie: 0,5, 1, 2 i 4 godziny od jej zażycia wynosiły odpowiednio: 8-50 ng/ml, 3-20 ng/ml, 1-8 ng/ml i 0-2,5 ng/ml. Dane te są zgodne z innymi raportami dotyczącymi poziomów THC w osoczu po wypaleniu marihuany [20, 21, 22, 23, 24].

Inne wyniki badań eksperymentalnych wskazują, że stężenie THC po 30 minutach od zażycia marihuany wynosiło w osoczu od 36 do 177 ng/ml, a po 60 minutach od 14 do 69 ng/ml [25].

Zawartość THC w osoczu nie jest równoważna z jej poziomem w pełnej krwi, a najczęściej to właśnie tego typu materiał biologiczny jest analizowany w celach procesowych.

Dlatego w/w stężenia THC należy skorygować o współczynnik podziału krew/osocze, który wynosi około 0,5 [26], czyli trzeba je pomniejszyć odpowiednio do zakresu około: 4-25 ng/ml (30 minut), 1,5-10 ng/ml (60 minut), 0,5-4 ng/ml (120 minut), 0-1,25 ng/ml (240 minut) lub do zakresu: około 18-88 ng/ml (30 minut), 7-34 ng/ml (60 minut).

Jednak bez względu na to, czy stężenie THC zostało zmierzone w osoczu, czy w pełnej krwi, to zauważalny jest szybki jego spadek, co wskazuje na krótki czas półtrwania tej substancji.

Czas półtrwania lub okres półtrwania (ang. half-life, $T_{1/2}$), to parametr farmakokinetyczny oznaczający czas, po upływie którego stężenie substancji w krwi zmniejsza się do połowy jej wartości początkowej po zakończeniu fazy wchłaniania i dystrybucji [27].

Z publikacji [28] wynika, że w przypadku THC czas jej półtrwania wynosi $1,4 \text{ h} \pm 0,1 \text{ h}$ ($T_{1/2} = 1,4 \text{ h}$), przy czym do opracowania wyników eksperymentu przyjęto, że faza wchłaniania i rozmieszczania dla tej substancji stabilizuje się po około godzinie od jej zażycia.

Mając zmierzone stężenie THC w krwi i znając czas półtrwania tej substancji można retrospektywnie (wstecznie) wskazać jaka była jej zawartość u kierującego w momencie prowadzenia pojazdu.

Retrospektywne obliczenia dla THC

Zawartość THC zmienia się wraz z upływem czasu według zależności wykładniczej:

$$C(t) = C_0 \times (1/2)^{t/T_{1/2}} \quad [29]$$

gdzie:

$C(t)$ – obliczone stężenie THC

$T_{1/2}$ – czas półtrwania THC

C_0 – stężenie THC zmierzone w krwi

t – czas jaki upłynął od momentu kierowania pojazdem do pobrania krwi

Należy tu jednak zwrócić uwagę, że czas półtrwania THC na poziomie $1,4 \text{ h} \pm 0,1 \text{ h}$ ($T_{1/2} = 1,4 \text{ h}$) został wyznaczony dla niewielkiej grupy ochotników biorących udział w eksperymencie, która wynosiła 10 osób. Dodatkowo, z uwagi na występujące zmiany oraz możliwe odchylenia od modelu przyjętego w tym eksperymencie, sugerowane jest zastosowanie do obliczeń retrospektywnych czasu półtrwania THC wynoszącego $2,8 \text{ h}$ ($T_{1/2} = 2,8 \text{ h}$). Taka jego wartość będzie wówczas okolicznością korzystną dla każdego kierującego i nie będzie ona miała charakteru indywidualnego. Jednocześnie zostanie uwzględnione ewentualne osobnicze zjawisko dłuższego czasu półtrwania THC niż $T_{1/2} = 1,4 \text{ h}$ w przypadku organizmu dowolnej osoby.

Przykład obliczenia retrospektywnego zawartości THC dla $T_{1/2} = 1,4 \text{ h}$

W krwi pobranej od kierującego o godzinie 23:16 stwierdzono THC w stężeniu 1 ng/ml (stan po użyciu tej substancji - wykroczenie).

Zdarzenie miało miejsce około godziny 18:00, czyli na około 5 godzin przed pobraniem od niego krwi.

W tym przypadku $C_0 = 1 \text{ ng/ml}$, a $t = 5 \text{ h}$.

Stężenie THC w krwi kierującego obliczone według w/w wzoru na około godzinę 18:00 wynosiłoby 11,8 ng/ml (stan pod wpływem tej substancji – przestępstwo).

Przykład obliczenia retrospektywnego zawartości THC dla $T_{1/2} = 2,8 \text{ h}$

W krwi pobranej od kierującego o godzinie 23:16 stwierdzono THC w stężeniu 1 ng/ml (stan po użyciu tej substancji - wykroczenie).

Zdarzenie miało miejsce około godziny 18:00, czyli na około 5 godzin przed pobraniem od niego krwi.

W tym przypadku $C_0 = 1 \text{ ng/ml}$, a $t = 5 \text{ h}$.

Stężenie THC w krwi kierującego obliczone według w/w wzoru na około godzinę 18:00 wynosiłoby 3,4 ng/ml (stan pod wpływem tej substancji – przestępstwo).

W/w przykłady wyraźnie wskazują na konieczność stosowania obliczenia retrospektywnego zawartości THC, a brak jego wykonania może prowadzić do błędnych wniosków w zakresie ustalenia stanu kierującego w czasie prowadzenia pojazdu.

Podsumowanie

Przetwory ziela konopi indyjskiej, a w szczególności marihuana są i zapewne nadal będą jednym z najpopularniejszych narkotyków w Polsce i na świecie. Zawarta w nich psychoaktywna substancja THC prowadzi do pojawienia się istotnych zaburzeń funkcji poznawczych i psychomotorycznych. Kierujący po zażyciu marihuany mają obniżone zdolności do prowadzenia pojazdu, dlatego stwarzają realne zagrożenie dla uczestników ruchu drogowego i pieszych.

Określenie stężenia THC w krwi kierującego ma kluczowe znaczenie dla wskazania w jakim stanie znajdował się w momencie prowadzenia pojazdu, a w dalszej kolejności dla stwierdzenia, czy popełnił on wkroczenie, czy przestępstwo.

Z uwagi na intensywny metabolizm THC w organizmie i szybki spadek jej zawartości w krwi zalecane jest każdorazowe wykonanie obliczenia retrospektywnego, aby uniknąć błędnych wniosków w opiniowaniu o stanie trzeźwości kierującego.

Piśmiennictwo:

1. Szukalski B. Metody analizy środków uzależniających Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa 1997: 79-83.
2. file:///C:/Users/papie/Downloads/TDXA12006ENN_402402.pdf [dostęp z dnia 10.05.2026 r.].
3. <https://www.vias.be/publications/DRUID%20-%20Final%20Report%20-%20Work%20performed,%20main%20results%20and%20recommendations/DRUID-Final%20Report.pdf> [dostęp z dnia 10.05.2026 r.].
4. Gil D. Czynniki wpływające na sprawność psychomotoryczną kierowców i bezpieczeństwo w ruchu lądowym w aspekcie uwarunkowań prawnych oraz wytycznych organizacji pozarządowych *Problems of Forensic Sciences* 2022, vol. 132, 259–269.
5. Korczyńska M., Kulikowska J., Celiński R., Nowicka J., Rojek S., Uttecht-Pudełko A. Stan pod wpływem substancji odurzających lub psychotropowych – porównanie wyników badań toksykologicznych z oceną lekarską w materiałach Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. *Arch. Med. Sąd. Kryminol.* 2011; 51: 35-42.
6. Olszowy Z., Albert M., Celiński R., Kulikowska J., Rojek S. Trudności opiniodawcze w sprawach dotyczących substancji psychoaktywnych w ruchu drogowym. *Arch. Med. Sąd. Kryminol.* 2007; 57: 210-214.
7. Niemcunowicz-Janica A., Wardaszka Z., Ptaszyńska-Sarosiek I. Badania nad obecnością środków odurzających i substancji psychotropowych w organizmach uczestników ruchu drogowego w materiale Zakładu Medycyny Sądowej UM w Białymstoku. *Arch. Med. Sąd. Kryminol.* 2009; 59: 194-198.

8. Curran HV, Freeman TP, Mokrysz C, et al. (2016) Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. *Nat. Rev. Neurosci.* 17: 293–306.
9. Spindle T.R., Cone E.J., Schlienz N.J., et al. (2018) Acute effects of smoked and vaporized cannabis in healthy adults who infrequently use cannabis: A crossover trial. *JAMA Netw Open* 1: e184841.
10. Volkow N.D., Swanson J.M., Evins A.E., et al. (2016) Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review. *JAMA Psychiatry* 73: 292–297.
11. Hartman R.L., Brown T.L., Milavetz G., et al. (2015) Cannabis effects on driving lateral control with and without alcohol. *Drug Alcohol Depend* 154: 25–37.
12. Bosker W.M., Kuypers K.P., Theunissen E.L., et al. (2012) Medicinal Delta(9)-tetrahydrocannabinol (dronabinol) impairs on-the-road driving performance of occasional and heavy cannabis users but is not detected in Standard Field Sobriety Tests. *Addiction* 107: 1837–1844.
13. Ramaekers J.G., Robbe H., O’Hanlon J. (2000) Marijuana, alcohol and actual driving performance. *Hum. Psychopharmacol.* 15: 551–558.
14. Arkell T.R., Lintzeris N., Kevin R.C., et al. (2019) Cannabidiol (CBD) content in vaporized cannabis does not prevent tetrahydrocannabinol (THC)-induced impairment of driving and cognition. *Psychopharmacology (Berl)* 236: 2713–2724.
15. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 roku w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1139 z późn.zm.).
16. Ćwiklińska M., Teresiński G., Buszewicz G. Medyczno-sądowe oraz prawno-karne aspekty opiniowania i orzekania w przypadkach intoksykacji środkami odurzającymi i działającymi podobnie do etanolu *Arch. Med. Sąd. Kryminol.* 2015; 65 (2): 77–89.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2014 roku w sprawie wykazu środków działających podobnie do alkoholu oraz warunków i sposobu przeprowadzania badań na ich obecność w organizmie (Dz. U. 2023 poz. 317 z późn. zm.).
18. <https://www.vias.be/publications/DRUID%20-%20Final%20Report%20-%20Work%20performed,%20main%20results%20and%20recommendations/DRUID-Final%20Report.pdf> [dostęp z dnia 10.05.2026 r.].
19. Huestis M.A., Henningfield E.J., Cone E.J. Blood Cannabinoids. I. Absorption of THC and Formation of 11-OH-THC and THCCOOH During and After Smoking Marijuana *J. Anal. Toxicol.* 1992 Sep-Oct;16(5):276-82.
20. Perez-Reyes M., Di Guiseppi S., Davis K.H., Schindler V.H., Cook C.E. Comparison of effects of marihuana cigarettes of three different potencies. *Clin. Pharmacol. Ther.* 31: 617-24 (1982).
21. Perez-Reyes M., Owens S.M., Di Guiseppi S. The clinical pharmacology and dynamics of marihuana cigarette smoking. *J. Clin. Pharmacol.* 21: 201S-207S (1981).

22. Ohlsson A., Lindgren J.E., Wahlen A., Agurell S., Hollister L.E., Gillespie H.K. Plasma delta-9-tetrahydrocannabinol concentrations and clinical effects after oral and intravenous administration and smoking. *Clin. Pharm. Ther.* 28: 409-16 (1980).
23. Valentine J.L., Bryant P.J., Gutshall P.L., Gan O.H., Lovegreen P.D., Thompson E.D., Niu H.C. High-pressure liquid chromatographic-mass spectrometric determination of Δ^9 -tetrahydrocannabinol in human plasma following marijuana smoking. *J. Pharm. Sci.* 65:1263-66 (1977).
24. Lindgren J.E., Ohlsson A., Agurell S., Hollister L., Gillespie H. Clinical effects and plasma levels of Δ^9 -tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC) in heavy and light users of cannabis. *Psychopharmacol.* 74: 208-12 (1981).
25. McBurney L.J., Bobbie B.A., Sepp L.A. GC/MS and EMIT analysis for Δ^9 -tetrahydrocannabinol metabolites in plasma and urine of human subjects. *J. Anal. Toxicol.* 10: 55-64 (1986).
26. Drummer O.H. Postmortem toxicology of drugs of abuse *Forensic Sci. Int.* 2004 Jun 10;142 (2-3):101-13.
27. Orzechowska-Juzwenko K. *Farmakologia kliniczna. Znaczenie w praktyce medycznej.* Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne, 2006, s. 31–32.
28. Kauert G.F., Ramaekers J.G., Schneider E., Moeller M.R., Toennes S.W. Pharmacokinetic Properties of Δ^9 -tetrahydrocannabinol in Serum and Oral Fluid *Journal of Analytical Toxicology*, Vol. 31, June 2007: 288-293.
29. https://pl.wikipedia.org/wiki/Czas_po%C5%82owicznego_rozpadu [dostęp z dnia 10.05.2026 r.].

Krzysztof Warzocha¹
Wojciech Wiszowaty²

Sporządzenie testamentu ustnego, a obawa rychłej śmierci – opisy przypadków oraz aspekty prawno – procesowe

Oral testament in condition of fear of imminent death – case reports, legal and procedural aspects

¹ Zakład Błędów Medycznych, Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi

² Zakład Prawa Medycznego, Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi

STRESZCZENIE:

Niniejsze opisy przypadków opracowano w oparciu o dowody z opinii biegłego onkologa klinicznego, dopuszczone w postępowaniach cywilnych opracowane w odpowiedzi na postanowienia sądów rejonowych. Przedmiotem opinii było ustalenie, czy w dacie sporządzenia testamentu spadkodawcy znajdowali się w stanach obawy wystąpienia rychłej śmierci. Przytoczone przypadki obrazują różne wyniki analizy materiałów dostarczonych biegłemu, w pierwszym stanie faktycznym zdaniem biegłego przesłanki sporządzenia testamentu ustnego zaistniały, w pozostałych przypadkach z przyczyn opisanych poniżej, brak było warunków do uznania ważności testamentu ustnego.

Słowa kluczowe:

opinia sądowno-lekarska, testament, obawa rychłej śmierci

ABSTRACT:

These case reports have been prepared on the basis of evidence from the opinion of an expert clinical oncologist, admitted in civil proceedings, developed in response to the decision of district courts. The subject of the opinion was to determine whether on the

date of making the will, the testators were in a state of fear of imminent death. Cited cases illustrate different results of the analysis of the materials provided to the expert, in the first situation, in the opinion of the expert, the prerequisites for making an oral will occurred, in the remaining cases for the reasons described below, there were no conditions for recognizing the validity of an oral will.

Keywords:

forensic medical opinion, last will, fear of imminent death

Wprowadzenie

Obawa rychłej śmierci nie jest pojęciem medycznym i nie ma jednoznacznej i niepodważalnej jej definicji. Z punktu widzenia medycznego oznacza taki stan zdrowia chorego (spadkodawcy), który może skutkować wystąpieniem zgonu w bliskiej perspektywie czasowej. Należy jednak dokonać rozróżnienia, czy ze względu na stan zdrowia spadkodawcy (somatyczny i psychiczny) w dacie wyrażania ostatniej woli, a więc w dacie sporządzenia testamentu, zachodziła jedynie obiektywna przesłanka - z punktu widzenia wiedzy i doświadczenia zawodowego biegłego - wystąpienia obawy rychłej śmierci, czy też określony stan zdrowia spadkodawcy w dacie sporządzenia testamentu, mógł wywołać także subiektywną obawę o swoje życie i przekonanie o jego zagrożeniu rychłą śmiercią. Załączone poniżej opisy przypadków wskazują na złożoność orzekania w przedmiotowych sprawach, które powinny uwzględniać nie tylko obiektywny stan zdrowia spadkodawcy, ale także - a może przede wszystkim - możliwość subiektywnego odczuwania przez spadkodawcę zagrożenia życia, przybierającego cechy nieuchronności i braku możliwości odwrócenia przyczyn tego zagrożenia.

Przypadek 1

Z okresu poprzedzającego sporządzenie testamentu, udostępniona biegłemu dokumentacja medyczna zawierała m.in.:

- a) Kartę Informacyjną Leczenia Szpitalnego w okresie około 4 miesięcy poprzedzających dzień testowania (...). Rozpoznanie: „Rak piersi lewej po neoadjuwantowej chemioterapii”. Epikryza: „Chora po neoadjuwantowej chemioterapii przyjęta w celu operacji radykalnej (...), operowana, wykonano: mastektomia podskórna lewostronna, z zaoszczędzeniem kompleksu brodawka-otoczek, radioterapia śródoperacyjna kompleksu brodawka-otoczek, usunięcie tkanek dolnego piętra pachy lewej, założenie ekspandera, założenie cewnika infuzji leków przeciwbólowych. Drenaż. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Gojenie rany prawidłowe (...). Pacjentka w stanie ogólnym dobrym wypisana do domu (...);”
- b) Kartę Informacyjną Leczenia Szpitalnego w okresie około 4 miesięcy poprzedzających

dzień testowania (...). Rozpoznanie: „Stan po radykalnym leczeniu raka piersi lewej. Po I etapie rekonstrukcji expanderem”. Epikryza: „Pacjentka l. 35 przyjęta celem wymiany expandera na protezę; operowana, wykonano wymianę expandera na protezę stałą (...). Przebieg pooperacyjny powikłany stanem zapalnym rany, wdrożono antybiotykoterapię (...). Dalszy przebieg bez powikłań. Gojenie rany prawidłowe (usunięto dren Redona). Pacjentka w stanie ogólnym dobrym wypisana do domu (...);”

- c) Wynik badania TK klatki piersiowej i jamy brzusznej z okresu poprzedzającego na około 1 miesiąc dzień testowania (...): „w obu płucach widoczne są liczne guzki meta (...). Zagęszczenia miąższowe najpewniej niedodmowo-zapalne w segmentach podstawnych płata dolnego płuca lewego. Niedodma płata środkowego płuca prawego (...). Umiarkowana ilość płynu w lewej jamie opłucnej – grubość warstwy płynu w pozycji leżącej badania ok. 26 mm. Opłucna ścienna lewej połowy kłp odcinkowo guzkowo pogrubiała – podejrzenie meta (...). Liczne powiększone węzły chłonne śródpiersia i wnęk płucnych z cechami rozpadu (...). Powiększony węzeł chłonny nadobojczykowy lewy (...). Bardzo liczne węzły chłonne pachowe lewe oraz pod mięśniem piersiowym mniejszym (...). W obu nerkach widoczne są słabo odgraniczone hipodensyjne obszary – zmiany zapalne? przerzutowe? (...). Ogniska rozrzedzenia struktury kostnej w trzonach kręgów Th9 i L5 (...);”
- d) Kartę Informacyjną Leczenia Szpitalnego w okresie 3 tygodni poprzedzających dzień testowania (...). Rozpoznanie: „Wtórny nowotwór mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych. Miejscowo zaawansowany rak piersi lewej po chemioterapii indukcyjnej. Wtórny nowotwór płuc. Wtórny nowotwór opłucnej. Wtórny nowotwór kości. Wtórny nowotwór w. chłonnych. Wtórny nowotwór skóry”. Rozpoznanie histopatologiczne: „CB: ca inv NST G2 podtyp TNBC Ki 67 80%. Materiał po mastektomii: rak naciekający NST G2, komórkowość 5%, wymiar 0,4 cm. Wznowa miejscowa: infiltratio ca mammae”. Epikryza: „Pacjentka l. 35 chora na miejscowo zaawansowanego raka piersi lewej cT3N1 (podtyp potrójnie ujemny Ki67 80%), po indukcyjnej chemioterapii 4 x AC, 12 x PCL, po mastektomii podskórnej z zachowaniem kompleksu brodawka-otoczek ze śródoperacyjną radioterapią z wszczęciem ekspandera, u której podczas wymiany na protezę stałą wycięto guzek przerzutowy. Przyjęta do Kliniki w trybie nagłym z powodu pogorszenia stanu ogólnego, z dusznością spoczynkową i potwierdzonym w badaniu CT kłp rozsiewem do płuc, opłucnej, w. chłonnych śródpiersia, kości. Przy przyjęciu stan chorej średni, duszność spoczynkowa, męczący kaszel, osłabienie w st. 2, wymagała tlenoterapii. Decyzją zespołową zakwalifikowana do paliatywnej chemioterapii w oparciu o karboplatynę. Z uwagi na uporczywe nudności i wymioty wykonano CT OUN, stwierdzono liczne otoczone obrzękiem zmiany przerzutowe w obu półkulach mózgu i mózdzku oraz zagrożenie wstawianiem się migdałków mózdzku do otworu wielkiego. Wdrożone leczenie p/obrzękowe (Mannitol, Dexaven, Furosemid) uzyskując zmniejszenie objawów ciasnoty śródmozgowej. Zakwalifikowana do napromieniania OUN - napromieniana na mózg fotonami X 6 MeV z 2 pól bocznych po 300 cGy/t. Otrzymała łączną dawkę 3000 cGy/t z dobrą bezpośrednią tolerancją leczenia.

Jednocześnie z uwagi na znaczną duszność wynikającą najpewniej z lymphangitis ca i mikroatorwością płucnej kontynuowano także chemioterapię. W trakcie pobytu podano łącznie 4 kursy leczenia z dobrą bezpośrednią tolerancją, bez istotnej toksyczności. Uzyskano znaczną poprawę stanu chorej, ustąpienie duszności i kaszlu. Wdrożono także leczenie wspomagające denosumabem. Wypisana do domu w stanie poprawy, z zaleceniami (...): na stałe proszę przyjmować Tramal Ret 100 mg 2 x 1 tabl, Controloc 20 mg 1 x 1 tabl, Clexane 60 mg 1 amp; Betaloc ZOK, Milurit, Calperos, Devicap, Pabi Dexamethason (...);

- e) Kartę Informacyjną Leczenia Szpitalnego w okresie 1 tygodnia oraz 2, 3 i 4 tygodnie po dniu testowania (...). Rozpoznanie: „Nowotwór złośliwy sutka. Wtórny nowotwór złośliwy skóry. Wtórne nowotwory mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych. Wtórny nowotwór złośliwy płuc. Wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego”. Podanie cystostatyków: „Carboplatin, Ondansetron”. Epikryza: „Chora przyjęta w celu podania wg programu karboplatyna 250 mg i.v. Leczenie wspomagające Ondansteron 8 mg iv. Obserwacje: „bezpośrednia tolerancja wlewu dobra. Podanie leków bez powikłań”;
- f) Wynik badania TK klatki piersiowej i jamy brzusznej w okresie około 5 tygodni po dniu testowania: „(...) Porównano z badaniem poprzednim – progresja. Pojawiły się nowe, liczne guzki śródmiąższowe i przyopłucnowe w obu płucach (...). Nasiliły się zmiany naciekowo-niedodmowe w obu płucach. Zwiększyła się ilość płynu w obu jamach opłucnowych (...). Część węzłów chłonnych powiększyła się i pojawiły się nowe (...). Powiększyły się nacieki meta w obu nerkach (...). Progresja zmian w kościach (...)”.

Na podstawie analizy akt sprawy i w/w dokumentacji medycznej należało stwierdzić, iż u spadkodawczynie rozpoznano na około 1 roku przed dniem testowania miejscowo zaawansowany nowotwór złośliwy piersi lewej („cT3N1; podtyp potrójnie ujemny; Ki67 80%”), który początkowo wymagał zastosowania chemioterapii przedoperacyjnej, ukończonej na około 5 miesięcy przed dniem testowania. Następnie została zakwalifikowana do podskórnej mastektomii (około 4 miesiące przed dniem testowania), z zachowaniem kompleksu brodawka-otoczek, ze śródoperacyjną radioterapią i wszczęciem ekspandera. Podczas wymiany ekspandera na protezę stałą wycięto około 2 miesiące przed dniem testowania, podskórny guzek piersi lewej, obecny w granicy pola wcześniej napromienianego - wynik badania histopatologicznego w/w guzka wykazał obecność zmiany o charakterze przerzutowym raka piersi. Na około 5 tygodni przed dniem testowania spadkodawczynie została interwencyjnie przyjęta w trybie pilnym do szpitala, z powodu pogorszenia stanu ogólnego, z dusznością spoczynkową i potwierdzonym w badaniu tomografii komputerowej klatki piersiowej i jamy brzusznej masywnym rozsiewem raka piersi do płuc, opłucnej, węzłów chłonnych śródpiersia, kości i nerek. W epikryzie karty informacyjnej przedmiotowej hospitalizacji podniesiono m.in., iż przy przyjęciu stan chorej był „średni, duszność spoczynkowa, męczący kaszel, osłabienie w st. 2, wymagała tlenoterapii”.

Decyzją konsylium wielodyscyplinarnego spadkodawczynie została zakwalifikowana do paliatywnej chemioterapii - leczenie rozpoczęto około 3 tygodni przed dniem testowania - z uwagi na uporczywe nudności i wymioty wykonano także badanie tomografii komputerowej ośrodkowego układu nerwowego, w którym stwierdzono „liczne, otoczone obrzękiem zmiany przerzutowe w obu półkulach mózgu i mózdzku oraz zagrożenie wstąpieniem się migdałków mózdzku do otworu wielkiego”. W wyniku leczenia przeciwobrzętkowego (Mannitol, Dexaven, Furosemid) i paliatywnego napromieniania mózgowia, które zakończono 3 dni przed dniem testowania, uzyskano zmniejszenie objawów ciasnoty śródmózgowej i kontynuowano także chemioterapię (podano łącznie 4 kursy leczenia karboplatyną, z dobrą bezpośrednią tolerancją, bez istotnej toksyczności). W wyniku w/w leczenia, podjętego podczas przedmiotowej hospitalizacji, uzyskano znaczną poprawę stanu ogólnego spadkodawczynie, w tym zmniejszenie duszności i kaszlu. Na dwa dni przed dniem testowania została wypisana do domu w stanie poprawy, z zaleceniami przyjmowania: Tramalu Ret, Controlocu, Clexanu, Betalocu, Miluritu, Calperosu, Devicapu i Pabi Deksametazonu. Kolejne cykle chemioterapii przeprowadzono u spadkodawczynie w ramach hospitalizacji jednodniowych, odpowiednio tydzień po oraz 2, 3, 4 tygodnie po dniu testowania. W kontrolnym badaniu tomografii komputerowej klatki piersiowej i jamy brzusznej, wykonanym 5 tygodni po dniu testowania, stwierdzono istotną progresję zmian przerzutowych raka piersi, w tym zwłaszcza w zakresie obu płuc, opłucnej, węzłów chłonnych, nerek i kości. Co istotne, pomimo oporności choroby nowotworowej i jej wielonarządowego rozsiewu, ogólny stan zdrowia spadkodawczynie pozostawał względnie ustabilizowany do czasu przeprowadzenia tego badania, o czym świadczy przede wszystkim treść adnotacji medycznych z hospitalizacji jednodniowych, które miały na celu kontynuowanie chemioterapii paliatywnej. Kontynuowanie w tym czasie chemioterapii pośrednio świadczy również o tym, iż spadkodawczynie pozostawała zorientowana auto- i allopsychicznie, albowiem każdorazowo była zobowiązana wyrazić świadomą zgodę na proponowane leczenie.

W opinii biegłego onkologa, zachorowanie spadkodawczynie na nowotwór złośliwy piersi lewej - wyjściowo z cechami złego rokowania, o czym świadczyła m.in. jego trójnegatywność w zakresie receptorów progesteronowych, estrogenowych i HER oraz wskaźnik proliferacji Ki 67 – 80% - a następnie poddanie się długofalowej terapii skojarzonej w oparciu o przedoperacyjną chemioterapię, radykalny zabieg operacyjny i radioterapię śródoperacyjną przemawiają za tym, iż od samego początku choroby była ona w pełni świadoma zagrożeń zdrowotnych wynikających ze statusu onkologicznego wysokiego ryzyka. Powyższe zagrożenie stało się faktem z chwilą stwierdzenia zmiany przerzutowej w piersi lewej na około 2 miesiące przed dniem testowania, zwłaszcza z chwilą wystąpienia pogorszenia stanu ogólnego, z cechami niewydolności oddechowej, które były skutkiem wielonarządowego rozsiewu raka, potwierdzonego wynikami badań obrazowych. Stwierdzenie na około 3 tygodnie przed dniem testowania obecności przerzutów raka w mózgowiu, zagrażających w badaniu tomografii komputerowej wystąpieniem ciasnoty śródmózgowej i wkliniowaniem

mózdzku do otworu wielkiego czaszki oraz konieczność zastosowania skojarzonego leczenia ratunkowego za pomocą systemowej chemioterapii i radioterapii mózgowia, musiało wywołać u spadkodawczynie - z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością - obawę rychłej śmierci, która wynikała nie tylko z niekontrolowanej progresji nowotworu w obrębie krytycznych dla życia narządów (mózg, płuca, nerki, kości, węzły chłonne), ale także z jej powikłań (nudności i wymioty wywołane ciasnotą śródczaszkową) oraz z konieczności poddania się kolejnemu etapowi skojarzonego leczenia onkologicznego, w tym chemio- i radioterapii.

Co istotne, pomimo zaawansowanej choroby nowotworowej oraz występowania podmiotowych i przedmiotowych objawów wynikających z tego stanu, to jednak stan świadomości oraz orientacja auto- i allopsychiczna spadkodawczynie były zachowane. W nadesłanej dokumentacji medycznej nie ma bowiem przesłanek, które mogłyby świadczyć o występowaniu u niej zaburzeń świadomości, ograniczonego kontaktu słowno-logicznego czy deficytów neurologicznych. Również rodzaj i dawki przyjmowanych przez leków w okresie zbliżonym do dnia testowania nie miały istotnego wpływu na stan świadomości spadkodawczynie. Z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością należy zatem przyjąć, iż w dacie ustnego oświadczenia ostatniej woli stan zdrowia spadkodawczynie mógł stwarzać nie tylko subiektywną, ale także obiektywną obawę rychłej śmierci.

Przypadek 2

Z okresu poprzedzającego sporządzenie testamentu, udostępniona biegłemu dokumentacja medyczna zawierała m.in. informacje o tym, że spadkodawca cierpiał na wiele schorzeń natury przewlekłej, które w ostatnich miesiącach życia uległy istotnemu zaostrzeniu. Należały do nich przede wszystkim: 1) narastające objawy niewydolności oddechowej wywołane przewlekłą chorobą obturacyjną płuc, powikłaną wieloma nawracającymi epizodami zapalenia oskrzeli i płuc o etiologii infekcyjnej; 2) narastające objawy przewlekłej niewydolności serca, wtórnej do w/w zaburzeń w układzie oddechowym (tzw. zespół serca płucnego); 3) narastające objawy niewydolności nerek spowodowane, przede wszystkim, wodonerczem wynikającym z ucisku moczowodu przez pakiety powiększonych węzłów chłonnych w jamie brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej, a także niewydolnością krążenia; 4) nierozpoznany przyżyciowo (choć klinicznie podejrzewany) proces nowotworowy – rak gruczołu krokowego - naciekający przestrzeń zaotrzewnową miednicy małej, z przerzutami do węzłów chłonnych jamy brzusznej, przestrzeni zaotrzewnowej i wątroby.

Co istotne, zapoczątkowanie w/w kaskady niepomyślnych zdarzeń prowadzących do zgonu spadkodawcy został zapoczątkowany kilka lat przed dniem testowania. Deterioracja stanu ogólnego i wydolności oddechowo-krążeniowej oraz niedołożności postępowały w kolejnych latach stopniowo, jednak spadkodawca pozostawał wciąż osobą mogącą

poruszać się samodzielnie, ale wymagającą asysty drugiej osoby w wypełnianiu podstawowych czynności, takich jak toaleta ciała, jedzenie, czynności fizjologiczne. Świadczą o tym m.in. obserwacje lekarskie i pielęgniarskie widniejące w dokumentacji medycznej z okresu hospitalizacji spadkodawcy 5 dni po dacie sporządzenia domniemanego testamentu ustnego: „Pacjent otrzymał zalecenie od ortopedy leżącego trybu życia”, „prawidłowo odżywiony”, „w stanie ogólnym średnim”, „świadomość zachowana prawidłowa”, „ułożenie dowolne”, „stan psychiczny prawidłowy”, „nastawienie do hospitalizacji pozytywne, sprawność fizyczna – porusza się przy pomocy drugiej osoby, świadomość pełna”, „ocena zapotrzebowania na opiekę – wymaga pomocy przy toalecie ciała, odżywianiu, wydalaniu”, „pacjent nowoprzyjęty, słabo chodzący, kontakt logiczny zachowany”. Spadkodawca ponadto składał co najmniej 3-krotnie własnoręczne podpisy pod świadomą zgodą przyjęcia do szpitala w kolejnych tygodniach po dniu testowania, w tym w celu przeprowadzenia gastroskopii i pobrania węzła chłonnego do badania histopatologicznego. Powyższe okoliczności oznaczały, iż stan ogólny spadkodawcy i niedołożność występująca w okresie bezpośrednio zbliżonym do dnia testowania – związana z licznymi schorzeniami przewlekłymi, dodatkowo zaostrzonymi zapaleniem oskrzeli i płuc oraz leżącym trybem życia – nie uniemożliwiały sporządzenia testamentu zwykłego, a przynajmniej brak było wiarygodnego uzasadnienia medycznego dla wystąpienia takich okoliczności. Co istotne, w tym czasie ani później spadkodawca nie miał świadomości choroby nowotworowej, albowiem była ona stwierdzona dopiero w pośmiertnym badaniu sekcyjnym. Wszystkie wyniki badań dodatkowych przeprowadzonych przyżyciowo dokumentowały brak takiej choroby (badania histopatologiczne węzła chłonnego i z gastroskopii), chociaż ją sugerowały (masywna limfadenopatia brzuszna i przestrzeni zaotrzewnowej).

W opinii biegłego, dostępna dokumentacja medyczna zawarta w aktach sprawy, zwłaszcza dotycząca stopniowego pogarszania się stanu zdrowia w okresie zbliżonym do dnia testowania - wywołanego wieloma schorzeniami internistycznymi i nierozpoznaną przyżyciowo chorobą nowotworową - pozwalała z przeważającym prawdopodobieństwem stwierdzić, że spadkodawca nie miał w tym czasie świadomości istniejącego zagrożenia dla jego zdrowia i życia ani tym bardziej obawy rychłej śmierci, tzn. że taka obawa nie występowała u spadkodawcy w dacie domniemanego sporządzenia testamentu ustnego. Dowodzić tego może m.in. treść adnotacji lekarskiej, sporządzonej kilka dni po dniu testowania, iż spadkodawca chociaż był w „stanie ogólnym „średnim” i miał „świadomość zachowaną prawidłowo” oraz „ułożenie dowolne” i „stan psychiczny prawidłowy”, to jednak „nie pamięta w ogóle na co się leczy”. Powyższe mogło oznaczać, iż pomimo tego, że spadkodawca odczuwał w tym dniu liczne dolegliwości, przede wszystkim stany podgorączkowe, duszność i osłabienie, to nie miał świadomości istnienia wcześniejszych chorób przewlekłych (w tym nowotworowych), które mogłyby być odpowiedzialne za aktualne pogorszenie stanu zdrowia ani tym bardziej, że wymagały leczenia i zagrażały jego życiu. Jeśli takiej świadomości u spadkodawcy nie było w tym dniu, to tym bardziej jest mało prawdopodobne, aby wystąpiła

u niego obawa rychłej śmierci 5 dni wcześniej, tj. w dacie domniemanego sporządzenia testamentu ustnego, kiedy dolegliwości w ogóle nie odczuwał lub były one miernie nasilone.

W podsumowaniu, biorąc pod uwagę wiele schorzeń przewlekłych i stopniowo pogarszający się stan somatyczny w ostatnich miesiącach życia, należało stwierdzić, iż stan zdrowia spadkodawcy na dzień domniemanego sporządzenia ustnego testamentu nie uzasadniał subiektywnie pojmowanej obawy rychłej śmierci ani świadomość chorowania na zagrażające życiu choroby (w tym nowotworowe), chociaż istniały medyczne (obiektywne) przesłanki do takich obaw.

Przypadek 3

Z okresu poprzedzającego sporządzenie testamentu, udostępniona biegłemu dokumentacja medyczna zawierała m.in. informację o tym, że: 1) spadkodawczyni została przyjęta do szpitala - na około 2,5 miesiąca przed dniem testowania - celem wyjaśnienia zaburzeń neurologicznych, które pojawiły się w okresie kilku tygodni poprzedzającej hospitalizację. W wyniku diagnostyki wstępnej stwierdzono występowanie obustronnie guzów kąta mostkowo-mózdzkowego, a ponadto stwierdzono w wywiadzie zachorowanie przed 12 laty na nowotwór układu chłonnego (chłoniaka) migdałka, który po skojarzonym leczeniu onkologicznym pozostawał przez cały ten okres w całkowitej remisji; 2) około 2 miesiące przed dniem testowania wystąpiły u spadkodawczyni objawy splątania, z okresami pobudzenia, oraz pogorszenie stanu ogólnego. W badaniu przedmiotowym stwierdzono obwodowy niedowład lewego nerwu twarzowego, kończynowy niedowład prawostronny, a w badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego liczne nieprawidłowości, w tym podwyższony poziom białka, zwiększoną cytozę i obecność komórek chłoniakowych. Na podstawie badań dodatkowych stwierdzono nacieki chłoniaka (DLBCL - chłoniak rozlany z dużych komórek B), obejmujący nie tylko ośrodkowy układ nerwowy, ale także inne tkanki i narządy obwodowe, w tym gruczoły piersiowe i węzły chłonne klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy; 3) z uwagi na dominujące objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego rozpoczęto chemioterapię systemową i leczenie miejscowe (dokanałowe). Powyższe leczenie było powikłane wieloma epizodami wstrząsu posoczniczego o etiologii bakteryjnej, a także migotaniem przedsionków, zatorowością płucną oraz zaburzeniami elektrolitowymi i gazometrycznymi (kwasica metaboliczna, hipoksemia, hiperkapnia). Obserwowano także zapalenie uchyłków jelita grubego i zstępnicy. Powyższe okoliczności wymagały długotrwałej terapii antybiotykowej, aminami presyjnymi, roztworami koloidowymi, albuminami oraz tlenoterapii, w przebiegu której obserwowano okresy poprawy stanu ogólnego i następujących zaostrzeń. Z uwagi na w/w nawracające powikłania infekcyjne, krążeniowe, metaboliczne i elektrolitowe, a w konsekwencji zły stan ogólny, zdecydowano (ok. 2 tygodnie przed dniem testowania) o zaprzestaniu dalszego leczenia onkologicznego, utrzymując jedynie leczenie objawowe; 4) na 10 dni przed dniem testowania rozpoznano u spadkodawczyni zapalenie płuc o etiologii *K.*

pneumoniae ESB(+), przebiegające z obecnością płynu w prawej jamie opłucnowej i niedodmą dolnych segmentów tego płuca oraz niską saturacją tlenem oraz hiperkapnią krwi obwodowej (spełniających kryteria częściowej niewydolności oddechowej). Ze względu na ciężki stan ogólny, odstąpiono od przeprowadzenia punkcji odbarczającej jamę opłucnową i kontynuowano intensywne leczenie wspomagające. W wyniku tego leczenia uzyskano kilkudniową poprawę stanu ogólnego, w tym poprawę stanu psychicznego, o czym mogą świadczyć wyniki badań psychologicznych i testy przeprowadzone na tydzień przed dniem testowania: „*nastrój obniżony, adekwatnie do aktualnego stanu zdrowia i wyników badań. Pacjentka zorientowana allo i autopsychicznie, w dobrym kontakcie i z dużym napięciem...*”. Co istotne, w dniu testowania stan ogólny spadkodawczyni istotnie się pogorszył; nadto dołączyły się objawy zaburzeń świadomości. Według obserwacji lekarza prowadzącego z tego dnia stwierdzono: „*słaby kontakt z chorą, chora podsypiająca, niezorientowana co do miejsca i czasu. Kontakt słowny zachowany (...)*”. W dniu następnym odnotowano: „*chora podsypiająca, w kontakcie słownym nie do końca logicznym, niezorientowana co do miejsca, słabo co do własnej osoby...*”; *chora otrzymywała w tym czasie „ciągły wlew midazolamu w schemacie sedacji paliatywnej”*; 5) w kolejnych dniach stan chorej pozostawał bardzo ciężki, z utrudnionym kontaktem słowno-logicznym lub niemożliwym do nawiązania. Trzy dni po dniu testowania stan chorej został określony jako „terminalny”; stopniowo narastała niewydolność oddechowa i krążeniowa. W nocy poprzedzającej zgon (6 dni po dniu testowania), spadkodawczyni zagorączkowała do 39°C, a następnie stwierdzono zgon w mechanizmie asystolii komór.

Na podstawie analizy akt sprawy i dostępnej dokumentacji medycznej należało stwierdzić, iż spadkodawczyni cierpiała od wielu lat poprzedzających dzień testowania, na liczne schorzenia, w tym o charakterze neurologicznym i nowotworowym. Pierwsze zachorowanie na chłoniaka migdałka podniebiennego miało miejsce kilkanaście lat przed dniem testowania. W wyniku podjętego wtedy leczenia skojarzonego chemio- i radioterapią uzyskano całkowitą remisję choroby, utrzymującą się przez kilkanaście lat. Powtórne zachorowanie na drugiego chłoniaka, przebiegające z zajęciem wielu tkanek i narządów (w tym ośrodkowego układu nerwowego) wystąpiło około 2-3 miesięcy przed dniem testowania. Zastosowane wtedy leczenie onkologiczne (chemioterapia systemowa i dokanałowa) nie pozwoliło na uzyskanie remisji chłoniaka, skutkowało natomiast licznymi i bardzo ciężko przebiegającymi powikłaniami, w tym pod postacią wstrząsów septycznych, zapalenia i zatorowości płucnej, niewydolności oddechowej i obrzęku płuc. Wpisy w dokumentacji medycznej, w tym obserwacje lekarskie, raporty pielęgniarskie i konsultacje psychoonkologiczne, świadczyły o tym, że do dnia poprzedzającego dzień testowania spadkodawczyni pozostawała w pełni świadoma ciężkości swojego stanu zdrowia i odczuwała z tego powodu silne napięcie emocjonalne. Istotne pogorszenie stanu ogólnego, przebiegające z zaburzeniami świadomości oraz skutkujące ograniczonym kontaktem słowno-logicznym i zaburzeniami orientacji allo- i autopsychicznej nastąpiło w dniu następnym, wskazywanym jako

dzień sporządzenia testamentu ustnego. Dalsze pogorszenie stanu ogólnego, neurologicznego, metabolicznego, oddechowego i krążeniowego chorej obserwowano w ciągu następujących kilku dni, aż do daty zgonu (6 dni po dniu testowania).

W opinii biegłego, dostępna dokumentacja medyczna zawarta w aktach sprawy – zwłaszcza dotycząca szybko postępującego pogorszenia stanu somatycznego i metabolicznego (niewydolność oddechowo-krążeniowa) oraz psychicznego (zaburzenia orientacji auto i allopsychicznej) - pozwala z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością stwierdzić, że stan zdrowia spadkodawczynie uzasadniał w ostatnich tygodniach jej życia obiektywnie pojmowaną obawę rychłej śmierci, czyli, że występowała ona także w dacie sporządzenia testamentu ustnego. Co istotne, to właśnie w tym dniu, nastąpiło istotne pogorszenie jej stanu zdrowia, na co jednomyślnie wskazują wpisy w dokumentacji medycznej (leкарskie, pielęgniarskie, psychoonkologiczne) oraz zeznania świadków. Biorąc pod uwagę stan zaawansowania zasadniczej choroby nowotworowej, a zwłaszcza szybko pogarszający się stan somatyczny i psychiczny spadkodawczynie w ostatnich dniach życia, należało przyjąć, iż stan zdrowia spadkodawczynie na dzień sporządzania testamentu ustnego uzasadniał obiektywnie pojmowaną obawę rychłej śmierci, ale istnieją poważne wątpliwości, czy takie obawy wystąpiły w sposób uświadomiony u samej spadkodawczynie albowiem prezentowała w tym czasie zaburzenia orientacji auto i allopsychicznej, oddechowe i krążeniowe oraz metaboliczne, gazometryczne i elektrolitowe uniemożliwiające w praktyce przeprowadzenie czynności testowania.

Podsumowanie

Obawa rychłej śmierci nie jest pojęciem medycznym i nie ma jednoznacznej i niepodważalnej jej definicji. Wydaje się jednak, że dla stwierdzenia istnienia takiej przesłanki nie wystarczy ani sam wiek spadkodawcy, ani utrzymujący się przez dłuższy czas zły stan zdrowia. W kwestii tej istotna jest taka zmiana stanu zdrowia, która sama przez się lub w powiązaniu z wiekiem chorego lub nieuleczalną chorobą (np. nowotworem) wskazuje, iż w opartej o doświadczenie życiowe ocenie taka obawa zachodzi[1]. Istotne jest również przeświadczenie, że zagrożenie dla życia chorego przybiera cechy nieuchronności oraz brak jest możliwości odwrócenia przyczyn tego zagrożenia. Jak wskazał Sąd Najwyższy w stanach chorobowych, które nieuchronnie prowadzą do zgonu chorego, ustawową przesłankę obawy rychłej śmierci (art. 952 § 1 Kodeksu cywilnego z dnia 23 kwietnia 1964 roku – Dz.U. 2025 poz. 1071 poz. 1061 z późn zm.- dalej k.c.) można uznać za spełnioną wówczas, gdy w stanie zdrowia następuje nagle pogorszenie lub pojawiają się nowe rokowania wskazujące na nadzwyczajną bliskość czasową śmierci spadkodawcy[2].

W pierwszym, opisanym powyżej przypadku, dostępna dokumentacja medyczna zawarta w aktach sprawy, zwłaszcza dotycząca dynamicznego pogorszenia się stanu zdrowia spadkodawczynie kilka tygodni przed dniem testowania, pozwalała z prawdopodobieństwem

graniczącym z pewnością przyjąć, iż testatorka miała w tym czasie pełną świadomość istniejącego zagrożenia dla jej zdrowia oraz że mogła z tego powodu obawiać się rychłej śmierci.

W drugim przypadku, w dacie domniemanego sporządzenia testamentu ustnego nie istniała obawa rychłej śmierci u spadkodawcy ani tym bardziej świadomość chorowania na zagrażające życiu choroby, w tym nowotworowe.

W trzecim przypadku, stan zdrowia spadkodawczynie na dzień sporządzania testamentu ustnego uzasadniał obiektywnie pojmowaną obawę rychłej śmierci, ale zaistniały poważne wątpliwości, czy takie obawy mogły wystąpić w sposób uświadomiony u samej spadkodawczynie, albowiem prezentowała w tym czasie zaburzenia orientacji auto i allopsychicznej oraz oddechowe i krążeniowe, wtórne do oraz zaburzeń metabolicznych, gazometrycznych i elektrolitowych.

Komentarz prawny

Forma oświadczenia ostatniej woli przez spadkobiercę określona w art. 952 § 1 k.c. stanowi najczęściej sporządzany testament szczególny. Z uwagi na jego formę należy także do testamentów, których treść następnie jest stosunkowo często manipulowana[3]. Szczególna forma testamentu ustnego w stosunku do bardziej sformalizowanych postaci ostatniej woli, określonych w przepisach art. 949-951 k.c. prowadzi też do konieczności wykładni „ściśniej” warunków jego sporządzenia[4]. Podkreśla się przy tym, że art. 948 k.c., pozwalający na wykładnię testamentu nie uzasadnia liberalizacji wymagań formalnych przewidzianych dla testamentu ustnego[5]. Ponadto jako wyjątek nie powinien być interpretowany rozszerzająco[6].

Pojęcie obawy rychłej śmierci nie jest jednolicie traktowane w orzecznictwie i w toku kilkudziesięcioletniej wykładni przepisu wypracowano różne formy jego rozumienia. Pierwsze stanowisko[7] wskazuje, że owa obawa rychłej śmierci winna mieć charakter obiektywny to jest wynikać z realnych obaw o życie testatora ocenianych z punktu widzenia wiedzy medycznej. Rozważania koncentrują się w takim przypadku czy stan spadkodawcy stanowi obiektywną przyczynę uzasadniającą powstanie obawy rychłej śmierci. Drugie ze stanowisk[8] kładzie nacisk na aspekt subiektywny czyli przeświadczenie testatora, o tym że owa obawa rychłej śmierci istnieje, co daje mu asumpt do wyrażenia ostatniej woli w sposób określony w art. 952 § 1 k.c. Powyższe koncepcje starają się godzić stanowiska doktryny[9] i orzecznictwa[10] łączące oba ujęcia zagadnienia i wskazujące na to, że owa obawa jako stan psychiczny czy przecucie testatora powinna także podlegać weryfikacji zgodnie z wiedzą medyczną.

Samo pojęcie obawy rychłej śmierci odnosi się nie tyle do strachu przed zgonem a świadomością czy braniem pod uwagę przez testatora takiej możliwości. Stan ten też ma dotyczyć osoby spadkodawcy nie zaś osób z jego otoczenia[11]. Testator oczywiście nie musi

posiadać szczegółowej wiedzy medycznej co do swojego stanu zdrowia. Jego obawa wystarczy, że będzie uzasadniona w świetle przebiegu wypadków, związanych z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia – choćby nawet w rzeczywistości pogorszenie nie skutkowało wystąpieniem sytuacji zagrażającej życiu o ile będzie temu towarzyszyć subiektywne przekonanie spadkodawcy[12].

Koniecznym stanie się ustalenie czasu występowania obawy rychłej śmierci – zauważa się bowiem, że występować ona powinna w czasie testowania[13], nie zaś wcześniej[14]. Ponadto jak zauważono w orzecznictwie sam fakt zgonu spadkodawcy w niedługim okresie po oświadczeniu swojej woli sam w sobie nie uzasadnia spełnienia przesłanki obawy rychłej śmierci[15].

W praktyce biegłego opiniującego przypadki dotyczące obawy rychłej śmierci mogą się pojawić także przypadki w których będą istnieć wątpliwości co do zdolności testowania, która wprawdzie nie stanowi przesłanki z art. 952 § 1 k.c., ale może być konsekwencją obiektywnych elementów stanu obawy rychłej śmierci. Wskutek pogorszenia stanu zdrowia, podeszłego wieku, podawanych leków lub innych przyczyn spadkodawca może znajdować się w stanie opisanym w art. 945 § 1 pkt 1) k.c. – wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli.

Kolejnym problemem, który może występować samodzielnie albo wynikać z braku formalizmu przy sporządzaniu testamentu ustnego polegającemu na przekazaniu jego treści świadkom – chociażby nie przybranym w celu przeprowadzenia tej czynności mogą prowadzić do wniosku, że spadkodawca w określonych stanach faktycznych nie miał zamiaru sporządzenia testamentu – *animus testandi*[16]. Testator bowiem musi mieć wolę testowania, a więc mieć świadomość, że sporządza testament o danej treści. Jeśli tej woli zabraknie takie oświadczenie nie wywoła skutków prawnych[17]. Wobec ustnej formy części wypowiedzi może mieć np. charakter zakomunikowania planów sporządzenia testamentu w przyszłości, mogą się zdarzyć przypadki, w których świadkowie nie będą traktowali wypowiedzi potencjalnego spadkodawcy jako testamentu. Nie sposób uznać istnienie *animus testandi* towarzyszącego zwykłym rozmowom czy życzeniom spadkodawcy co do ewentualnego przekazania majątku[18]. Kryteria obiektywne będą także służyły stwierdzeniu, że brakiem zakwalifikowania przypadków dotyczących obaw testatora, które są w sposób oczywisty niezgodne z wiedzą medyczną, doświadczeniem życiowym czy wynikają z przyczyn irracjonalnych[19].

Podsumowując wskazać należy, że w przypadku opiniowania możliwości sporządzenia ważnego testamentu ustnego zadaniem biegłego będzie ustalenie następujących okoliczności mających miejsce podczas wyrażenia ostatniej woli: 1) istnienie obiektywne przesłanki uzasadniającej obawę rychłej śmierci (element obiektywny); 2) posiadania przez testatora świadomości znajdowania się w tym stanie (element subiektywny); 3) posiadania zdolności testowania (brak okoliczności z art. 945 § 1 pkt 1) k.c.) oraz działanie podczas wyrażania ostatniej woli *cum animo testandi*. Podkreślenia przy tym wymaga, że w poszczególnych

postępowaniach, w zależności od zapatrywań składu sądu może zostać przyjęta dowolna koncepcja rozumienia obawy rychłej śmierci - obiektywna, subiektywna bądź obecnie dominująca- mieszana.

Piśmiennictwo:

1. Postanowienie SN z dnia 24 czerwca 1974 r., sygn. III CRN 118/74, LEX nr 7534; uchwała SN z dnia 7 stycznia 1992 r., sygn. III CZP 135/91, Orzecznictwo Sądów Polskich 1993/1, poz. 4 z glosą Skowrońskiej E.; Rejent 1992/11 poz. 102, s. 102 z glosą Światłowskiego A.
2. Postanowienie SN z dnia 25 lipca 2003 r., sygn. V CK 120/02, Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Cywilna 2004/10, poz. 159; postanowienie SN z dnia 7 czerwca 2019 r., sygn. I CSK 269/18, Legalis nr 1947729.
3. Czerwiakowski J., Testament ustny w świetle praktyki, Palestra 31/10-11(358-359), s. 46-51; Feluś A., Testamenty Popularno-naukowe studium kryminalistyczne, Katowice 1996, s. 125.
4. Orzeczenie SN z dnia 24 czerwca 1974 r., sygn. III CRN 112/74, LEX nr 2709426.
5. Postanowienia SN z dnia 16 grudnia 1997 r., sygn. III CKN 310/97, Legalis nr 32031.
6. Borysiak W. Funkcjonowanie w praktyce testamentu sporządzanego w formie ustnej (art. 952 k.c.), Warszawa 2014 s. 109.
7. Orzeczenie SN z dnia 6 sierpnia 1958 r., sygn. I CR 512/58 LEX nr 1634041; postanowienie SN z dnia 23 listopada 1998 r., sygn. II CKN 47/98, Legalis nr 174289; postanowienie SN z dnia 28 stycznia 1999 r., sygn. III CKN 146/98, Legalis nr 46204; postanowienie SN z dnia 24 marca 2000 r., sygn. I CKN 485/98, Legalis nr 117923; postanowienie SN z dnia 18 kwietnia 2002 r., sygn. II CKN 15/00 Legalis nr 123612; postanowienie SN z dnia 21 maja 2003 r., sygn. IV CKN 174/01 LEX nr 146434; Baziński A. Prawo spadkowe komentarz, Łódź 1948, s. 218; Kosik J., Przesłanki sporządzenia testamentu ustnego, Studia cywilistyczne 1969, t. XIII–XIV s. 204; Piątowski J.S., Prawo spadkowe, Warszawa 2003, s. 111–112; Wójcik S. (w:) System Prawa Cywilnego, t. IV, Wrocław/Warszawa/Kraków/Gdańsk/Łódź 1986, s. 202; Światłowski R., Obawa rychłej śmierci jako przesłanka testamentu ustnego, Monitor Prawniczy 1993, Nr 3, s. 66.
8. Orzeczenie SN z dnia 10 sierpnia 1948 r., sygn. C 458/48, Państwo i Prawo 1948/12, s. 116; orzeczenie SN z dnia 3 listopada 1948 r., sygn. C 755/48, Państwo i Prawo 1949/2, s. 121; postanowienie SN z dnia 8 lutego 2006 r., sygn. II CSK 128/05, LEX nr 192038; uchwała SN z dnia 7 stycznia 1992 r., sygn. III CZP 135/91, LEX nr 5350; Żywicki W., Testamenty ustne w świetle orzecznictwa, Nowe Prawo 1971, nr 1, s. 107; Niezbecka E., Prawo spadkowe w zarysie, Lublin 2000, s. 69; Winiarz J., Kodeks Cywilny z komentarzem, Warszawa 1989, t. II, s. 850; Gwiazdomorski J., Prawo spadkowe w zarysie, Warszawa 1972, s. 108.

9. Łazarska A., Niemczyk S., Prawno-medyczna wykładnia „obawy rychłej śmierci” jako przesłanka ważności testamentu ustnego, *Prawo i Medycyna* 2007/2, s. 86; Maciejewska-Szałas M. [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz aktualizowany*, Balwicka-Szczyrba M., A. Sylwestrzak (red.), LEX/el. 2026, kom. do art. 952 k.c.; Kidyba A., Niezbecka E. [w:] Kidyba A., Niezbecka E. *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom IV. Spadki*, wyd. IV, Warszawa 2015, kom. do art. 952 k.c.; Kordasiewicz B.(red.), *Prawo spadkowe*, Warszawa 2009, s. 311; Świątłowski A., *Obawa rychłej śmierci jako przesłanka testamentu ustnego*, *Monitor Prawniczy* 1993/3, s. 66; Borysiak W., *Funkcjonowanie w praktyce testamentu sporządzanego w formie ustnej (art.952 k.c.)*, Warszawa 2014, s. 19–23, Turłukowski J., *Sporządzenie testamentu w praktyce*, Warszawa 2009, rozdz. IV, pkt 4.; Skowrońska-Bocian E., *Testament w prawie polskim*, Warszawa 2004, s. 108 i n; Książak P., *Prawo spadkowe*, Warszawa 2017, s. 209; Osajda K. *Kodeks cywilny. Komentarz. Spadki* 2019, t. IV, s. 482.
10. Orzeczenie SN z dnia 4 lipca 1952 r., sygn. C 1321/52, OSN 1953/1, poz. 30; Państwo i Prawo 1952/10, s. 543, postanowienie SN z dnia 21 czerwca 2002 r., sygn.. V CKN 1071/00, niepubl.; postanowienie SN z dnia 17 lutego 2004 r., sygn. III CK 328/02, Legalis nr 67956; postanowienie SN z dnia 15 lutego 2008 r., sygn. I CSK 381/07, niepubl.; postanowienie SN z dnia 27 lutego 2013 r., sygn. IV CSK 380/12, LEX nr 1314431; postanowienie SN z dnia 29 czerwca 2012 r., sygn. I CSK 575/11, LEX nr 1216833; postanowienie SN z dnia 3 grudnia 2010 r., sygn. I CSK 37/10, LEX nr 694228; postanowienie SN z dnia 16 lipca 2003 r., sygn. V CKN 434/01, LEX nr 82439; postanowienie SN z dnia 18 kwietnia 2002 r., sygn. II CKN 15/00, LEX nr 55102; postanowienie SN z dnia 28 marca 2000 r., sygn. II CKN 875/98, LEX nr 50877.
11. Kondek J. M., *Wpływ sytuacji kryzysowych na stosunki cywilnoprawne*, Warszawa 2021, rodz. 3.2. Testament ustny.
12. Tamże
13. Skowrońska-Bocian E., *Prawo spadkowe*, Warszawa 2003, s. 91, postanowienie SN z dnia 8 lutego 2006 r., sygn. II CSK 128/05, LEX nr 192038.
14. Pazdan M. (w.) Pietrzykowski K. (red.), *Kodeks cywilny Komentarz*, t. 2, Warszawa 2009, kom do art. 952 k.c.
15. Postanowienie SN z dnia 15 kwietnia 2003 r., sygn. V CK 9/02, LEX nr 146432; postanowienie SN z dnia 8 lutego 2006 r., II CSK 128/05; postanowienie SN z dnia 8 sierpnia 2020 r., sygn. V CSK 531/18; postanowienie SN z dnia 15 kwietnia 2003 r., sygn. V CK 9/02 LEX nr 146432.
16. Obrzut M., *Testament ustny w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego*, Rejent 2015 Nr 2, s. 69.
17. Niedośpiął M., *Testament w polskim prawie cywilnym*, Kraków 1991, s. 34–35,
18. Borysiak W., *Funkcjonowanie w praktyce testamentu sporządzanego w formie ustnej (art. 952 k.c.)*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2014, s. 109.

19. Gutowski M. (red.), *Kodeks cywilny, Komentarz*, kom do art. 952 k.c., nb 10, Pazdan M. (w:) Pietrzykowski K. (red.), *Kodeks cywilny Komentarz*, t. 2, Warszawa 2009, kom do art. 952 k.c.

Tomasz Bara¹
Katarzyna Krekora¹
Agnieszka Machlańska²

Współczesne poglądy na uraz typu smagnięcia biczem w kontekście sądowo-lekarskich opinii urazowo-ortopedycznych

Contemporary views on whiplash injuries in the context of forensic and orthopedic trauma opinions

¹ Zakład Traumatologii Sądowo-Lekarskiej, Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi

² Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi

STRESZCZENIE:

PW pracy przedstawiono ewolucję poglądów na temat tzw. urazu biczowego kręgosłupa szyjnego i związanego z nim zespołu zaburzeń subiektywnych (whiplash associated disorder - WAD) w aspekcie odszkodowawczym. Omówiono współczesne poglądy na diagnostykę i leczenie urazów kręgosłupa szyjnego. Opiniowanie w sprawie roszczeń, będących następstwem drobnych zdarzeń komunikacyjnych, wymaga wiedzy na temat mechanizmu urazu, rodzaju objawów, możliwości diagnostycznych oraz czynników psycho-społecznych.

Słowa kluczowe:

urazy typu whiplash, wypadki drogowe, opiniowanie sądowo- lekarskie

ABSTRACT:

The paper presents evolution of opinions regarding the so-called whiplash injury and whiplash associated disorder (WAD) in aspect of compensation issues. Contemporary diagnostics and treatment of cervical spine injuries are discussed. Assessment on these common claims, resulting from ordinary traffic events, requires thorough knowledge of

the mechanism of injury, nature of symptoms, diagnostic possibilities and psycho-social factors.

Keywords:

whiplash-type injuries, car accidents, medico-legal expertise

Wstęp

Skręcenie (dystorsja) kręgosłupa szyjnego, zwane też urazem typu smagnięcia biczem lub urazem biczowym (ang. whiplash), pozostaje trudnym problemem orzecznictwem. Ciężkie obrażenia kręgosłupa szyjnego, przebiegające z urazem rdzenia, są leczone jako ostre stany neurochirurgiczne. W tych przypadkach orzecznictwo na potrzeby sądowno-lekarskie nie budzi wątpliwości. Natomiast znacznie częstsze urazy typu smagnięcia biczem, stanowiące około połowy komunikacyjnych roszczeń osobowych, budzą wiele wątpliwości [1]. Według corocznego raportu Policji, w Polsce w 2022 roku miało miejsce 21 332 wypadków i ponad 365 tys. kolizji lub stłuczek. Według tego źródła w wypadkach poszkodowanych było 24743 osób. Istotnym jest, że większość uczestników zdarzeń, u których w późniejszym okresie zostaje rozpoznane skręcenie kręgosłupa szyjnego, na miejscu zdarzenia nie zgłasza dolegliwości, przez co zdarzenie nie zalicza się do wypadków, a sprawca zostaje tylko ukarany mandatem. Do towarzystw ubezpieczeniowych i do sądów zgłaszają się też uczestnicy kolizji, w których Policja nie interweniowała. W sumie, ich liczba z pewnością wynosi kilkadziesiąt tysięcy. W Niemczech whiplash stwierdza się u 55% ofiar zdarzeń drogowych, a w Wielkiej Brytanii nawet u 90%. Osoby zgłaszające się po takich wypadkach do lekarza, podają z reguły subiektywne, niemożliwe do obiektywnego potwierdzenia dolegliwości. Oprócz bólów karku i pleców są to drętwienia i mrowienia kończyn, zawroty głowy, lęki, zaburzenia snu i wiele innych niespecyficznych objawów. Biegli w opiniowaniu opierają się na dokumentacji leczenia, która nie zawsze jest prowadzona zgodnie z obowiązującymi przepisami (pomocna).

W Polsce zagadnienie whiplashu jest nadal często niewłaściwie rozumiane. Podręczniki z zakresu ortopedii i neurochirurgii dostarczają wyczerpujących informacji na temat zwicnięć, złamań i uszkodzeń rdzenia w odcinku szyjnym kręgosłupa, poświęcając niewiele miejsca zespołowi subiektywnych skarg whiplashu. Z problemem bólów karku po drobnych stłuczkiach ortopedzi stykają się na ogół dopiero przy orzekaniu na potrzeby ubezpieczenia lub sprawy sądowej. Ocena następstw dystorsji szyjnej wymaga gruntownej wiedzy i odrzucenia licznych utrwalonych przesądów. W opiniach biegłych panuje duża dowolność, wynikająca m.in. z braku jasnych wytycznych i ze skąpego polskiego piśmiennictwa na ten temat [2, 3]. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie propozycji zasad orzekania w oparciu o piśmiennictwo światowe i codzienną praktykę.

Mechanizm urazu

W 1928 roku Crowe, opisując urazy kręgosłupa szyjnego osób siedzących w samochodzie podczas uderzenia od tyłu, użył terminu „whiplash”, który po latach sam uznał za niefortunny [4]. Określenie „strzał z bicia” porównuje ten mechanizm urazu do przyspieszenia końca bata przez energicznie działającą rękę, podczas gdy głowa człowieka po nagłym przyspieszeniu stopniowo wyhamowuje. Dzieje się tak, w mechanizmie obronnym, na skutek przeciwdziałania więzadeł i mięśni kręgosłupa. Doświadczenia wskazują, że reakcja mięśni, nawet przy całkowicie niespodziewanym uderzeniu, następuje już po 300 milisekundach. Do tego dochodzi amortyzujące działanie zagłówek i w końcu poduszek powietrznych. Zespół objawów określany mianem „whiplash” obserwowany jest też po uderzeniach przednich lub bocznych. Obserwacje kliniczne od lat 40-tych XX-go wieku wykazały, że większość pacjentów z urazem biczowym szybko zdrowieje, jednak u części dolegliwości przewlekają się. Gay i Abbott opisali grupę 50 pacjentów o charakterystycznych wspólnych cechach – były to kolizje tylne, brak zewnętrznych oznak urazu, zwłaszcza w okolicy karku i szyi, brak radiologicznych cech uszkodzenia kręgosłupa szyjnego, długi nie obserwowany w skręceniach innych stawów czas trwania dolegliwości i swoista reakcja psychoneurotyczna [5].

„Kręgosłup kolejowy” i czynniki psychiczne

Brytyjski chirurg Erischen w 1863 roku opisał poszkodowanych w wypadkach kolejowych używając określenia „railway spine” (kręgosłup kolejowy) [6]. Stwierdził, że występują u nich objawy urazu kręgosłupa, jednak bez obiektywnych dowodów obrażeń. Pacjenci prezentowali niespotykany wcześniej przebieg objawów. Na drugi dzień zaczęli uskarżać się na bóle karku, drętwienia rąk, ogólne osłabienie. Objawy nie ustępowały stopniowo, tak jak po innych urazach, ale z czasem narastały, a nawet pojawiały się nowe. Zjawisko to wiązano z nieznanymi wcześniej okolicznościami, tzn. z większą prędkością oraz nagłym i niespodziewanym charakterem wypadku. Cechy te nie występowały we wcześniejszych urazach kręgosłupa, np. w wypadkach konnych. Odroczone wystąpienie dolegliwości uznawano za dowód podstępności urazu. Erischen zauważył też jednak, że trwające miesiącami objawy przypominały histerię i zwykle ustępowały szybko po uzyskaniu odszkodowania od towarzystwa kolejowego. Częstość tego zjawiska narastała, roszczenia zgłaszano po niegroźnych wykolejeniach, a wreszcie i bez żadnego wypadku, po samej podróży pociągami. Powstało nawet określenie choroba kolejowa (niem. Bahnkrankheit). W XX w. wobec braku cech urazu w obrazie radiologicznym takie dolegliwości przypisywano uszkodzeniom aparatu więzadłowo-mięśniowego, a przyczyny chronifikacji objawów były przedmiotem spekulacji. Pojawiały się teorie niestabilności połączenia głowowo-szyjnego w następstwie uszkodzenia więzadeł skrzydłowych, zaburzeń przewodzenia w drogach aferentnych rdzenia

przedłużonego, zaburzeń czynności mięśniowej i zmian molekularnych. Żadnej z tych teorii nie potwierdzono naukowo [7]. Uszkodzenia tkanek miękkich zaczęto uwidaczniać dzięki badaniu rezonansowemu (NMR). Okazało się wówczas, że nasilenie dolegliwości nie koreluje z obrazem NMR, a zespół subiektywnych objawów występuje u większości pacjentów bez dowodów na jakiegokolwiek strukturalne uszkodzenie. Wobec tego termin „uraz biczowy” (whiplash injury) zastąpiono określeniem „zaburzenia związane z urazem biczowym” (ang. WAD - whiplash associated disorder). Uraz kręgosłupa szyjnego, o ile nie towarzyszy mu uraz głowy, prawie zawsze następuje bez utraty świadomości. Ogromne znaczenie ma więc sposób przeżycia tego zdarzenia, wyobraźnia i reakcja psycho-wegetatywna. W serii eksperymentów z lat 90-tych XX wieku, przez fikcyjne uderzenia od tyłu - badanych ochotników sadzano w fotelu i symulowano wypadek przez efekty akustyczne i wstrząsy, bez żadnego przyspieszenia - wykazano, że około 20% wszystkich badanych skarżyło się przez jakiś czas na dolegliwości, mimo że nie wystąpiły żadne obrażenia biomechaniczne. Co więcej, wykazano istnienie u tych osób pewnych predyspozycji psychicznych [8]. Obecnie jest oczywiste, że same czynniki biomechaniczne nie są w stanie wyjaśnić natężenia, ani czasu trwania dolegliwości oraz trwałych skutków WAD-u. Wymaga to koncepcji bio-psycho-społecznej, w której należy uwzględnić zarówno początkowe natężenie bólu, jak i subiektywne przeżycie wypadku, a także społeczne mechanizmy wzmacniające (np. wypłatę rekompensaty) oraz aktywację systemu przetwarzania stresu [9,10]. Jest też pewne, że wcześniejsze występowanie lęku i depresji zwiększa prawdopodobieństwo skarg pourazowych i wypłaty odszkodowań [11,12]. Wykazano także, że indywidualne oczekiwania, co do powrotu do zdrowia, są czynnikiem prognostycznym [13].

Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne

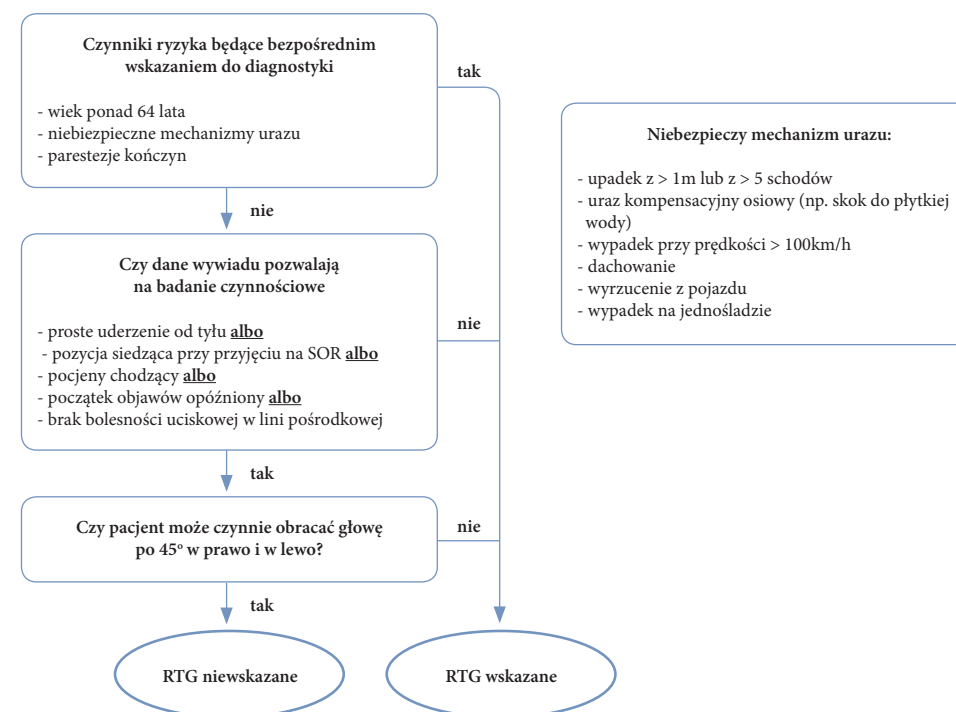
W 1995 r. kanadyjska grupa robocza Quebec Task Force (QTF) opracowała 5-cio stopniową skalę ciężkości urazów kręgosłupa szyjnego:

- 0 Brak dolegliwości bólowych, brak objawów w badaniu przedmiotowym
- I Ból karku, uczucie sztywności lub tylko bolesność, brak objawów przedmiotowych
- II Ból karku ORAZ objawy mięśniowe tj. ograniczenie ruchomości i punktowa bolesność
- III Ból karku ORAZ objawy neurologiczne (osłabienie lub brak odruchów ścięgnistych, osłabienie siły mięśniowej lub ubytki czucia)
- IV Ból karku ORAZ złamanie lub zwichnięcie

Skala ta stała się podstawą wydanych w wielu krajach rekomendacji, mających na celu ograniczenie nieuzasadnionej diagnostyki obrazowej oraz niesprawdzonych metod leczenia. Pozwala też na określenie rokowania. Chociaż podnoszono trudności we właściwej ocenie kryteriów (zwłaszcza objawów neurologicznych w st. III), wymagające ujednoczenia szkolenia, skala QTF stała się uznanym narzędziem klinicznym. Wszelkie

systematyczne i długoterminowe badanie wykazało, że połowa pacjentów po urazie biczowym kręgosłupa szyjnego I-III stopnia była wolna od objawów w ciągu 32 dni. Zależnie od stopnia ciężkości i prognostycznych czynników ryzyka okres ten wahał się od 17 do 262 dni. Tylko 12% pacjentów nie osiągnęło status quo ante po 6 miesiącach [14]. Skalę tę należy stosować od pierwszego kontaktu z pacjentem w oddziale ratunkowym. Na podstawie znanych okoliczności wypadku, wywiadu oraz objawów klinicznych można zakwalifikować pacjenta do jednego ze stopni ciężkości wg QTF. W stopniach 0 – II, które obejmują do 95% pacjentów, obrażenia polegają na naciągnięciu lub naderwaniu tkanek miękkich – mięśni, więzadeł, torebek stawowych. Większość pacjentów zdrowieje w ciągu kilku dni lub tygodni. W stopniu III, objawy neurologiczne mogą wynikać z podrażnienia korzeni lub nerwów, ale mogą też występować uszkodzenia więzadeł, krążków międzykręgowych, trzonów kręgów i elementów nerwowych – korzeni i rdzenia. Konieczne są częste kontrole i w razie potrzeby szczegółowa diagnostyka. Stopień IV wymaga pilnego leczenia neurochirurgicznego.

Następnie grupa robocza opracowała algorytm wskazań do diagnostyki RTG (Canadian C-Spine Rule):



Z algorytmu wynika, że diagnostyka rentgenowska jest wskazana u wszystkich pacjentów z urazem kręgosłupa szyjnego po 64 roku życia, po niebezpiecznym urazie lub przy parestezjach kończyn. Pacjentów po typowym „urazie biczowym” z uderzenia w tył samochodu, chodzących lub siedzących, zatem wszystkich z opóźnionym wystąpieniem bólów karku, należy poprosić o wykonanie obrotów głową na boki. Przy zakresie tych ruchów po 45 i więcej nie ma wskazań do zdjęć RTG. Algorytm opracowano nie tylko dla ograniczenia kosztów leczenia, ale i dla uniknięcia naddiagnozowania, które wpływa niekorzystnie na psychikę pacjenta. Z drugiej strony, w razie utrzymujących się dolegliwości należy unikać niedodiagnozowania. W st. I i II z reguły nie ma wskazań do RTG. W st. III zalecane są częste kontrole i badanie NMR w przypadkach utrzymujących się objawów bólowych lub neurologicznych. W dobie obecnej NMR pozwala na zobrazowanie naciągnięcia mięśni manifestujących się obrzękiem. Naderwania więzadeł są możliwe do zidentyfikowania w sposób pewny dzięki zmianie sygnału spowodowanej obrzękiem, większe uszkodzenia powodują wylewy krwawe. Naderwania przyczepów mięśni lub więzadeł oraz wszelkie strukturalne uszkodzenia kręgów objawiają się obrzękiem kości beleczkowej, utrzymującym się przez kilka miesięcy, a w cięższych postaciach do roku. Badanie NMR stanowi istotną pomoc w leczeniu, a także w pracy biegłych - jest obecnie powszechnie wykonywane w każdym wątpliwym medycznie przypadku, a także często dla celów odszkodowawczych. Standardem leczenia po urazach typu „whiplash” jest możliwie wczesne postępowanie aktywizujące: należy unikać długotrwałego unieruchomienia lub nadmiernie pesymistycznego nastawienia, ponieważ dają one niekorzystne rokowania. Nadal dyskusyjne jest stosowanie kołnierza ortopedycznego [15]. Obserwacje kliniczne wskazują, że efekty leczenia kołnierzem oraz wczesnym uruchamianiem i ćwiczeniami bez stosowania kołnierza, u pacjentów z „whiplashem”, nie różnią się. Jednak część pacjentów z bolesnym napięciem mięśni karku natychmiast po założeniu kołnierza zgłasza ulgę w dolegliwościach. Z drugiej strony niewłaściwe ćwiczenia mogą nasilać dolegliwości, co niekorzystnie wpływa na psychikę pacjenta. Obecnie uznaje się trzecie podejście, w którym zaleca się pacjentowi zachowywać się „tak jakby nic się nie stało” i unikać tylko bolesnych ruchów. Wspomagająco mogą być stosowane leki przeciwbólowe, zmniejszające napięcie mięśni i zabiegi fizykalne. W przypadkach, kiedy istnieje ryzyko przewlekłego przebiegu, wskazane są leki przeciwdepresyjne lub psychoterapia. W rzadkich przypadkach zakwalifikowanych do IVo wg QTF, wskazana jest pilna konsultacja neurochirurgiczna.

Praktyka

Postępowanie zgodne z wytycznymi QTF wymaga ich wdrożenia w systemie opieki zdrowotnej i ubezpieczeniowym, poprzez szkolenie, organizację i nadzór. W krajach, gdzie udało się wdrożyć wytyczne zanotowano spadek wykonywanych badań RTG i NMR oraz krótszy czas trwania dolegliwości oraz niezdolności do pracy [16]. W Polsce, lekarze nadal

ograniczają się do stwierdzenia „urazu biczowego” i do rozpoznania patoanatomicznych, opartych raczej na licznych badaniach obrazowych, a nie na rzetelnym badaniu i klasyfikacji QTF. Takie podejście wynika z postawy lekarzy, na których pacjenci rzutują swoje lęki i roszczenia.

Po tzw. stłuczce z uderzeniem pojazdu od tyłu z niewielką prędkością, większość osób po chwili dezorientacji samodzielnie opuszcza pojazd, ogląda uszkodzenia, rozmawia z innymi uczestnikami zdarzenia, spisuje potrzebne informacje i udaje się w dalszą drogę, nierzadko ponownie siadając za kierownicą. Dopiero po kilku godzinach lub dniach osoby te zgłaszają się do lekarza z powodu różnych niespecyficznych objawów. Taki bezobjawowy interwał czasowy przemawia za brakiem uszkodzeń strukturalnych. Im dłuższy okres bezobjawowy, tym lżejszy stopień urazu wg QTF: w st. I może trwać do 48 godzin, w st. II trwa do 8 godzin, w st. III występuje rzadko, a w st. IV – nigdy [17]. Z medycyny sportowej wiadomo, że przy uszkodzeniach strukturalnych, np. naderwaniach mięśni silny ból występuje natychmiast, natomiast bóle odroczone świadczą o lekkim, niestrukturalnym uszkodzeniu włókien mięśniowych.

W pierwszym wywiadzie od poszkodowanego dominują skargi wypowiedane pod wpływem emocji, przez co mogą być one wyolbrzymione. Zadaniem lekarza jest odnotowanie wszystkich skarg i ich weryfikacja w toku dalszej diagnostyki, w szczególności w trakcie badania przedmiotowego. Wszystkie te czynności mają na celu postawienie rozpoznania i ustalenie leczenia. Przy braku obiektywnych obrażeń ważnym elementem postępowania powinno być oddramatyzowanie, tj. upewnienie pacjenta o łagodnym charakterze sprawy i powrocie do pełnego zdrowia. Jest to bardzo istotne dla dalszego przebiegu i procesu leczenia, ponieważ błędnie postawione rozpoznanie ciężkiego urazu intensyfikuje objawy poszkodowanego, przez co uzyskanie poprawy staje się trudne.

Dodatковым elementem, który może negatywnie wpływać na odzyskanie zdrowia są opisy badań obrazowych (RTG, TK, NMR). Terminy stosowane przez radiologów są niezrozumiałe dla poszkodowanego, stąd np. opisy zmian zwyrodnieniowych, adekwatnych dla wieku, są odbierane jako skutki urazu, co może nasilać lęki i potęgować nasilenie objawów urazu kręgosłupa.

Opiniowanie

W procesie opiniowania lekarskiego, biegły powinien przeanalizować okoliczności wypadku w aspekcie prawdopodobieństwa i rodzaju powstania obrażeń [18]. W analizie należy wziąć pod uwagę m. in. rodzaj pojazdu, prędkość, kierunek ruchu, kierunki uderzeń, pozycję poszkodowanego. Na tym etapie pożytecznym jest posiadanie ekspertyzy technicznej. Istotne są informacje o zachowaniu poszkodowanego po wypadku, o rodzaju udzielonej pomocy na miejscu zdarzenia oraz o dalszym leczeniu. Analizując dokumentację medyczną, biegły musi odnieść się do niej krytycznie i w razie konieczności zweryfikować

jej poprawność i zgodność z obowiązującą wiedzą medyczną. Poza analizą badania przedmiotowego, należy zwrócić uwagę na informacje o nasileniu objawów bólowych, na rodzaj i czas stosowanego unieruchomienia (kołnierza), leków oraz ewentualnie rehabilitacji. Z doświadczenia w opiniowaniu wynika, że okres unieruchomienia w kołnierzu ortopedycznym jest przez poszkodowanych zwykle zawyżany, podobnie jak czas trwania i nasilenia dolegliwości bólowych, czy czas konieczności korzystania z pomocy osób trzecich. Jest to trudne do weryfikacji, ponieważ fakt stosowania kołnierza, wielkość nasilenia bólu oraz ocena samodzielności rzadko są odnotowywane w opisie wizyty u lekarza. Przydatna w weryfikacji tych danych może być analiza aktywności codziennej oraz czasu niezdolności do pracy.

Podczas opiniowania biegły przeprowadza badanie przedmiotowe, które w przypadku urazów kręgosłupa łączy w sobie elementy badania ortopedycznego i neurologicznego. W badaniu istotna jest postawa badanego, współpraca podczas badania oraz manifestacja objawów.

W postępowaniach cywilnych biegły musi odpowiedzieć na pytania czy i jakiego rodzaju urazu doznał poszkodowany, jakie są skutki urazu, czy występuje naruszenie sprawności powodujące uszczerbek na zdrowiu, a jeśli tak to jakiego rodzaju i w jakiej wysokości.

W opiniowaniu pomocny może być obraz NMR, jeżeli koreluje z danymi z wywiadu i z objawami klinicznymi [19]. Brak uszkodzeń lub tylko obrzęk tkanek miękkich przemawia przeciwko strukturalnemu uszkodzeniu kręgosłupa i nie daje podstaw do stwierdzenia uszczerbku na zdrowiu. Obecność drobnych wylewów krwawych świadczy o mikro-uszkodzeniach mięśni lub więzadeł. Uszkodzenia takie powinny również wygoić się bez trwałych następstw. Dopiero potwierdzone przerwanie struktur mięśniowo-więzadłowych lub uszkodzenia kostne dają podstawę do orzeczenia uszczerbku na zdrowiu, zależnego od stwierdzanych objawów i od przebiegu leczenia. Przy czym za normalny przebieg należy uznać stopniowe zmniejszanie się dolegliwości w miarę gojenia się uszkodzonych tkanek. Odmienne następstwa, spowodowane czynnikami psycho-społecznymi, podlegają ocenie biegłego z zakresu psychologii lub psychiatrii. Obraz NMR pozwala też odpowiedzieć na często zadawane przez sąd pytanie „czy w przyszłości mogą pojawić się nowe dolegliwości pozostające z nim w adekwatnym związku przyczynowym” [20]. Wydaje się oczywiste, że związek taki mógłby wchodzić w grę dopiero przy potwierdzonych uszkodzeniach strukturalnych kręgosłupa.

Wnioski

Opiniowanie po urazach typu smagnięcia biczem wymaga od biegłego wiedzy specjalnej na temat mechanizmu urazu, diagnostyki i leczenia po urazach kręgosłupa szyjnego oraz czynników psycho-społecznych.

Piśmiennictwo:

1. Niemcunowicz-Janica A., Janica J.R., Ptaszyńska-Sarosiek I. Urazy kręgosłupa w materiale Zakładu Medycyny Sądowej AMB w latach 2001-2005. Arch Med Sądowej Kryminol, 2007, LVII, 298-301.
2. Young W.F. Zagadki urazu kręgosłupa szyjnego typu smagnięcia biczem. Współczesne sposoby postępowania i spory wokół nich. Medycyna po Dyplomie. Vol 10/nr 10.2001, 167-177.
3. Nowakowska-Kotas M., Skrzek M. Uraz typu smagnięcia biczem — etiologia i algorytm diagnostyczno-terapeutyczny w kontekście opiniowania przez biegłych w sądowym postępowaniu cywilnym. Polski Przegląd Neurologiczny 2021, tom 17, nr 1, 1-13.
4. Crowe H. A new diagnostic sign in neck injuries. CalifMed. 1964; 100(1): 12-13. PMID: 14104134.
5. Gay J.R., Abbott K.H. (1953) Common whiplash injuries of the neck. J Am Med Assoc 152:1698-1704. doi: 10.1001/jama.1953.03690180020006. [dostęp z dnia: 15.10.2024].
6. Erichsen J.E.. (1882) Concussion of the spine: nervous shock. Longmans, Green and Co., London <https://wellcomecollection.org/works/hge7d7j3>. [dostęp z dnia: 17.03.2025].
7. Schröter F. “HWS-Schleudertrauma” nach geringfügigen Unfällen. Konstrukt oder ernstzunehmende Verletzung? Orthopäde, 2010;39:276-284. doi: 10.1007/s00132-009-1545-0. [dostęp z dnia: 17.03.2025]
8. Castro W.H.M., Schilgen M, Meyer S et al (1997) Do „whiplash injuries“ occur in low speed rear impacts? Europ Spine J 6:366-375.
9. McLean S.A., Clauw D.J., Abelson J.L. et al. The development of persistent pain and psychological morbidity after motor vehicle collision: integrating the potential role of stress response systems into a biopsychosocial model. Psychosom Med 2006; 67: 783-790.
10. Sterling M., Chadwick B.J., Psychologic processes in daily life with chronic whiplash: relations of posttraumatic symptoms and fear-of-pain to hourly pain and uptime. Clin J Pain 2010; 26: 573-582.
11. Angst F, Gantenbein A.R., Lehmann S., Gysi-Klaus F., Aeschlimann A., Michel B.A., Hegemann F. Multidimensional associative factors for improvement in pain, function, and working capacity after rehabilitation of whiplash associated disorder: a prognostic, prospective outcome study. BMC Musculoskelet Disord. 2014, 16; 15: 130.
12. Mykletun A., Glozier N., Wenzel H.G. et al. Reverse causality in the association between whiplash and symptoms of anxiety and depression. The HUNT study. Spine 2011; 36: 1380-1386.

13. Holm L.W., Carroll L.J., Cassidy J.D., Skillgate E., Ahlbom A. Expectations for recovery important in the prognosis of whiplash injuries. PLoS Med. 2008 May 13; 5(5): e105. doi: 10.1371/journal.pmed.0050105. [dostęp z dnia: 17.03.2025].
14. Tegenthoff M. (red.) Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. 2020 <https://dgn.org/leitlinie/beschleunigungstrauma-der-halswirbelsaule>. [dostęp z dnia: 17.03.2025].
15. Józefiak-Wójtowicz A., Stolarczyk A., Deszczyński J.M.. Use of cervical collar after whiplash injuries. Polish Orthop Traumatol. 2014; 79: 132–137.
16. Bandong A.N., Leaver A., Mackey M., et al. Adoption and use of guidelines for whiplash: an audit of insurer and health professional practice in New South Wales, Australia. BMC Health Serv Res. 2018; 18(1): 622, doi: 10.1186/s12913-018-3439-5, indexed in Pubmed: 30089495 [dostęp z dnia: 17.03.2025].
17. Grosser V., Schröter F. Begutachtung bei HWS-Schleudertrauma. W: Thomann K.-D., Grosser V., Schröter F. Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung. Urban & Fischer Elsevier 2020:83-90.
18. Teresiński G. Verification of whiplash-associated disorders in forensic medical practice. Part II – objectivization of injuries. Arch Med Sądowej Kryminol 2013; 63: 172-193.
19. Anderson S.E., Boesch C., Zimmermann H., et al. Are there cervical spine findings at MR imaging that are specific to acute symptomatic whiplash injury? A prospective controlled study with four experienced blinded readers. Radiology 2012; 262: 567-575.
20. Jakubiec P. Dystorsja kręgosłupa szyjnego jako przedmiot dowodzenia w postępowaniach sądowych. Arch Med Sądowej Kryminol 2019; 69 (4): 208–221 DOI: <https://doi.org/10.5114/amsik.2019.95726> [dostęp z dnia: 17.03.2025].

Tomasz Bara¹
Katarzyna Krekora¹
Agnieszka Machlańska²

Artrofibroza stawu kolanowego w opiniach sądowo-lekarskich

Arthrofibrosis of the knee joint in forensic medical opinions

¹ Zakład Traumatologii Sądowo-Lekarskiej, Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi

² Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi

STRESZCZENIE:

Artrofibroza stanowi proces patologiczny polegający na nadmiernym bliznowaceniu tkanek okołostawowych, który może prowadzić do znacznego ograniczenia ruchomości stawu kolanowego. Mimo że skutek ten najczęściej jest powikłaniem samoistnym, to odpowiedzialnością za jego wystąpienie obwinia się wyłącznie chirurga. Stan taki wynika z niedostatecznej wiedzy na temat istoty tego procesu. W pracy przedstawiono przypadek ciekawy z punktu widzenia orzeczniczego. Omówiono też objawy kliniczne oraz zasady postępowania zachowawczego i operacyjnego, a także zasady orzekania uszczerbku na zdrowiu idącego skutkiem artrofibrozy stawu kolanowego.

Słowa kluczowe:

artrofibroza, staw kolanowy, uszczerbek na zdrowiu

ABSTRACT:

Arthrofibrosis is a pathological process resulting in excessive scarring of periarticular tissues, which can lead to significant limitation of knee joint mobility. Although this effect is most often a spontaneous complication, the surgeon is solely responsible for its occurrence. This is due to insufficient knowledge of the nature of the process. The paper presents

an interesting case from the legal point of view. Clinical symptoms, principles of conservative and surgical treatment, and of assessing health impairment resulting from knee arthrofibrosis are discussed.

Keywords:

Arthrofibrosis, knee joint, health damage

Wstęp

Do opiniowania przez biegłych sądowych są kierowane sprawy dotyczące powikłań i nietypowych reakcji organizmu, które są rzadko obserwowane przez lekarzy praktyków i przez to mogą sprawiać wiele trudności w leczeniu. Pojęcie „artrofibroza” (z języka greckiego *arthros* – staw, *fibrosis* – włóknienie, bliznowacenie) jest rzadko używane w polskim piśmiennictwie. Jedyna opublikowana praca pogładowa pochodzi z Wyższej Szkoły Fizjoterapii i omawia artrofibrozę z punktu widzenia rehabilitacji, rozumianą jako ograniczenie zakresu ruchomości kolana niezależnie od jego przyczyny [1]. Pod tą nazwą opisano natomiast jednostkę chorobową występującą po operacji, urazie lub zakażeniu stawu, będącą rodzajem procesu zapalnego na tle rozregulowanych procesów immunologicznych i mechanizmów gojenia ran, kiedy dochodzi do nadmiernej produkcji białka, głównie kolagenu, co powoduje nadmierne bliznowacenie i zrosty ograniczające ruchy w stawie. Jest to ciężkie powikłanie, które może wystąpić po każdej operacji kolana, np. po minimalnie inwazyjnym zabiegu artroskopii lub po rekonstrukcji więzadeł, niweczając oczekiwane korzyści. Po implantacji endoprotezy występuje wg piśmiennictwa z częstotliwością od 1,3 do 15%, chociaż z różnym nasileniem. Przyczyny nie są bliżej poznane. Prawdopodobnie istnieje indywidualna skłonność, częściej zdarza się u kobiet. Poza kolaniem występuje w obrębie łokcia i barku. We wczesnej fazie występuje obrzęk i ból stawu, wraz z ustępowaniem objawów zapalnych szybko pojawia się upośledzenie ruchów. Jest to samoistny proces chorobowy, ale w pojedynczych przypadkach wystąpienie artrofibrozy wiąże się ze złą techniką operacyjną, przebytymi wcześniej urazami lub operacjami, długim unieruchomieniem bądź odwrotnie, ze zbyt gwałtowną rehabilitacją lub niestosowaniem się chorego do zaleceń [2]. W leczeniu kluczowe jest wczesne rozpoznanie i właściwa interwencja fizjoterapeutyczna. W przypadkach opornych stosuje się mobilizację stawu, redresję (jednorazowy rękoczyn forsownego zgięcia kolana w narkozie celem przerwania zrostów) lub wreszcie leczenie operacyjne. Rokowanie jest niepewne. Ponowne operacje są trudne i mogą wyzwolić na nowo proliferację tkanki bliznowatej.

Przypadek do opiniowania

U pacjentki po implantacji endoprotezy stawu kolanowego z powodu zmian zwyrodnieniowych przez dwa miesiące utrzymywał się nadmierny ból, obrzęk i wzmożone ucieplenie stawu. Ortopedzi zlecieli badania, które wykluczyły najgroźniejsze powikłanie, tj. zapalenie bakteryjne. Z powodu słabej ruchomości operowanego kolana przekazali pacjentkę do ośrodka rehabilitacji. Tam lekarz, niewłaściwie oceniając zdjęcia pooperacyjne stwierdził, że deficyt ruchomości wynika z wadliwego osadzenia endoprotezy i zasugerował konieczność ponownej operacji. Kilkutygodniowa rehabilitacja nie przyniosła poprawy, zgięcie kolana nie przekraczało 30°. Ponieważ podczas wizyty kontrolnej ortopeda nie potwierdził błędu chirurgicznego, pacjentka zgłosiła się do dużego ośrodka klinicznego. Tam została od razu zakwalifikowana do operacji wymiany endoprotezy. Operacja rewizyjna, wykonana po 5 miesiącach i trwająca 3 godziny była trudna z powodu masywnych zrostów okołostawowych. Po założeniu endoprotezy rewizyjnej uzyskano zakres ruchów kolana w granicach 100°. Niestety, po dwóch miesiącach ruchomość powróciła do stanu poprzedniego. Dopiero wówczas pacjentka dowiedziała się, że ma artrofibrozę. W ciągu następnego roku przeżyła zabieg wycięcia zrostów wewnątrzstawowych na drodze artroskopii z redresją stawu kolanowego. Wobec braku poprawy wymieniono jeszcze wkładkę endoprotezy. Pacjentka złożyła doniesienie do prokuratury zarzucając lekarzom pierwszego szpitala wadliwe wykonanie pierwotnej operacji.

W opinii wykazano na podstawie radiogramów, że osadzenie elementów endoprotezy było prawidłowe, tylko minimalnie odbiegające od idealnego, a mieszczące się absolutnie w dopuszczalnych granicach. Niewłaściwa ocena zdjęć oglądanych przez lekarza rehabilitacji mogła wynikać ze złej techniki ich wykonania – na zdjęciach w zrotowanej pozycji proteza wyglądała faktycznie dziwnie. Lekarz nie miał kompetencji do oceny prawidłowości wykonanej operacji na podstawie zdjęć rentgenowskich (skoro nie zauważył złego ich wykonania), a tym bardziej do zalecania powtórnej interwencji chirurgicznej. Powinien natomiast wziąć pod uwagę, że przyczyną przykurczu kolana po operacji może być artrofibroza i podjąć adekwatne działania usprawniające. Pacjentka wymagała właśnie wówczas intensywnej rehabilitacji. Tymczasem, poinformowana o wadliwie przeprowadzonej operacji, mogła sądzić, że ćwiczenia tylko pogorszą sprawę. Zapewne w tej sytuacji także personel oddziału rehabilitacji obawiał się wdrożenia bardziej intensywnych ćwiczeń. Nieznajomością problematyki artrofibrozy wykazał się też ortopeda kontrolujący pacjentkę w pozwanym szpitalu – nie wyjaśnił jej istoty sprawy i nie zaproponował adekwatnego planu postępowania. W rezultacie pacjentka trafiła do kliniki, w której doszło do największych nieprawidłowości. Przeprowadzono nieuzasadnioną operację wymiany endoprotezy, nie uzyskując poprawy.

Omówienie

W opisanym powyżej przypadku rozpoznanie artrofibrozy nasunęło się dopiero po nieuzasadnionej, ciężkiej powtórnej operacji, zakończonej niepowodzeniem. Świadczy to o nieświadomości istnienia tego zagadnienia nawet wśród lekarzy specjalistów z dziedziny ortopedii i rehabilitacji i przekłada się na spóźnione rozpoznanie i niewłaściwe postępowanie oraz na obwinianie kolegów, którym przytrafiło się to powikłanie. W niektórych innych opiniowanych przypadkach, gdzie po mniejszych operacjach na stawie kolanowym wystąpiło nieoczekiwane duże ograniczenie ruchomości, można także wnosić, że przyczyną tego była artrofibroza. Leczący pacjentów lekarze nie brali jednak pod uwagę takiej możliwości, nawet w ośrodkach klinicznych. Wykonywane badania mogą nie przyczynić się do właściwego rozpoznania. Badanie rezonansowe (MRI) może wykrywać przypadkowe znaleziska, np. chondropatię czy nieistotne uszkodzenia łąkotec. W piśmiennictwie światowym opisuje się patologiczne zmiany w przebiegu artrofibrozy [3], jednak większość radiologów mogła nie spotkać się z tym problemem w swojej praktyce. Lekarze operujący staw kolanowy powinni pamiętać o możliwości wystąpienia artrofibrozy [4]. U młodych, aktywnych pacjentów, np. po rekonstrukcji więzadła krzyżowego, nawet ograniczona postać choroby może zniweczyć korzyści zabiegu, gdyż uniemożliwia powrót do uprawiania sportu. Po implantacji endoprotezy często występuje łagodna postać, kiedy ograniczone jest tylko zgięcie kolana, np. do 90°. Nie upośledza to istotnie chodu i pacjenci, zadowoleni z pozbycia się bólów, nie myślą o ponownej operacji. Większym problemem jest ubytek wyprost, gdyż uniemożliwia stanie z rozluźnionymi mięśniami uda. Niemniej brak zgięcia powyżej kąta prostego powoduje trudności w czynnościach codziennych, np. w wiązaniu obuwia lub w jeździe na rowerze. Współczesne piśmiennictwo definiuje sztywność kolana po endoprotezoplastyce jako ruchomość w zakresie poniżej 90°, utrzymującą się powyżej 12 tygodni i określa jego częstość na 4% [5]. Ciężka postać artrofibrozy, mogąca być wskazaniem do operacji, to zakres ruchów poniżej 70° lub ubytek wyprost co najmniej 15° [6]. Podejrzenie wystąpienia tego powikłania powinny budzić utrzymujące się długo bóle pooperacyjne i obrzęki, a następnie trudności w odzyskaniu zadowalającej ruchomości kolana. Konieczne jest przeto dokładne monitorowanie i notowanie zakresów ruchów w okresie pooperacyjnym. W razie ograniczeń należy najpierw wykluczyć inne możliwe przyczyny. Przy objawach artrofibrozy powinno się odpowiednio poinformować pacjenta. Pozwoli to uzyskać jego współpracę w leczeniu i może zapobiec nieuzasadnionym skargom. Zasadnicze znaczenie ma zapobieżenie utracie ruchomości stawu przez wczesną interwencję fizjoterapeutyczną i leki przeciwzapalne [7]. Leczenie powinno być nacelowane na ból, obrzęk i kontrolę zapalenia. Mobilizacje pomagają zwalczyć obrzęk i tworzenie się zrostów, zatem wczesne ruchy muszą być wdrażane zawsze, gdy jest to możliwe. Bierne ćwiczenia zmierzające do odzyskania zakresu ruchomości należy stosować po wystarczającym zagojeniu rany operacyjnej. Skuteczność rehabilitacji w zakresie wyników funkcjonalnych zależy od

odpowiedniego czasu, intensywności i postępu programu ćwiczeń, z uwzględnieniem stanu kolana i poziomu bólu. Fizjoterapia stanowi też pewne ryzyko, szczególnie gdy przekracza się granice możliwości pacjenta. Agresywne ruchy w tych przypadkach mogą nasilić proliferację patologicznej blizny. Dodatkowo do fizjoterapii może być stosowanie szynowania biernego lub ortez dynamicznych oraz redresje stawu w narkozie. Efekty takiego leczenia są jednak zawsze niepewne.

Zabiegi chirurgiczne powinny być zarezerwowane dla przypadków opornych na postępowanie zachowawcze, przy czym decyzja zależy od postępów pacjenta. Opisano poprawę po artroskopowym uwolnieniu zrostów (artrolizie), jednak technika zabiegu jest trudna, a wyniki nieprzewidywalne [8]. Zabieg powinien być poprzedzony badaniem rezonansowym (MRI), które może dokładnie zlokalizować patologiczne tkanki [3]. Uzyskuje się przede wszystkim zwiększenie zakresu zgięcia, gorzej rokuje ubytek wyprost, kiedy zrosty obejmują tylne partie torebki stawowej. Na drodze artroskopii nie można też usunąć blizn pozastawowych, dostępnych tylko na drodze otwartej operacji [9]. Po artrolizie musi nastąpić szczególnie intensywne rehabilitacja. Operacje wymiany endoprotezy wskazane są w rzadkich przypadkach ciężkiej sztywności kolana, zwłaszcza przy udokumentowanych błędach chirurgicznych, takich jak niezbalansowanie tkanek miękkich, niewłaściwy rozmiar implantów lub wadliwe ich osadzenie. Należy też uwzględnić, że oprócz artrofibrozy sztywność stawu mogła powstać w wyniku infekcji, skostnień pozaszkieletowych lub niewłaściwej rehabilitacji. Operacje rewizyjne są bardzo wymagające technicznie, wyniki wymiany z powodu sztywności są gorsze niż wykonywane z innych przyczyn, np. obluzowania septycznego i aseptycznego czy niestabilności, dają też więcej powikłań [10]. Dlatego powinny być dokładnie zaplanowane i wykonane. Część autorów zaleca dużą ostrożność w kwalifikowaniu do operacji rewizyjnej pacjentów ze sztywnym kolaniem, nawet jeśli ustalono wyraźną przyczynę [11]. Poprawę może przynieść wymiana samej wkładki polietylenowej połączona z wycięciem zrostów [12]. Radykalny zabieg polega na wymianie typowego implantu na endoprotezę zawiasową – umożliwiają szerszą resekcję tkanek bez obawy o niestabilność stawu [13, 14]. Opisano też łączenie takiego zabiegu z napromieniowaniem kolana niską dawką, co ma skutecznie zapobiegać powtórnemu zbliźnowaceni [15]. Ciężka postać artrofibrozy jest więc poważnym powikłaniem, o niepewnym rokowaniu i trudnym w leczeniu, z możliwą tylko częściową poprawą.

Wnioski orzecznicze

Artrofibroza jest samoistnym powikłaniem pooperacyjnym, zwykle niezależnym od działań chirurga i jej wystąpienie nie daje podstaw do stwierdzenia nieprawidłowości w postępowaniu lekarskim, jeśli nie doszło do uchwytanych błędów. Jednak nieznanostwo tej choroby, wiodąca do spóźnionego rozpoznania i niewłaściwego leczenia może być podstawą do zarzutów względem lekarzy. Ortopedzi i rehabilitanci powinni być wyczuleni na

możliwość wystąpienia artrofibrozy. Leczenie ciężkich przypadków jest trudne i wymaga dobrej współpracy tych specjalistów. Właściwe poinformowanie pacjenta co do istoty sprawy i dalszego postępowania jest kluczowe dla uniknięcia skarg. Skutkiem artrofibrozy stawu kolanowego może być naruszenie sprawności stanowiące podstawę do orzeczenia uszczerbku na zdrowiu. Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych za stały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy (tj. Dz. U. 2025, poz. 257 z późn. zm.) a za długotrwały uszczerbek na zdrowiu uważa się, zgodnie z art. 11 ust. 3 ww. ustawy, takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie

W przypadku stwierdzenia uszczerbku na zdrowiu na skutek artrofibrozy stawu kolanowego, do oceny wysokości uszczerbku na zdrowiu znajdują zastosowania Punkty 154, 155 lub 156 tabeli stanowiącej załącznik do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (tj. Dz.U. 2020 poz. 233 z późn. zm.) tj. (154: zeszywnienie stawu kolanowego, 155: trwałe ograniczenia ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy itd.) - w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji, 156: inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. - w zależności od stopnia).

Piśmiennictwo:

1. Czamara A., Kuźniecowa M., Królikowska A.: Artrofibroza stawu kolanowego – aktualny stan wiedzy. Przegląd piśmiennictwa. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* 2019; 2(6); 21, 95-106.
2. Schiavone Panni A. i wsp.: Stiffness in total knee arthroplasty. *J Orthop Traumatol.* 2009 Sep; 10(3): 111–118.
3. Stadnick M.: MRI Web Clinic - February 2019 Arthrofibrosis of the Knee.
4. Lee D.R. i wsp.: Arthrofibrosis Nightmares – Prevention & Management Strategies. *Sports Med Arthrosc Rev.* 2022 Mar 1; 30(1): 29-41.
5. Tibbo M.E. i wsp.: Acquired Idiopathic Stiffness After Total Knee Arthroplasty. A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Bone Joint Surg Am.* 2019 Jul 17; 101(14): 1320-1330.
6. Kim J., Nelson Ch.L., Lotke P.A.: Stiffness after total knee arthroplasty. Prevalence of the complication and outcomes of revision. *J Bone Joint Surg Am.* 2004 Jul;86(7):1479-84.
7. Cheuy V.A. i wsp.: Arthrofibrosis Associated With Total Knee Arthroplasty *J Arthroplasty.* 2017 Aug;32(8):2604-2611. doi: 10.1016/j.arth.2017.02.005. Epub 2017 Feb 14. [dostęp z dnia: 21.07.2025].
8. Kim Y-M., Joo Y.B.: Prognostic Factors of Arthroscopic Adhesiolysis for Arthrofibrosis of the Knee. *Knee Surg Relat Res.* 2013 Dec; 25(4): 202-206.
9. Jiang Q. i wsp.: Open arthrolysis for stiff knee after primary total knee arthroplasty. *Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi.* 2019 Mar 15;33(3):307-311. doi: 10.7507/1002-1892.201808092. [dostęp z dnia: 21.07.2025].
10. van Kempen R. i wsp.: Reason for Revision TKA Predicts Clinical Outcome: Prospective Evaluation of 150 Consecutive Patients With 2-years Followup *Clin Orthop Relat Res.* 2013 Mar 30;471(7):2296–2302. doi: 10.1007/s11999-013-2940-8 [dostęp z dnia: 21.07.2025].
11. Haffar A. i wsp.: Treatment of arthrofibrosis and stiffness after total knee arthroplasty: an updated review of the literature *Int Orthop.* 2022 Jun;46(6):1253-1279. doi: 10.1007/s00264-022-05344-x. Epub 2022 Mar 18 [dostęp z dnia: 2025.07.21].
12. Dubin J.A. i wsp.: A Comparison Between Polyethylene Exchange and Full Revision for Arthrofibrosis Following Total Knee Arthroplasty *J Arthroplasty.* 2024 Sep;39(9):2363-2367. doi: 10.1016/j.arth.2024.04.008. Epub 2024 Apr 10. [dostęp z dnia: 21.07.2025].
13. Debbi E.M. i wsp.: Rotating Hinge Revision Total Knee Arthroplasty for Severe Arthrofibrosis. *JBJS Essent Surg. Tech.* 2021 Oct-Dec; 11(4).
14. Liow M.H.L. i wsp.: Rotating Hinge Revision Total Knee Arthroplasty Provides Greater Arc of Motion Gains for Patients Who Have Severe Arthrofibrosis. *TKAF Consortium.J Arthroplasty.* 2025 Jan;40(1):198-202. doi: 10.1016/j.arth.2024.06.056. Epub 2024 Aug 9. PMID: 39128782 [dostęp z dnia: 21.07.2025].
15. Schneider A.M. i wsp.: Low-Dose Irradiation and Rotating-Hinge Revision for the Treatment of Severe Idiopathic Arthrofibrosis Following Total Knee Arthroplasty: A Review of 60 Patients With a Mean 6-Year Follow-Up *J Arthroplasty.* 2024 Apr;39(4):1075-1082. doi: 10.1016/j.arth.2023.10.021. Epub 2023 Oct 18. [dostęp z dnia: 21.07.2025].
16. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r w . sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (tj. Dz.U. 2020 poz. 233 z późn. zm.).

Kamil Jurowski¹
Maciej Noga¹
Damian Kobylarz¹
Łukasz Niżnik¹
Agnieszka Machlańska²

Konopie medyczne w opiniowaniu sądowo-toksykologicznym – wybrane problemy interpretacyjne i analityczne

*Medical cannabis in forensic toxicological opinion-making –
selected interpretative and analytical issues*

¹ Zakład Toksykologii Regulacyjnej i Sądowej, Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi

² Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi

STRESZCZENIE:

Rosnąca dostępność preparatów konopi stosowanych w celach medycznych sprawia, że obecność kannabinoidów w materiale biologicznym coraz częściej staje się przedmiotem oceny sądowo-toksykologicznej. W praktyce opiniodawczej szczególne trudności pojawiają się w sytuacjach, gdy osoba badana deklaruje legalne stosowanie preparatu konopnego, natomiast organ procesowy oczekuje jednoznacznej odpowiedzi, czy wykryte stężenia świadczą o aktualnym upośledzeniu sprawności psychofizycznej, wcześniejszej ekspozycji, czy jedynie o przewlekłym stosowaniu zgodnym z zaleceniami terapeutycznymi. Przedmiotem opinii toksykologicznej nie jest przy tym ocena legalności źródła ani celu stosowania preparatów konopnych, lecz interpretacja wykrytych stężeń w kontekście ich potencjalnego wpływu na sprawność psychofizyczną użytkownika pod wpływem. Problem ten ma charakter wielowymiarowy, ponieważ obejmuje równocześnie zagadnienia farmakologiczne, toksykologiczne, analityczne i prawne. Dodatkowym utrudnieniem pozostaje dynamicznie zmieniający się rynek produktów konopnych, obejmujący nie tylko klasyczne surowce

zawierające $\Delta 9$ -tetrahydrokannabinol, ale także z konopii siewnych, pozbawione $\Delta 9$ -tetrahydrokannabinolu, ekstrakty olejowe o wysokim stężeniu tetrahydrokannabinolu oraz nowe kannabinoidy syntetyczne i półsyntetyczne. Celem niniejszego opracowania jest omówienie najważniejszych problemów interpretacyjnych związanych z wykrywaniem $\Delta 9$ -tetrahydrokannabinolu, jego metabolitów oraz innych kannabinoidów w materiale biologicznym, ze szczególnym uwzględnieniem ograniczeń wnioskowania sądowo-toksykologicznego. Podkreślono, że sama obecność tetrahydrokannabinolu lub jego metabolitów nie może być automatycznie utożsamiana ani z nielegalnym użyciem środka odurzającego, ani z aktualnym stanem odurzenia. Prawidłowa interpretacja wymaga podejścia zintegrowanego, uwzględniającego dane analityczne, kliniczne oraz okoliczności konkretnego zdarzenia.

Słowa kluczowe:

medyczna marihuana, tetrahydrokannabinol, opinia sądowo-toksykologiczna, kannabinoidy, farmakokinetyka, interpretacja wyników, kannabidiol

ABSTRACT:

The increasing availability of cannabis preparations used for medical purposes means that the presence of cannabinoids in biological material is increasingly becoming the subject of forensic-toxicological assessment. In expert-opinion practice, particular difficulties arise in situations where the examined person declares the legal use of a cannabis preparation, while the procedural authority expects an unequivocal answer as to whether the detected concentrations indicate current impairment of psychophysical performance, previous exposure, or merely chronic use in accordance with therapeutic recommendations. The subject of a toxicological opinion is not the assessment of the legality of the source or purpose of cannabis-preparation use, but rather the interpretation of the detected concentrations in the context of their potential effect on the psychophysical performance of the user under the influence. This problem is multidimensional, as it simultaneously involves pharmacological, toxicological, analytical, and legal issues. An additional difficulty is the dynamically changing market of cannabis products, which includes not only classic raw materials containing $\Delta 9$ -tetrahydrocannabinol, but also products derived from industrial hemp that are free of $\Delta 9$ -tetrahydrocannabinol, oil extracts with high concentrations of tetrahydrocannabinol, and new synthetic and semi-synthetic cannabinoids. The aim of this paper is to discuss the most important interpretative problems associated with the detection of $\Delta 9$ -tetrahydrocannabinol, its metabolites, and other cannabinoids in biological material, with particular emphasis on the limitations of forensic-toxicological inference. It is emphasized that the mere presence of tetrahydrocannabinol or its metabolites cannot automatically be equated either with the illegal use of a narcotic

substance or with a current state of intoxication. Proper interpretation requires an integrated approach that takes into account analytical and clinical data as well as the circumstances of the specific incident.

Keywords:

medical marijuana, tetrahydrocannabinol, forensic toxicological opinion, cannabinoids, pharmacokinetics, interpretation of results, cannabidiol

Wprowadzenie

W ostatnich latach zagadnienie konopii medycznych przestało być wyłącznie przedmiotem debat klinicznych i legislacyjnych, a coraz częściej staje się realnym problemem praktyki sądowo-toksykologicznej. Wynika to z faktu, że wykrycie kannabinoidów w materiale biologicznym nie dotyczy już jedynie osób używających konopi w celach rekreacyjnych, lecz również pacjentów objętych legalną terapią. W konsekwencji dodatni wynik badania laboratoryjnego coraz częściej wymaga interpretacji osadzonej w szerszym kontekście, obejmującym nie tylko dane analityczne, ale także uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne i prawne [1–3].

W przeciwieństwie do alkoholu dla tetrahydrokannabinolu (THC) nie wypracowano równie stabilnego i jednoznacznego modelu interpretacyjnego opartego na prostej relacji między stężeniem a stopniem upośledzenia sprawności. W piśmiennictwie wielokrotnie podkreślano, że związek między poziomem THC we krwi, a rzeczywistym wpływem na funkcje psychomotoryczne jest zmienny i zależy od wielu czynników, takich jak droga podania, przewlekłość używania, tolerancja, czas, jaki upłynął od ostatniej dawki, współistniejąca farmakoterapia czy osobnicze różnice metaboliczne [4,5]. W praktyce oznacza to, że wynik laboratoryjny nie może być interpretowany w oderwaniu od całokształtu materiału dowodowego.

Znaczenie tego problemu wzrasta dodatkowo w związku z przemianami współczesnego rynku konopi w Europie. European Drug Report 2025 wskazuje, że klasyczne konopie nadal pozostają najczęściej używaną substancją nielegalną, ale równocześnie systematycznie zwiększa się różnorodność dostępnych produktów, obejmujących ekstrakty, produkty spożywcze, preparaty kannabidiolu (CBD) oraz wyroby zawierające kannabinoidy półsyntetyczne [6]. Raport podkreśla także, że produkty tego typu mogą zawierać niezadeklarowane kannabinoidy, w tym $\Delta 9$ -THC i $\Delta 8$ -THC, co dodatkowo komplikuje interpretację wyników badań z perspektywy klinicznej i sądowej [7]. W tej sytuacji zasadnicze pytanie nie dotyczy już wyłącznie samego kontaktu z kannabinoidami, ale również rodzaju zastosowanego produktu, czasu ekspozycji oraz jej rzeczywistego znaczenia funkcjonalnego.

Konopie medyczne – kontekst kliniczny

Konopie medyczne zajmuje w opiniowaniu sądowo-toksykologicznym miejsce szczególne, ponieważ łączy status produktu stosowanego terapeutycznie z obecnością substancji psychoaktywnej zdolnej do zaburzenia funkcji poznawczych i psychomotorycznych. Z jednej strony może być stosowana zgodnie z prawem i z uzasadnionych wskazań medycznych, z drugiej zaś zawarty w niej THC pozostaje związkiem oddziałującym na ośrodkowy układ nerwowy [8,9].

Kannabinoidy oddziałują przede wszystkim poprzez układ endokannabinoidowy, a ich działanie obejmuje modulację neurotransmisji w obrębie ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego; THC wykazuje powinowactwo głównie do receptorów CB1, których aktywacja wiąże się między innymi z wpływem na percepcję, koordynację ruchową, uwagę, pamięć roboczą i czas reakcji [10]. Z punktu widzenia opiniowania są to funkcje podstawowe, ponieważ w największym stopniu wpływają na codzienne funkcjonowanie i bezpieczeństwo.

Zastosowania kliniczne preparatów kannabinoidowych obejmują przede wszystkim leczenie spastyczności, wybranych postaci bólu przewlekłego, nudności i wymiotów indukowanych chemioterapią oraz niektórych postaci padaczki lekoopornej, przy czym siła dowodów naukowych i zakres rekomendacji zależą od konkretnego wskazania i rodzaju produktu [8,11]. W praktyce klinicznej istotne są również zaburzenia snu towarzyszące chorobom przewlekłym, które często stanowią element obrazu klinicznego pacjentów kwalifikowanych do terapii konopnej.

W praktyce klinicznej znaczenie mają nie tylko dawka i skład preparatu, ale również droga podania. Inhalacja prowadzi do szybkiego początku działania i gwałtownego wzrostu stężenia THC we krwi, natomiast preparaty doustne wiążą się z opóźnionym początkiem działania, bardziej zmienną biodostępnością i większym udziałem aktywnego metabolitu 11-OH-THC [4,12]. Ta zmienność powoduje, że wynik analityczny pozbawiony informacji o drodze podania zawsze pozostaje interpretacyjnie niepełny.

Jednocześnie medyczna marihuana nie stanowi kategorii jednorodnej. W obiegu funkcjonują preparaty różniące się składem, proporcjami THC/CBD, postacią farmaceutyczną i profilem farmakokinetycznym [8,11]. Z perspektywy opiniodawcy szczególne znaczenie ma także brak pełnej standaryzacji rynku, ograniczona porównywalność preparatów oraz fakt, że pojęcie „medyczna marihuana” bywa potocznie odnoszone również do produktów konopnych spoza oficjalnego systemu farmaceutycznego [13,14]. Oznacza to, że pacjent leczony konopiami nie może być automatycznie utożsamiany z użytkownikiem rekreacyjnym, ale też sama deklaracja terapii nie rozstrzyga źródła ekspozycji.

Problem interpretacyjny – THC vs alkohol etylowy

Dla alkoholu etylowego funkcjonuje model interpretacyjny oparty na jasno określonych progach prawnych i względnie przejrzystym związku między stężeniem, a stopniem upośledzenia sprawności. W odniesieniu do THC taki model nie został wypracowany. Pojedynczy wynik ilościowy nie odzwierciedla w prosty sposób stanu klinicznego, ponieważ ta sama wartość może mieć odmienne znaczenie u osoby używającej konopi okazjonalnie i u pacjenta stosującego preparat przewlekle [5,15,16].

Jednym z głównych źródeł trudności interpretacyjnych pozostaje złożona farmakokinetyka Δ^9 -THC. Związek ten jest silnie lipofilny, szybko dystrybuowany do tkanek i podlega wieloetapowemu metabolizmowi. Po inhalacji jego stężenie we krwi gwałtownie rośnie, po czym relatywnie szybko spada wskutek redystrybucji, natomiast po podaniu doustnym wzrost stężenia jest zwykle wolniejszy i bardziej rozciągnięty w czasie [4,12]. Już sam ten fakt utrudnia traktowanie wyniku badania krwi jako prostego odpowiednika aktualnego upośledzenia funkcji psychomotorycznych.

W piśmiennictwie konsekwentnie podkreśla się, że w przeciwieństwie do alkoholu etylowego nie istnieje jedna, stabilna zależność między stężeniem THC, a obrazem klinicznym, którą można byłoby bezpiecznie stosować w każdej sprawie [15,16]. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, w których na wynik wpływają różnice osobnicze, tolerancja, współistniejąca farmakoterapia, czas pobrania materiału oraz droga podania [4,5]. Z praktycznego punktu widzenia oznacza to, że stężenie THC we krwi nie stanowi wiarygodnego odpowiednika upośledzenia funkcji psychomotorycznych.

Najczęściej dyskutowanym obszarem praktycznym pozostaje zdolność do prowadzenia pojazdów. Dane eksperymentalne i przeglądowe wskazują, że używanie konopi może zaburzać uwagę, czas reakcji, zdolność utrzymania pasa ruchu oraz inne funkcje istotne dla bezpieczeństwa ruchu drogowego [15,16]. Jednocześnie sam dodatni wynik badania krwi nie powinien być traktowany jako wystarczający substytut oceny klinicznej i behawioralnej. Szczególnego znaczenia nabierają opis zachowania, sposób prowadzenia pojazdu, wyniki badania lekarskiego oraz czas pobrania materiału [5,15].

Brak spójności interpretacyjnej widoczny jest także na poziomie międzynarodowym, gdzie stosowane są różne modele oceny i różne założenia, co do znaczenia wyniku toksykologicznego. Z tego względu próba prostego przeniesienia logiki alkoholowej na THC prowadzi do nadmiernych uproszczeń. W Polsce potrzebne jest podejście ostrożniejsze i bardziej zbilansowane. Zakład Toksykologii Regulacyjnej i Sądowej IEM pracuje nad odpowiednimi propozycjami w zakresie zmian regulacji w Polsce. W szczególności problem ten ujawnia się w sprawach dotyczących kierujących pojazdami, w których organ procesowy oczekuje jednoznacznej odpowiedzi, czy oznaczone stężenie THC należy traktować jako dowód aktualnego wpływu na zdolność prowadzenia pojazdu. Obecny stan wiedzy nie pozwala jednak na proste utożsamienie każdego oznaczalnego stężenia THC z realnym upośledzeniem

sprawności psychofizycznej. Z drugiej strony brak jasnych kryteriów interpretacyjnych może prowadzić zarówno do nadmiernie represyjnego traktowania osób leczonych lub stosujących konopie przewlekle, jak i do niedoszacowania ryzyka w przypadkach rzeczywistego, świeżego działania psychoaktywnego. Dlatego potrzebne jest opracowanie polskiego, naukowo uzasadnionego modelu oceny, który odróżniałby samą obecność substancji od prawdopodobieństwa jej funkcjonalnego znaczenia dla bezpieczeństwa ruchu drogowego. W tym kontekście szczególnie problematyczne są regulacje typu *per se*, w których przekroczenie określonego stężenia THC jest traktowane jako wystarczająca przesłanka odpowiedzialności, mimo że literatura wskazuje na ograniczoną zdolność takich progów do rozróżniania osób rzeczywiście upośledzonych od nieupośledzonych.

Problem użytkowników przewlekłych i pacjentów

W opiniowaniu szczególnego znaczenia nabiera grupa osób stosujących preparaty konopne przewlekle. U takich pacjentów dodatni wynik badania może utrzymywać się przez dłuższy czas, nawet jeśli bezpośredni efekt psychoaktywny dawno ustąpił. Wynika to z lipofilności THC, jego magazynowania w tkankach oraz stopniowego uwalniania [4,17].

Przewlekle stosowanie wiąże się ponadto z częściową tolerancją. Oznacza to, że pacjent może prezentować mniej nasilone objawy subiektywne przy stężeniach, które u osoby nieużywającej regularnie powodowałyby wyraźne oddziaływanie kliniczne [18,19]. Nie oznacza to jednak całkowitego braku wpływu na funkcje psychomotoryczne. Z punktu widzenia sądowno-toksykologicznego najważniejsze jest to, że pacjent leczony nie jest tożsamy z osobą odurzoną.

W praktyce mogą więc występować sytuacje, w których wynik toksykologiczny potwierdza obecność substancji, mimo braku realnego upośledzenia w chwili zdarzenia. Dokumentacja medyczna może potwierdzać legalność terapii, wskazanie, rodzaj preparatu i schemat dawkowania, lecz sama nie odpowiada na pytanie o stan osoby w konkretnym momencie [8]. Dlatego dodatni wynik nie może być utożsamiany ani z brakiem znaczenia, ani z automatycznym potwierdzeniem odurzenia.

Konwersja CBD do THC - implikacje toksykologiczne

Coraz częściej w praktyce pojawia się pytanie, czy obecność THC zawsze oznacza świadome przyjęcie klasycznego preparatu zawierającego ten związek. Odpowiedź nie jest jednoznaczna. Wykazano, że część produktów CBD sprzedawanych online była nieprawidłowo oznakowana, a niektóre z nich zawierały również THC [14]. Oznacza to, że deklaracja osoby badanej o stosowaniu wyłącznie produktu CBD nie może być automatycznie odrzucana jako niewiarygodna.

Problem ten nie dotyczy wyłącznie błędnego oznakowania produktów, ale również jakości, czystości i stabilności preparatów dostępnych poza ścisłym nadzorem farmaceutycznym. W badaniach produktów CBD dostępnych komercyjnie wskazywano, że obecność $\Delta 9$ -THC może wynikać z zanieczyszczenia ekstraktów konopnych, stosowania preparatów typu full-spectrum, niewłaściwego procesu wytwarzania albo warunków przechowywania. Z perspektywy opiniowania sądowno-toksykologicznego oznacza to, że sama deklaracja stosowania produktu CBD nie rozstrzyga ani o braku ekspozycji na THC, ani o jej charakterze. Istotne znaczenie może mieć zabezpieczenie i analiza samego preparatu, którym posługiwała się osoba badana.

Dodatkową kontrowersją pozostaje kwestia możliwej przemiany CBD do THC. Różne badania *in vitro* wykazały, że w warunkach symulowanego kwasowego środowiska żołądka CBD może ulegać przemianom do związków psychoaktywnych [20]. Późniejsze badania *in vivo*, zarówno na modelu zwierzęcym, jak i u ludzi, nie potwierdziły jednak prostego przełożenia tego zjawiska na rzeczywiste warunki biologiczne [21,22].

Dlatego w opiniowaniu należy wyraźnie odróżnić trzy różne sytuacje: rzeczywistą biokonwersję CBD do THC w organizmie, obecność THC jako zanieczyszczenia produktu oraz chemiczną przemianę CBD zachodzącą poza organizmem, na przykład w czasie wytwarzania, przechowywania lub w warunkach eksperymentalnych. Te mechanizmy mają odmienne znaczenie dowodowe i nie powinny być traktowane jako równoważne. W praktyce szczególnie ostrożnie należy podchodzić do automatycznego tłumaczenia dodatniego wyniku THC hipotetyczną konwersją CBD, jeżeli nie przeprowadzono analizy składu stosowanego preparatu. W badaniu u zdrowych ochotników po doustnym podaniu CBD nie wykryto konwersji do $\Delta 8$ -THC ani $\Delta 9$ -THC [22].

Z perspektywy opiniowania sądowego najważniejszy wniosek jest następujący: obecność THC nie zawsze musi oznaczać jego świadome przyjęcie, ale też nie może być domyślnie tłumaczona hipotetyczną konwersją CBD. Każdy przypadek wymaga indywidualnej oceny, uwzględniającej skład badanego preparatu, możliwość zanieczyszczeń, warunki ekspozycji oraz wyniki rozszerzonej analizy toksykologicznej.

Ograniczenia analityczne i interpretacyjne

Wartość interpretacyjna wyniku pozostaje ściśle związana z rodzajem materiału biologicznego. Krew ma największe znaczenie w ocenie relatywnie świeżej ekspozycji, lecz nawet w tym materiale wynik nie może być traktowany jako samodzielny wykładnik stopnia upośledzenia funkcji psychomotorycznych [4,15]. Mocz ma przede wszystkim znaczenie retrospektywne i potwierdza wcześniejszy kontakt z kannabinoidami, natomiast ślina może być przydatna jako materiał przesiewowy dla niedawnej ekspozycji, ale jej interpretację utrudnia możliwość zanieczyszczenia jamy ustnej po inhalacji oraz zależność wyników od użytej metody analitycznej [23–25].

Nawet przy zastosowaniu nowoczesnych metod instrumentalnych wynik badania toksykologicznego ma swoje ograniczenia interpretacyjne. Oznaczenia ilościowe nie eliminują problemów wynikających z farmakokinetyki, tolerancji, czasu pobrania próbki czy niejednorodności materiału [4,23]. W przypadku testów przesiewowych dodatkowe ograniczenie stanowią swoistość i czułość metody, możliwość reakcji krzyżowych oraz zależność od przyjętych wartości odcięcia [24].

W praktyce sądowej oznacza to, że wynik toksykologiczny nie jest jednoznacznym dowodem stanu odurzenia. Wymaga interpretacji w szerszym kontekście, obejmującym materiał biologiczny, czas pobrania, obraz kliniczny, okoliczności zdarzenia oraz dokumentację medyczną. Szczególnej ostrożności wymagają preparaty doustne i podjęzykowe, ponieważ opóźniony początek działania, zmienna biodostępność oraz udział aktywnego metabolitu 11-OH-THC mogą powodować, że czasowy związek między przyjęciem preparatu, stężeniem THC i obrazem klinicznym jest mniej czytelny niż po inhalacji.

Przekroczenie rzeczywistej mocy dowodowej wyniku prowadzi do nadmiernie kategorycznych opinii, które nie odpowiadają złożoności badanego zjawiska. Szczęólnego znaczenia nabiera przy tym standaryzacja etapu przedanalizy, w tym czas pobrania materiału, rodzaj badanego materiału biologicznego, sposób zabezpieczenia próbki i dokumentowania obserwowanych objawów lub ich braku, ponieważ bez tych informacji nawet wynik ilościowy może mieć ograniczoną wartość dla oceny zdolności do prowadzenia pojazdu

Propozycja podejścia

W realiach współczesnej praktyki bardziej zasadne wydaje się podejście systemowe oparte na analizie wieloparametrowej niż próba sprowadzenia całego problemu do jednego wyniku liczbowego. Ocena opiniodawcza powinna uwzględniać co najmniej stężenie oznaczonej substancji, rodzaj materiału biologicznego, czas od przyjęcia lub od zdarzenia, drogę podania, obecność objawów klinicznych, zachowanie osoby badanej oraz dokumentację medyczną dotyczącą terapii [5,8,15].

Takie podejście wymaga także wyraźnego rozróżnienia między pacjentem leczonym a użytkownikiem rekreacyjnym. Sama legalność terapii nie wyklucza potencjalnego wpływu na sprawność, ale równie nieuprawnione jest automatyczne utożsamianie dodatniego wyniku z odurzeniem. W sprawach dotyczących medycznej marihuany szczególne znaczenie mają informacje o czasie ostatniej dawki, drodze podania, działaniach niepożądanych, współstosowanych lekach oraz dane sytuacyjne, takie jak opis zachowania, relacje świadków czy zapis badania lekarskiego [8,11].

Z punktu widzenia praktyki opiniodawczej pożądane są sformułowania ostrożne i proporcjonalne do rzeczywistej mocy dowodowej materiału. Bardziej adekwatne jest wskazywanie, że wynik jest zgodny z niedawną ekspozycją, przemawia za możliwością działania

psychoaktywnego lub odpowiada przewlekłemu stosowaniu, niż formułowanie kategorycznych tez przekraczających możliwości interpretacyjne badania. Dalszym krokiem powinny być badania populacyjne prowadzone w Polsce, które mogłyby stanowić podstawę do przyszłych regulacji i bardziej spójnych standardów opiniowania.

Kierunkiem dalszych prac powinno być nie tyle mechaniczne przeniesienie rozwiązań zagranicznych, co przygotowanie modelu dostosowanego do polskich realiów prawnych, analitycznych i opiniodawczych. Model taki powinien uwzględniać różnicę między wynikiem przesiewowym, a ilościowym badaniem THC, znaczenie czasu pobrania próbki, rodzaj materiału biologicznego, współwystępowanie alkoholu etylowego lub innych substancji psychoaktywnych oraz informacje o sposobie i częstotliwości stosowania preparatu. Dopiero połączenie tych danych może ograniczyć ryzyko opinii opartych wyłącznie na wartości liczbowej, oderwanej od kontekstu klinicznego i behawioralnego.

Znaczenie dla praktyki wymiaru sprawiedliwości

Z punktu widzenia praktyki sądowej najważniejszym wnioskiem jest to, że dodatni wynik badania na obecność THC lub jego metabolitów nie może być oceniany automatycznie jako równoznaczny z aktualnym odurzeniem albo realnym upośledzeniem sprawności psychofizycznej. W sprawach karnych, wykroczeniowych i cywilnych konieczna jest zatem ostrożna, wieloaspektowa ocena obejmująca nie tylko wynik toksykologiczny, lecz również rodzaj materiału biologicznego, czas jego pobrania, dane kliniczne, okoliczności zdarzenia, zachowanie osoby badanej oraz dokumentację medyczną dotyczącą ewentualnej terapii preparatami konopnymi. Ma to szczególne znaczenie w sprawach dotyczących prowadzenia pojazdów, wypadków komunikacyjnych oraz oceny zdolności do świadomego i swobodnego podejmowania decyzji. Dla organów procesowych oraz biegłych oznacza to potrzebę unikania uproszczonego przenoszenia modelu interpretacyjnego właściwego dla alkoholu na przypadki dotyczące kannabinoidów oraz konieczność formułowania opinii w sposób proporcjonalny do rzeczywistej mocy dowodowej uzyskanego wyniku.

Z perspektywy wymiaru sprawiedliwości szczególnie istotne jest stworzenie takich kryteriów interpretacyjnych, które będą jednocześnie chronić bezpieczeństwo ruchu drogowego i ograniczać ryzyko automatycznego karanie osób, u których wynik dodatni może odzwierciedlać wcześniejszą ekspozycję, przewlekłe stosowanie lub legalną terapię, a nie aktualne upośledzenie zdolności prowadzenia pojazdu.

Podsumowanie

Nie istnieje proste przełożenie stężenia THC na upośledzenie funkcji psychomotorycznych. Obecne podejście interpretacyjne, zwłaszcza wtedy, gdy opiera się głównie na samym wyniku laboratoryjnym, jest niewystarczające. Sama obecność THC lub jego metabolitów

nie pozwala automatycznie stwierdzić aktualnego stanu odurzenia, a pacjent leczony preparatem konopnym nie jest tożsamy z osobą odurzoną. W konsekwencji istnieje realne ryzyko opinii błędnych lub nadmiernie kategoriowych. Szczególnie pilnym obszarem wymagającym dalszego opracowania pozostaje interpretacja wyników THC u kierujących pojazdami, gdzie konieczne jest wypracowanie kryteriów pozwalających odróżnić samą obecność substancji od stanu rzeczywistego - wpływu na sprawność psychofizyczną - istotnego dla bezpieczeństwa ruchu drogowego. Konieczna jest zmiana podejścia systemowego, oparta na integracji danych toksykologicznych, klinicznych, sytuacyjnych i medycznych oraz na rozwijaniu polskich podstaw badawczych dla przyszłych regulacji.

Piśmiennictwo:

1. Cioffi A., Cecannecchia C., David M.C., Cipolloni L., Santurro A. Cannabis regulatory system in European Union countries, forensic concept of “doping dose” and medico-legal implications. *Med Leg J.* 2023;91:128–135. doi:10.1177/00258172231166272. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
2. Perkins D., Brophy H., McGregor I.S., O'Brien P., Quilter J., McNamara L., Sarris J., Stevenson M., Gleeson P., Sinclair J., Dietze P. Medicinal cannabis and driving: the intersection of health and road safety policy. *Int J Drug Policy.* 2021;97:103307. doi:10.1016/j.drugpo.2021.103307. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
3. Pearlson G.D., Stevens M.C., D'Souza D.C. Cannabis and Driving. *Front Psychiatry.* 2021;12:689444. doi:10.3389/fpsy.2021.689444. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
4. Huestis M.A. Human cannabinoid pharmacokinetics. *Chem Biodivers.* 2007;4(8):1770–1804. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
5. National Highway Traffic Safety Administration. Marijuana-Impaired Driving: A Report to Congress. Washington, DC: NHTSA; 2017. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
6. European Union Drugs Agency. Cannabis – the current situation in Europe. *European Drug Report 2025.* Lisbon: EUDA; 2025. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
7. European Union Drugs Agency. New psychoactive substances – the current situation in Europe. *European Drug Report 2025.* Lisbon: EUDA; 2025. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
8. National Institute for Health and Care Excellence. Cannabis-based medicinal products (NG144). London: NICE; 2019. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
9. Grotenhermen F. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. *Clin Pharmacokinet.* 2003;42(4):327–360. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
10. Pertwee R.G. The pharmacology of cannabinoid receptors and their ligands: an overview. *Int J Obes.* 2006;30 Suppl 1:S13–S18. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
11. Busse J.W., Vankrunkelsven P., Zeng L., et al. Medical cannabis or cannabinoids for chronic pain: a clinical practice guideline. *BMJ.* 2021;374:n2040. [dostęp z dnia: 11.05.2026].

12. Huestis M.A., Solimini R., Pichini S., Pacifici R., Carlier J., Busardò F.P. Cannabidiol adverse effects and toxicity. *Curr Neuropharmacol.* 2019;17(10):974–989. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
13. EMCDDA. Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
14. Bonn-Miller M.O., Loflin M.J.E., Thomas B.F., Marcu J.P., Hyke T., Vandrey R. Labeling accuracy of cannabidiol extracts sold online. *JAMA.* 2017;318(17):1708–1709. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
15. Hartman R.L., Huestis M.A. Cannabis effects on driving skills. *Clin Chem.* 2013;59(3):478–492. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
16. Ramaekers J.G., Berghaus G., van Laar M., Drummer O.H. Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug Alcohol Depend.* 2004;73(2):109–119. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
17. Karschner E.L., Schwilke E.W., Lowe R.H., Darwin W.D., Pope H.G., Herning R., et al. Do Delta9-tetrahydrocannabinol concentrations indicate recent use in chronic cannabis users? *Addiction.* 2009;104(12):2041–2048. [dostęp: 11.05.2026].
18. Peng Y.W., Desapriya E., Chan H., Brubacher J.R. Residual blood THC levels in frequent cannabis users after over four hours of abstinence: a systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2020;216:108177. [dostęp: 11.05.2026].
19. Schwoppe D.M., Karschner E.L., Gorelick D.A., Huestis M.A. Identification of recent cannabis use: whole-blood and plasma free and glucuronidated cannabinoid pharmacokinetics following controlled smoked cannabis administration. *Clin Chem.* 2011;57(10):1406–1414.
20. Merrick J., Lane B., Sebree T., Yaksh T., O'Neill C., Banks S.L. Identification of psychoactive degradants of cannabidiol in simulated gastric and physiological fluid. *Cannabis Cannabinoid Res.* 2016;1(1):102–112. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
21. Wray L., Stott C., Jones N., Wright S. Cannabidiol does not convert to Δ9-tetrahydrocannabinol in an in vivo animal model. *Cannabis Cannabinoid Res.* 2017;2(1):282–287. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
22. Crippa J.A.S., Hallak J.E.C., Zuardi A.W., et al. Oral cannabidiol does not convert to Δ8-THC or Δ9-THC in humans. *Cannabis Cannabinoid Res.* 2020;5(1):89–98.
23. Musshoff F., Madea B. Review of biologic matrices for drug analysis in forensic toxicology. *Forensic Sci Int.* 2007;165(2–3):199–211. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
24. Lee D., Milman G., Schwoppe D.M., Barnes A.J., Gorelick D.A., Huestis M.A. Cannabinoid stability in authentic oral fluid after controlled cannabis smoking. *Clin Chem.* 2012;58(7):1101–1109. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
25. Newmeyer M.N., Swortwood M.J., Andersson M., Abulseoud O.A., Scheidweiler K.B.,

- Huestis M.A. Cannabinoid disposition in oral fluid after controlled smoked, vaporized, and oral cannabis administration. *Drug Test Anal.* 2017;9(6):905–915. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
26. Arkell T.R., Vinckenbosch F., Kevin R.C., Theunissen E.L., McGregor I.S., Ramaekers J.G. Effect of cannabidiol and Δ^9 -tetrahydrocannabinol on driving performance: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2020;324(21):2177–2186. [dostęp z dnia: 11.05.2026].
27. European Union Drugs Agency. Hexahydrocannabinol (HHC) and related substances. Technical report. Lisbon: EUDA; 2023. [dostęp z dnia: 11.05.2026].

Michał Piotr Kaszubski¹
Wojciech Wiszowaty¹

Odpowiedzialność zawodowa osób wykonujących zawody wskazane w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych [1] – uwagi wstępne

Professional liability of individuals practicing professions specified in the Act of 17 August 2023 on certain medical professions – introductory remarks

¹ Zakład Prawa Medycznego, Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi

STRESZCZENIE:

Przedmiotem niniejszego opracowania jest problematyka dotycząca odpowiedzialności zawodowej przedstawicieli zawodów medycznych wymienionych w ustawie z 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych. Przedmiotem analizy są zarówno przesłanki materialne odpowiedzialności zawodowej (i wpływ braku samorządu zawodowego w rozumieniu konstytucyjnym na te przesłanki), jak i procedura realnego dochodzenia tej odpowiedzialności.

Kluczowe jest zbadanie definicji przewinienia zawodowego przyjętej w ustawie i skutków odmienności definicji w świetle przepisów regulujących odpowiedzialność zawodową lekarzy oraz związek jej z brakiem samorządu w rozumieniu konstytucyjnym, a więc brakiem źródła norm etycznych. W dalszej kolejności badane są pozostałe przesłanki odpowiedzialności zawodowej, takie jak wina czy społeczna szkodliwość. Po ocenie materialnej artykuł przeprowadza analizę przepisów postępowania – formułując liczne zastrzeżenia i wskazując obszary, które powinny ulec niezwłocznej poprawie wskutek działań legislacyjnych. Przeanalizowane są także najważniejsze odmienności procedury i wskazane ich oczekiwane skutki.

Słowa kluczowe:

odpowiedzialność zawodowa, zawody medyczne, prawo medyczne, postępowanie dyscyplinarne, Komisja Odpowiedzialności Zawodowej, wina, społeczna szkodliwość, środki tymczasowe, środki odwoławcze, przewlekłość postępowania

ABSTRACT:

The subject of this study is the issue of professional liability of representatives of medical professions listed in the Act of 17 August 2023 on certain medical professions. The analysis covers both the substantive premises of professional liability (including the impact of the absence of a professional self-governing body in the constitutional sense on these premises) as well as the procedure for the actual enforcement of such liability. It is crucial to examine the definition of professional misconduct adopted in the Act and the consequences of its distinctiveness in light of the provisions regulating the professional liability of physicians, as well as its relationship with the absence of a self-governing body in the constitutional sense, and thus the absence of a source of ethical norms. Subsequently, other premises of professional liability are analyzed, such as fault and social harmfulness. Following the substantive assessment, the article proceeds to analyze procedural provisions—formulating numerous reservations and identifying areas that require immediate improvement through legislative action. The most significant procedural differences are also examined, along with their expected consequences.

Keywords:

professional liability, medical professions, medical law, disciplinary proceedings, Professional Liability Commission, fault, social harmfulness, interim measures, appellate measures (legal remedies), excessive length of proceedings

Przedmiot postępowania i zakres stosowania ustawy

Model odpowiedzialności zawodowej, określony w ustawie nawiązuje do ustawy z dnia 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia [2], która w art. 1 ust. 1 przewidywała odpowiedzialność „fachowych pracowników służby zdrowia”, do których zaliczano: lekarzy, lekarzy-dentystów, farmaceutów, felczerów, pielęgniarek (pielęgniarzy), położnych, ratowników medycznych oraz techników i uprawnionych techników dentystycznych, posiadających prawo wykonywania praktyki (zawodu). Powyższy akt prawny normował odpowiedzialność za wykroczenia zawodowe, związane z naruszeniem zasad etyki, godności bądź sumienności zawodowej przez działanie, zaniechanie lub zaniedbanie (art. 3 ust. 1 powołanej ustawy). Przewidziane przez ustawę postępowanie prowadziły okręgowe komisje kontroli zawodowej jako organ orzekający

w sprawach pierwszej instancji i Odwoławcza Komisja Kontroli Zawodowej będąca organem odwoławczym (art. 6 ust. 1 powołanej ustawy).

Wspomniany akt prawny w bieżącym stanie prawnym ma walor wyłącznie historyczny i programowy, niezależnie od jego uchylecia na mocy art. 107 ustawy albowiem komisje odpowiedzialności zawodowej nie zostały powołane, a wyłączenia stosowania przepisów zawarto w szeregu ustaw poświęconych poszczególnym zawodom medycznym.

Rozwój medycyny i związana z tym specjalizacja usług medycznych na przestrzeni lat doprowadziła do ukształtowania się szeregu nowych specjalizacji osób wykonujących różne zawody medyczne. W dacie uchwalania aktu normatywnego proces ich wyodrębniania i konstytuowania nie był na tyle zaawansowany, aby ustawodawca uznał za konieczne poświęcanie odrębnych aktów prawnych poszczególnym zawodom. Ustawa w art. 1 ust. 1 pkt 1) wprowadza *numerus clausus* zawodów medycznych, do których zalicza: asystentki stomatologiczne, dietetyków, elektroradiologów, higienistki stomatologiczne, logopedów, opiekunów medycznych, optometrystów, ortoptystki, podiatrów, profilaktyków, protetyków słuchu, techników dentystycznych, techników farmaceutycznych, techników masażystów, techników ortopedów, techników sterylizacji medycznej, terapeutów zajęciowych. Wprost jako zawód medyczny ustawa nie określa osób wykonujących czynności zawodowe w zakresie planowania diety, prowadzenia konsultacji dietetycznych oraz udzielania porad edukacyjnych w ramach świadczeń gwarantowanych o których mowa w art. 5 pkt 35) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [3], niemniej jednak do przedstawicieli tych zawodów również stosuje się przepisy o odpowiedzialności zawodowej na zasadzie odwołania zawartego w art. 1 ust. 2 ustawy.

Definicja przewinienia zawodowego

Omawiany akt prawny wprowadza swoistą definicję przewinienia zawodowego, określając je jako zawinione naruszenie przepisów, związanych z wykonywaniem danego zawodu medycznego (art. 41 ustawy). Takie rozumienie terminu zaproponowane jest znacznie węższe od jego odpowiedników w innych ustawach regulujących odpowiedzialność związaną z wykonywaniem zawodu. Z definicji wyeliminowano bowiem naruszenie zasad etyki, obecne w aktach prawnych dotyczących innych zawodów medycznych, np. w art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich [4] czy art. 36 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych [5]. Powyższe jest konsekwencją braku podmiotów, które mogłyby je ustanowić. Nie ustanowiono bowiem samorządu zawodowego w rozumieniu konstytucyjnym dla osób wykonujących zawody wymienione w ustawie, a wykonywanie tych zawodów nie jest objęte przymusem korporacyjnym (przymusem przynależności do samorządu zawodowego i poddania normom stanowionym i wykonywanym przez tę organizację). Oczywiście, powstały stowarzyszenia zrzeszające część z niektórych zawodów

medycznych, ale przynależność do nich nie jest przymusowa i wyłączna (istnieje po kilka takich stowarzyszeń dla jednego zawodu medycznego).

Powyższe skutkuje węższym zakresem odpowiedzialności, niż to ma miejsce w przypadku zawodów, których chronione konstytucyjnie organizacje zawodowe uchwały kodeksy etyki, a ustawodawca wprowadził normatywną podstawę do ich egzekwowania tak jak np. w przypadku lekarzy, pielęgniarek czy ratowników medycznych.

Przewinienie zawodowe w rozumieniu ustawy ogranicza się zatem jedynie do naruszenia przepisów, związanych z wykonywaniem danego zawodu medycznego. Zdaniem autorów w związku z odesłaniem zawartym w art. 79 ust. 2 ustawy definicję deliktu zawodowego uzupełniają także przepisy kodeksu karnego. Przewinienie zawierać będzie zatem elementy definicji przestępstwa wymienione w art. 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny - dalej k.k. [6], a więc zawinienie, społeczną szkodliwość czynu czy bezprawność w ujęciu dyscyplinarnym.

Definicja winy

Zawarta w art. 41 ustawy definicja przewinienia zawodowego zawiera wprost nawiązanie do koncepcji odpowiedzialności na zasadzie winy. Wartym podkreślenia jest, że stanowi to *novum* na tle dotychczas obowiązujących ustaw dotyczących zawodów medycznych (por. np. art. 151 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych [7], art. 85 ust. 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty [8] czy art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich), gdzie brak jest takiego odwołania zawartego wprost w przepisie i koniecznym jest dekodowanie zawinienia z treści całości kształtu przepisów o odpowiedzialności zawodowej czy odwoływania się do definicji przestępstwa, zawartej w kodeksie karnym.

Wzbogacenie definicji deliktu zawodowego o element winy należy ocenić pozytywnie, stanowi ono wprost nawiązanie do konstytucyjnej zasady *nullum crimen sine culpa*, mającej charakter gwarancyjny wyrażony w art. 42 ust. 2 Konstytucji RP [9]. W przypadku uprzednio uchwalonych ustaw dotyczących poszczególnych przedstawicieli zawodów medycznych, koniecznym było czynienie zabiegów interpretacyjnych, by tę najbardziej oczywistą zasadę odpowiedzialności zastosować. Dalszym uwypukleniem zasady winy jest zawarte w art. 51 ust. 1 ustawy nawiązanie do zasady domniemania niewinności oraz samo określenie przedstawiciela zawodu medycznego, któremu przedstawiono zarzuty lub przeciwko któremu skierowano wniosek o ukaranie jako „obwinionego”.

Spoleczna szkodliwość

Czyn dyscyplinarny w rozumieniu u art. 45 ust. 1 pkt. 6) ustawy ma zawierać ładunek społecznej szkodliwości wyższy niż znikomy, co stanowi nawiązanie do zasady *nullum*

crimen sine periculo sociali. Znikomy stopień społecznej szkodliwości nie wymaga zatem reakcji w postaci ukarania w trybie dyscyplinarnym, a czyn taki nie stanowi przewinienia dyscyplinarnego [10]. Wobec odesłania do przepisów kodeksu karnego faktory społecznej szkodliwości określa art. 115 § 2 k.k. Podkreślenia wymaga, że odpowiednie stosowanie przepisów będzie w tym wypadku polegało na ich interpretacji z uwzględnieniem swoistości postępowania dyscyplinarnego i co może prowadzić do wniosku, że szkodliwość ta ma wymiar nie tyle społeczny co zawodowy.

Bezprawność

W systemie odpowiedzialności ukształtowanej ustawą nie obowiązuje zasada *nullum crimen sine lege certa*. Ustawa ani żaden inny akt prawny nie typizuje poszczególnych deliktów dyscyplinarnych na podobieństwo kodeksu karnego. Delikt stanowią wyłącznie zachowania stanowiące naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem danego zawodu medycznego.

Pojęcie „przepisy dotyczące wykonywania zawodu” należy interpretować wąsko [11] i w odniesieniu w zasadzie wyłącznie do regulacji prawa medycznego, odnoszącego się do przedstawicieli poszczególnych zawodów wymienionych w ustawie lub innych przepisów prawa powszechnie obowiązującego, nie zaś kodeksów etycznych czy pozaprawnych norm aksjologicznych.

W bieżącym stanie prawnym brak jest unormowań poza przedmiotowym aktem prawnym. Ewentualnych, potencjalnych możliwości naruszeń należy poszukiwać zatem w jego treści, gdzie największe znaczenie będą miały wymienione w art. 15 ustawy standardy wykonywania zawodu. Zdaniem autorów przewinienia zawodowe będą polegać na naruszeniu wymogów: 1) działania z należytą starannością; 2) działania zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i umiejętnościami niezbędnymi do wykonywania tego zawodu; 3) działania z dbałością o bezpieczeństwo pacjenta; 4) poszanowania praw pacjenta i informowania pacjentów o ich treści (ujęty w art. 16 ustawy).

Deliktami w rozumieniu ustawy, w braku innych przepisów normujących wykonywanie zawodów wymienionych w ustawie, będą co do zasady zachowania sprzeczne z powyższymi standardami. Podkreślenia przy tym wymaga, że stosownie do art. 9 § 2 k.k. nakaz działania z należytą starannością stanowi nie tylko normę wykonywania zawodu, ale także podstawę oceny zawinienia czynów nieumyślnych jako element niezachowania należytej ostrożności.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej

Aspekty proceduralne

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przewidziane w nowej ustawie ma charakter dodatkowy, uzupełniający ewentualną odpowiedzialność karną (za przestępstwo lub wykroczenie) oraz odpowiedzialność dyscyplinarną wszczętą w jednostce organizacyjnej, której przepisy szczególne przewidują takie postępowanie (art. 42 ust. 1 ustawy). Wynika z tego, że odpowiedzialność zawodowa przedstawicieli zawodów uregulowanych w ustawie jest odpowiedzialnością dodatkową i chociaż po części zobiektywizowaną, zbliżoną bardziej do deliktu administracyjnego niż do nacechowanej jednak negatywnie do osoby (a właściwie należałoby stwierdzić – do czynu) sprawcy odpowiedzialnością o charakterze karnym. Art. 43 ust. 1 pkt a) - c) ustawy normuje trzy kolejne fazy postępowania, chociaż oczywiście nie w każdym przypadku będą one miały miejsce. Są to odpowiednio: 1) czynności sprawdzające prowadzone przez rzecznika dyscyplinarnego – mające za zadanie „wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego” (art. 43 ust. 3 ustawy); 2) postępowanie wyjaśniające prowadzone przez rzecznika dyscyplinarnego – które obejmuje „ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego ustalenie osoby obwinionej oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla Komisji” (art. 43 ust. 3 ustawy); 3) postępowanie przed Komisją Odpowiedzialności Zawodowej – prowadzone w celu „pociągnięcia do odpowiedzialności sprawcy przewinienia zawodowego oraz ujawnienie okoliczności sprzyjających popełnieniu przewinień zawodowych albo ustalenie, że osoba obwiniona jest niewinna i nie ponosi w związku z tym odpowiedzialności” (art. 43 ust. 4 ustawy). W rzeczywistości, w wyjątkowych wypadkach wystąpi jeszcze czwarta faza – postępowanie sądowe przed sądem powszechnym.

Każde z w/w uregulowań budzi pewne wątpliwości. I tak, czynności sprawdzające – w braku dalszego uregulowania – miały pewnie w zamyśle ustawodawcy odpowiadać tzw. czynnościom sprawdzającym w postępowaniu karnym. Wydaje się jednak, że takie rozróżnienie nie jest konieczne. Definicja postępowania wyjaśniającego natomiast z niezrozumiałych powodów posługuje się terminem „w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla Komisji”. Jeżeli przyjąć ogólną zasadę dla postępowań o charakterze karnym, a więc zasadę pisemności – to nie wiadomo, w jaki sposób należy dzielić dowody na godne utrwalenia i nieutrwalane – tym bardziej, że dowody te i tak powinny zostać „zebrane” i „zabezpieczone”. Nadto, termin „zabezpieczenie dowodu” jest używany w praktyce prawa w istocie dla pełnego „przeprowadzenia” dowodu, ale w sytuacji, w której – najczęściej z powodów obiektywnych – dowód ten nie będzie mógł być przeprowadzony przed

właściwym organem rozpoznawczym. Uregulowania te jednak odpowiadają normom prawnym znajdującym się w ustawie o izbach lekarskich.

Najwięcej wątpliwości budzi zadanie postępowania przed Komisją Odpowiedzialności Zawodowej. „Ujawnienie okoliczności sprzyjających popełnieniu przewinień zawodowych” brzmi jak odpowiednik procedury sygnalizacyjnej z Kodeksu postępowania karnego, tym bardziej, że ustawodawca używa określenia mnogiego i abstrakcyjnego. Nie wiadomo zatem, czy przedmiotem sygnalizacji mają być ogólnie przewinienia zawodowe osób wykonujących zawód medyczny jako problem (społeczny?) i w związku z tym Komisja powinna prowadzić rozważania o charakterze politycznym, czy też chodzi o dany rodzaj przewinienia zawodowego zarzucony w danym postępowaniu (np. ujawnienie tajemnicy medycznej jako zjawisko niekorzystne społecznie), czy też wreszcie chodzi o ustalenie, co konkretnie ułatwiło danemu sprawcy popełnienie zarzucanego mu przewinienia zawodowego, a więc rodzaj prewencji indywidualnej. Także określenie „osoba obwiniona” nie pasuje do systemu prawa karnego, gdyż odpowiednik takiego terminu w postępowaniu karnym („osoba podejrzana”) i w postępowaniu o wykroczenia („osoba obwiniona”) dotyczy osoby, która jest jedynie podejrzewana o dopuszczenie się czynu, ale nie przedstawiono jej jeszcze zarzutów i nie uzyskała statusu strony w postępowaniu. Użycie takiego określenia na etapie orzeczniczym, a więc już trzecim etapie postępowania, tym bardziej kłóci się z przyjętą nomenklaturą. Określenie to jednak jest używane powszechnie w systemach odpowiedzialności zawodowej funkcjonujących obecnie dla uregulowanych wcześniej zawodów medycznych – zatem należy je zaakceptować jako właściwe dla regulacji tego obszaru prawa.

Podobnie niezręczne jest sformułowanie „ustalenie, że osoba obwiniona jest niewinna i nie ponosi w związku z tym odpowiedzialności”. Uwalniając osobę od odpowiedzialności, najczęściej ją po prostu „uniewinniamy”, ale „ustalenie” tej okoliczności też jest do zaakceptowania. Jednakże, powodem zwolnienia z odpowiedzialności mogą być też okoliczności niezależne od winy (a nawet sprawstwa) – przykładowo przedawnienie, które oczywiście nie znosi winy (wręcz może ono dotyczyć wyłącznie osoby winnej, gdyż osoba niewinna po prostu nie popełniła czynu, a więc jej odpowiedzialność nawet nie zaczęła biegu), ale wyklucza poniesienie odpowiedzialności.

Przewidziane w art. 48 ustawy postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ma swój własny, znacznie krótszy niż w postępowaniu karnym katalog przesłanek negatywnych prowadzenia postępowania. Także i tutaj nie udało się uniknąć wieloznaczności, gdyż ustawa posługuje się zarówno terminem „przedawnienie” (i jego „przerwanie” – art. 48 ust. 2 ustawy), jak i terminem „karalność” (i jej „ustanie” – art. 47 pkt 4) ustawy). W procesie wykładni trzeba założyć, że ustawodawca nadał inne znaczenie odmiennym terminom – gdyż jeżeli jego wolą byłoby przekazać to samo znaczenie, użyłby tego samego terminu w obu przypadkach. Jednakże, rozsądne brzmienie można nadać w tym przypadku jedynie przyjmując, że przedawnienie dotyczy karalności, a ustanie karalności nie

jest możliwe, jeżeli dokonano przerwania jej biegu – ale to już musiałoby być wyjaśnione w procesie stosowania prawa.

Obronę formalną (prawdopodobnie w całym postępowaniu, nie tylko podczas jego części orzeczniczej) zapewnić może adwokat, radca prawny albo osoba wykonująca zawód medyczny (art. 46 ust. 2 ustawy) – przy czym nie ma żadnego obowiązku, aby osoba ta wykonywała ten sam zawód medyczny co osoba obwiniona, ale wydaje się to logiczne – tym bardziej, że chociaż przykładowo pomiędzy praktyką medyczną dermatologa a praktyką medyczną chirurga naczyniowego jest wiele różnic, to jednak wciąż są to lekarze. W przypadku, na przykład optometrysty i dietetyka, po prostu nie ma punktów styecznych.

Nie jest natomiast przewidziana możliwość przyznania osobie obwinionej obrońcy z urzędu na jego wniosek przez organ orzeczniczy, także wówczas, gdy zachodzą uzasadnione wątpliwości co do poczytalności osoby obwinionej albo inne okoliczności utrudniające jej obronę. Rozwiązanie takie istnieje natomiast w przypadku innych reżimów odpowiedzialności zawodowej, w tym na przykład w art. 58 ust. 3-5 ustawy o izbach lekarskich.

Kolejną odrębnością w stosunku do funkcjonujących już uregulowań dotyczących odpowiedzialności zawodowej jest sposób uregulowania niezależności członków Komisji. Członkowie Komisji w zakresie orzekania podlegają przepisom powszechnie obowiązującego prawa (brzmienie w tej części tożsame z uregulowaniem dotyczącym lekarzy - art. 81 ustawy o izbach lekarskich), ale nie są związani rozstrzygnięciami innych organów stosujących prawo, z wyjątkiem prawomocnego orzeczenia sądu. Powstaje natychmiast pytanie, czy Komisja w ten sposób uzyskała uprawnienie do samodzielnego rozstrzygania tzw. kwestii wstępnej. Wydaje się jednak, że to jest zbyt daleko idący wniosek i sformułowanie takie po raz kolejny należy uznać za ozdóbny prawny.

Pozycja pokrzywdzonego w postępowaniu

Możliwość złożenia wniosku o wszczęcie postępowania wyjaśniającego w myśl art. 52 ust. 2 ustawy zagwarantowano pokrzywdzonemu, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia (co logiczne), ale także i Ministrowi Obrony Narodowej i ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych – a więc organom kierującym działaniami administracji rządowej niemającymi nic wspólnego z materią ustawową. Aczkolwiek samo przyznanie pokrzywdzonemu praw strony w postępowaniu należy ocenić bardzo pozytywnie, to jednak uregulowanie zawarte w ustawie nie ma swojego odpowiednika w żadnej innej procedurze polskiej i z pewnością będzie nastroczać dużo problemów w praktyce. Uregulowanie pozycji proceduralnej pokrzywdzonego jest normą zasługującą na naprawdę ostrą krytykę – w ocenie autorów jest to zdecydowanie najgorsza regulacja w komentowanej ustawie, do tego właściwie pominięta w uzasadnieniu do projektu ustawy oraz podczas prac sejmowych. Złożenie wniosku o wszczęcie postępowania jest uprawnieniem przysługującym kilku podmiotom, w tym pokrzywdzonemu.

Ale to pokrzywdzony – jako jedyny z wymienionych podmiotów – jest zobowiązany do uiszczenia opłaty w kwocie 200 zł przy składaniu wniosku (art. 52 ust. 4 ustawy). Skoro ustawa przewiduje opłatę „od złożenia wniosku”, a nie „od wszczęcia postępowania” czy podobnych czynności, musi oznaczać to opłatę za samo poddanie wniosku kontroli wstępnej. Jest to rozwiązanie zupełnie sprzeczne z duchem postępowań sankcyjnych, które jednak prowadzone są przede wszystkim z urzędu, chociażby czyniły to korporacje zawodowe.

Co więcej, ustawodawca popada tutaj – pewnie wskutek braku analizy krytycznej tego przepisu – w nieusuwalną sprzeczność. Zgodnie z art. 52 ust. 8 ustawy pokrzywdzony uiszcza opłatę i sprawie zostanie nadany prawidłowy bieg, albo jej nie uiszcza pomimo wezwania do jej uzupełnienia przez organ. W przypadku nieuiszczenia opłaty wniosek nie będzie podlegał rozpoznaniu – co jest jednak niedopuszczalne z przyczyn aksjologicznych – po pierwsze, prowadziłoby to w ostatecznym rozrachunku do bezkarności sprawcy (czy raczej braku możliwości stwierdzenia jego odpowiedzialności), co byłoby trudne do pogodzenia ze społecznym poczuciem sprawiedliwości i mogłoby nawet podlegać zasłużonej krytyce z uwagi na wątpliwości co do równości wobec prawa. Nierówność w tym przypadku polegałaby na przyjęciu założenia, że tylko osoba posiadająca środki finansowe na opłacenie złożenia wniosku mogłaby dochodzić swoich praw, a osoba niezamożna (a takie najczęściej poszkodowane są naruszeniami zasad wykonywania zawodu) byłaby ochrony prawnej pozbawiona – i to w szczególnie ważnym obszarze usług regulowanych, jakimi są usługi zdrowotne. Drugie podejście natomiast opiera się na założeniu, że skoro rzecznik dyscyplinarny jest uprawniony (a więc także zobowiązany) do wszczęcia i prowadzenia postępowania w przypadku uzasadnionego podejrzenia popełnienia przewinienia zawodowego – to nawet jak nie zaakceptuje nieopłaconego wniosku, to i tak będzie zobowiązany do prowadzenia sprawy, chociażby na etapie postępowania wyjaśniającego – z własnej inicjatywy. W tym miejscu na marginesie należy poczynić uwagę dotyczącą terminologii jaką posługuje się komentowany akt prawny, w myśl ustawy niewniesienie opłaty stanowi „brak formalny”, podczas gdy zwyczajowo się raczej określa „brakiem fiskalnym”, natomiast „brakami formalnymi” są braki uniemożliwiające nadanie sprawie biegu – jak brak podpisu, brak żądania czy nieprawidłowa reprezentacja podmiotu składającego pismo. Nie jest to jednak uchybienie rażące.

Bardzo niezręczne jest też sformułowanie zawarte w art. 52 ust. 8 ustawy dotyczące niewykonania zobowiązania do uzupełnienia braków formalnych wniosku w określonym przez organ terminie. W takim przypadku ustawodawca przewidział sankcję nieznaną w innych uregulowaniach procesowych – „braku złożenia wniosku”. Sankcją ustawową bezskutecznego upływu terminu na uzupełnienie braku opłaty jest „zwrócenie wniosku bez rozpatrzenia pokrzywdzonemu” – ale jeżeli wniosek jest traktowany jako niezłożony, to co miałoby podlegać zwrotowi w takim przypadku? – raczej nie może być to wniosek, bo nie został on złożony. Co więcej, jeżeli dla odmiany przyjmiemy, że wcześniej wniosek był złożony (bo podjęto jakieś czynności na jego podstawie, chociażby czynności wiążące się ze skierowaniem sprawy do referatu osoby prowadzącej czy właśnie wezwaniem do

uzupełnienia braków formalnych), to co takiego mogło się stać, że wniosek już nie jest złożony? Istniejące rozwiązania w procedurze karnej czy cywilnej zawierają sformułowania o podobnym brzmieniu, niemniej jednak z większą precyzją terminologiczną. Procedura karna przewiduje, na przykład, pozostawienie bez rozpoznania środka odwoławczego przez sąd odwoławczy w przypadku uprzedniego jego niezasadnego przyjęcia (art. 430 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego)[12]. Procedura cywilna zawiera co prawda sformułowania zbliżone do użytych w ustawie, ale jednak bardziej logiczne w aspekcie sensu tego postępowania. Tutaj wskazać należy uregulowanie art. 130 § 2 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego – dalej: k.p.c.[13]– „*Po bezskutecznym upływie terminu przewodniczący zwraca pismo stronie. Pismo zwrócone nie wywołuje żadnych skutków, jakie ustawa wiąże z wniesieniem pisma procesowego do sądu.*”, czy zawarte w art. 203 § 1 k.p.c.) „*Pozew cofnięty nie wywołuje żadnych skutków, jakie ustawa wiąże z wytoczeniem powództwa.*” (art. 203 § 1 k.p.c.)

Sprawność i dyscyplina postępowania

Uregulowania ustawowe zawierają także szereg postanowień o charakterze porządkowym, mającym zapewnić poszanowanie interesu ogólnego i jednostkowego (pokrzywdzonego, osoby obwinionej) poprzez przeciwdziałanie opóźnieniom w postępowaniu wyjaśniającym. Ogólna zasada przewidziana w art. 59 ust. 1 ustawy nakazuje zakończyć postępowanie wyjaśniające w dwa miesiące od dnia wydania postanowienia o jego wszczęciu, a w szczególnie uzasadnionym przypadku Komisja na wniosek rzecznika dyscyplinarnego może przedłużyć okres postępowania wyjaśniającego na dodatkowy czas określony, nie dłuższy niż miesiąc (art. 59 ust. 2 ustawy). Art. 59 ust. 4 ustawy wprowadza środek odwoławczy w postaci zażalenia strony do Komisji na przewlekłość postępowania prowadzonego przez rzecznika dyscyplinarnego. Uregulowania te – aczkolwiek bez wątplenia słuszne w istocie i zamyśle – nie mają jednak żadnej skutecznej sankcji i przez to nie będą mogły w praktyce prowadzić do osiągnięcia postawionego przed nimi celu.

Najważniejszy problem - podstawowy dwumiesięczny termin postępowania wyjaśniającego - nie jest zaopatrzonego w żaden skutek ustawowy, nie ma go także w stosowanym posiłkowo Kodeksie postępowania karnego. Należy zatem przyjąć, że ma on charakter wyłącznie instrukcyjny, ewentualnie „polityczny” w tym sensie, że może wpływać na ocenę skuteczności i sprawności danej osoby, której powierzono funkcję rzecznika dyscyplinarnego. Przy takim charakterze postanowienie dotyczące przedłużenia okresu postępowania wyjaśniającego, ograniczone zarówno co do przyczyn (musi zachodzić „szczególnie uzasadniony przypadek”, a zwykle uzasadnienie – np. okres wakacyjny nie spełniałoby zaostrzonych kryteriów), jak i co do terminu (przedłużenie może nastąpić wyłącznie na czas określony, a w każdym przypadku nie dłużej niż na miesiąc) staje się niepotrzebne. Nadto, z samego praktycznego punktu widzenia, skorzystanie z możliwości przedłużenia postępowania

wydaje się bardzo trudne w praktyce – konieczność zebrania składu Komisji i wydania rozstrzygnięcia może zająć dłuższą część planowanego okresu. Należy zatem przyjąć, że zarówno ograniczenie czasu postępowania wyjaśniającego jak i możliwość przedłużenia będą traktowane wyłącznie jako ozdobnik prawny – gdyż naruszenie terminu nie pociąga za sobą żadnych skutków, a jego przedłużenie jest zbyt trudne w praktyce, żeby rzecznik dyscyplinarny miał z niego korzystać.

Szereg wątpliwości nasuwa się przy analizie proponowanego w ustawie toku postępowania jak i jego skutków zakresie przewlekłości postępowania wyjaśniającego. Ustawodawca nie przewidział ani procedury rozpoznania zażalenia, ani jego ewentualnych skutków dla postępowania. Należy w tym miejscu przypomnieć, że stosowana posiłkowo procedura karna również nie posiada takich regulacji, a obowiązek zapewnienia sprawności postępowania i sankcje dla Państwa za naruszenie tego obowiązku przez wykonujących jego imperium funkcjonariuszy realizowane są na podstawie przepisów odrębnych zawartych w ustawie z dnia 17 czerwca 2004 r. o skardze na naruszenie prawa strony do rozpoznania sprawy w postępowaniu przygotowawczym prowadzonym lub nadzorowanym przez prokuratora i postępowaniu sądowym bez nieuzasadnionej zwłoki [14]. Przewidziano w niej trzymiesięczny termin zakończenia postępowania rozpoznawczego (art. 67 ustawy), jednocześnie nie wprowadzono tutaj żadnych przepisów dodatkowych – co nie pozostawia wątpliwości co do jego wyłącznie instrukcyjnego charakteru.

Zapewnienie dyscypliny postępowania w zakresie przeprowadzenia osobowych źródeł dowodowych w myśl art. 50 ust. 1 ustawy następuje poprzez możliwość zwrócenia się zarówno rzecznika dyscyplinarnego, jak i Komisji do właściwego sądu rejonowego celem przesłuchania świadka, biegłego lub specjalisty na wskazane okoliczności, jeżeli ten bez usprawiedliwienia nie stawiał się na wezwanie przed rzecznika lub rozprawę przed Komisją lub stawiając się, bezpodstawnie odmówił zeznań. Nie jest to oczywiście skuteczny i szybki środek, ale z drugiej strony stosowanie środków przymusu w każdym postępowaniu musi być ostrożne – tym bardziej w postępowaniu, które ma charakter częściowo korporacyjny czy też może nawet syndykalistyczny.

Należy zwrócić uwagę, że środki przymusu nie przysługują w przypadku, w którym osoba zobowiązana narusza dyscyplinę postępowania w sposób inny niż niestawiennictwo lub odmowa zeznań (w przypadku biegłego zapewne chodziło ustawodawcy o ustną uzupełniającą opinię biegłego) – w szczególności, poprzez odmowę złożenia opinii lub sporządzenia ekspertyzy. Oczywiście, czynności takie są prawie zawsze uzgadniane wcześniej z biegłym lub specjalistą, ale jednocześnie nie można wykluczyć sytuacji, w której dochodzi do nagannej przewlekłości postępowania ze względu na opieszałość biegłego lub specjalisty. Przyznany środek przymusu nie przyspieszy wówczas toku opiniowania – a akurat w sprawach odpowiedzialności zawodowej zasięgnięcie opinii specjalistycznej będzie często niezbędne. Wynika to także z faktu, że Komisja Odpowiedzialności Zawodowej będzie orzekała z udziałem osób należących do tego samego zawodu medycznego,

co obwiniony – ale tylko w mniejszości, a w pozostałym zakresie będzie składała się z prawników.

Brak uzyskania dowodu z opinii biegłego lub ekspertyzy specjalistycznej doprowadziłby do sytuacji – niedopuszczalnej zdaniem autorów z procesowego, a może nawet i konstytucyjnego punktu widzenia. Otóż ustalenia faktyczne w sprawie odpowiedzialności zawodowej w fazie rozpoznawczej pochodziłyby z badań i rozważań własnych dwóch członków Komisji, których twierdzenia nie tylko miałyby charakter inkwizycyjny w najbardziej jaskrawej formie, ale także niepodważalny przez pozostałych członków Komisji (z braku wiedzy i doświadczenia).

Kolejną instytucją służącą zapewnieniu sprawności postępowania, a tak naprawdę zaradzeniu jego inercji, jest możliwość tymczasowego rozstrzygnięcia o uprawnieniach zawodowych osoby obwinionej, a więc orzeczenia swego rodzaju środka zapobiegawczego. Komisja Odpowiedzialności Zawodowej swoim natychmiastowo wykonalnym postanowieniem, wydanym z urzędu lub na wniosek rzecznika dyscyplinarnego, może tymczasowo zawiesić prawo osoby obwinionej do wykonywania zawodu medycznego lub ograniczyć zakres czynności możliwych do wykonania w ramach zawodu medycznego – na czas nie dłuższy niż rok.

Takie postanowienie wymaga oparcia w materiale dowodowym i chociażby przesłankowego ustalenia, że osoba obwiniona popełniła „ciężkie przewinienie zawodowe”, przy czym „rodzaj tego przewinienia musi wskazywać, że wykonywanie przez osobę obwinioną zawodu medycznego zagraża bezpieczeństwu pacjentów lub grozi popełnieniem kolejnego przewinienia zawodowego”. Aczkolwiek założenie wprowadzenia takiego środka jest jak najbardziej słuszne, to szczegółowe uregulowania budzą wątpliwości. Po pierwsze, brak jest jakiegokolwiek definicji „ciężkiego przewinienia zawodowego”, co powoduje, że orzekanie o najsurowszym możliwym środku, mającym charakter eliminacyjny, jest powierzone wyłącznie konkretnym składom Komisji Odpowiedzialności Zawodowej, bez podpowiedzi ze strony ustawodawcy. Po drugie, droga odwoławcza przewidziana w tym przypadku obejmuje zażalenie składane do ministra właściwego do spraw zdrowia – podczas gdy w przypadku odpowiedzialności zawodowej lekarzy, art. 77 ust. 6 ustawy o izbach lekarskich przewiduje zażalenie wnoszone się do Naczelnego Sądu Lekarskiego za pośrednictwem okręgowego sądu lekarskiego, który je wydał.

Aczkolwiek także i w przypadku odpowiedzialności zawodowej lekarzy brak jest definicji legalnej „ciężkiego przewinienia zawodowego”, to jednak chociaż zapewniona jest instytucjonalna jednolitość orzecznictwa poprzez kierowanie środków odwoławczych do jednego organu o charakterze niewątpliwie sądowym. W przypadku odpowiedzialności zawodowej przedstawicieli innych zawodów medycznych droga odwoławcza sprowadza się do swego rodzaju rekursu administracyjnego – czyli w miejsce zwyczajowej w nowoczesnych państwach demokratycznych kontroli sądowej nad administracją, ustawodawca zdecydował się na kontrolę administracyjną nad sądownictwem. Nie ustalono także, w jaki

sposób organ centralny miałby rozpoznać to zażalenie – na posiedzeniu niejawnym czy rozprawie (raczej administracyjnej, bo przecież nie sądowej), wydając postanowienie czy też może jednak wydając decyzję. Ustawodawca nie ustalił nawet zakresu kontroli legalności – a więc nie wiadomo, czy minister może jedynie oddalić zażalenie (czy też utrzymać w mocy orzeczenie Komisji) lub uchylić zaskarżone orzeczenie i sprawę przekazać Komisji do ponownego rozpoznania, czy też może także zmienić zaskarżone postanowienie, a jeżeli tak, to czy może wprowadzić zakaz pełnienia pewnych czynności w zawodzie medycznym w miejsce tych określonych w orzeczeniu Komisji, czy też jedynie może ograniczyć zakres postanowienia poprzez usunięcie pewnych zakazów, ewentualnie orzeczenie tych zakazów w miejsce całkowitego zawieszenia prawa do wykonywania zawodu medycznego.

Postępowanie odwoławcze

Uwagi dotyczące postępowania odwoławczego, związanego z orzeczeniem zawieszenia prawa do wykonywania zawodu medycznego, w całości lub w części zostały zawarte w poprzednim punkcie. Odnosząc się do właściwego postępowania odwoławczego, a więc środków odwoławczych zwróconych przeciwko rozstrzygnięciu merytorycznemu Komisji, uwagę zwracają następujące rozwiązania proceduralne. Po pierwsze, merytorycznym środkiem odwoławczym przeciwko winie i/lub karze nie jest „odwołanie” (jak w przypadku procedur już wcześniej obowiązujących, w tym w art. 90 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich, a „wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy”. Jest to rozwiązanie niecodzienne, gdyż „wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy” jest terminem o ustalonym już znaczeniu w nauce prawa – jest to możliwość zwrócenia się do tego samego organu, który wydał decyzję w pierwszej instancji (najczęściej ministra), o rozważenie wydania innej decyzji (art. 127 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego [15]). Prawdopodobnie powodem nadania takiej nazwy przez ustawodawcę był brak dewolutywności tego środka odwoławczego. Aczkolwiek rzucający się w oczy, to jednak problem ten ma charakter głównie leksykalny i może być bez problemu wyjaśniony w drodze stosowania przepisów.

Kolejny problem to zapewnienie należytego składu organu odwoławczego. Zgodnie z art. 73 ust. 1 ustawy, rzecznik dyscyplinarny oraz osoba obwiniona wnoszą „wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy w składzie pięcioosobowym”. Jednakże, zasadą jest rozpoznawanie spraw przez Komisję właśnie w składzie pięcioosobowym (art. 64 ust. 1 ustawy) - czyli określenie to nie ma żadnego znaczenia praktycznego. Natomiast problem utworzenia składu (zarówno rozpoznającego w pierwszej instancji, jak i w drugiej instancji) staje się bardzo widoczny po przeanalizowaniu art. 80 ust. 1 ustawy normującego skład samej Komisji. Mając na względzie piętnaście zawodów medycznych uregulowanych w ustawie oraz wskazany w art. 1 ust. 2 ustawy dietetyków, Komisja będzie docelowo składała się z siedemdziesięciu dwóch członków, co jak na organ sądowy i/lub dyscyplinarny stanowi na pierwszy rzut oka wręcz armię orzeczniczą.

Jednakże, zestawienie przepisów regulujących skład Komisji Odpowiedzialności Zawodowej i konkretnego składu tej Komisji mającego rozpoznać sprawę przewinienia zawodowego doprowadzi do zupełnie przeciwnego wniosku. Jak wskazano wcześniej, skład Komisji dla pierwszego i dla ponownego rozpoznania sprawy jest pięcioosobowy. Oznacza to, że niezbędne będzie wyznaczenie dwóch z czterech członków z danego zawodu medycznego i dwóch z ośmiu członków skierowanych przez ministra do każdego z nich. W konsekwencji, każda sprawa rozpoznawana przez Komisję „zużyje” wszystkich członków z danego zawodu medycznego i połowę członków skierowanych przez ministra. Co więcej, pomimo uprawnienia przewodniczącego Komisji do wyznaczenia składu w każdej sprawie nie będzie on mógł skierować „dodatkowego” (a więc trzeciego) członka z danego zawodu medycznego do rozpoznania sprawy odpowiedzialności zawodowej jako przewodniczącego (co byłoby bardzo praktyczne, dając większość w składzie osobom należącym do danego zawodu medycznego) – gdyż pozbawiłoby to możliwości rozpoznania środka odwoławczego z braku drugiej osoby z danego zawodu medycznego.

Już ten problem sam w sobie wystarczy do skrytykowania omawianej regulacji, ale problem staje się jeszcze bardziej wyraźny, gdy weźmie się pod uwagę „trzecią instancję”, a więc rozpoznanie odwołania w sprawie przez sąd apelacyjny właściwy dla miejsca zamieszkania osoby obwinionej. Skoro przepis nakazuje stosować przepisy Kodeksu postępowania cywilnego o apelacji, to znaczy, że możliwe jest także rozstrzygnięcie kasatoryjne w apelacji, a więc uchylenie zaskarżonego orzeczenia i skierowanie go do ponownego rozpoznania (art. 386 § 2 k.p.c. w zw. z art. 73 ust. 3 ustawy). Ponieważ nie jest dopuszczalne ponowne wyznaczenie danego członka Komisji do składu w tej samej sprawie, każde uchylenie zaskarżonego orzeczenia i skierowanie go do ponownego rozpoznania sparaliżuje pracę Komisji i uniemożliwi wydanie orzeczenia – gdyż nie będzie już w jej składzie żadnego przedstawiciela danego zawodu medycznego, który mógłby uczestniczyć w jej pracach w tym konkretnym przypadku. Należy przy tym zaznaczyć, że każda nieprawidłowość w składzie będzie stanowiła nieprawidłowe obsadzenie organu orzeczniczego, a więc bezwzględną przyczynę odwoławczą. Wreszcie, nawet gdy takie problemy w praktyce nie zajdą i każda sprawa zakończy się prawomocnie najpóźniej na etapie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy – to i tak każda sprawa odpowiedzialności zawodowej danego zawodu medycznego będzie rozstrzygana w pierwszej instancji przez połowę składu z danego zawodu, a w drugiej instancji przez drugą połowę składu. Przy równomiernym przydzielaniu członkom do referatu spraw będzie to także oznaczało, że każdy z członków Komisji z danego zawodu medycznego będzie musiał rozpoznać połowę spraw odpowiedzialności zawodowej osób obwinionych wykonujących ten zawód na terenie Rzeczypospolitej Polskiej – a więc dojdzie do istotnych opóźnień w rozpoznaniu sprawy. Być może takie rozwiązanie byłoby odpowiednie dla ortoptystów, ale jawi się już jako bardzo niefunkcjonalne w przypadku popularnych zawodów medycznych jak optometrysta czy technik farmaceutyczny.

Na sam koniec wypada wrócić do kontroli prowadzonej przez sąd powszechny. W odróżnieniu od uregulowań obowiązujących we wcześniejszych procedurach, nie przysługuje skarga kasacyjna do Sądu Najwyższego. Oznacza to, że postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej niektórych zawodów medycznych nie tylko nie będzie poddane dewolutywnej kontroli sądowej, ale i będzie pozbawione unifikacyjnego wpływu Sądu Najwyższego, mającego oparcie w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i miejscu ustrojowym przewidzianym dla Sądu Najwyższego – podczas gdy procedury dla istniejących wcześniej zawodów medycznych taki środek przewidywały (por art. 95 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich lub art. 73 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych).

Problemy praktyczne

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej członków niektórych zawodów medycznych zasadniczo opiera się na wzorcach analogicznych postępowań dla lekarzy i innych zawodów medycznych – z pewnymi odrębnościami, wynikającymi przede wszystkim z braku samorządu zawodowego przedstawicieli tych zawodów, a więc niemożliwości ustanowienia odpowiedzialności o charakterze korporacyjnym, ale przymusowym – w szczególności korporacyjnego sądownictwa dyscyplinarnego. Prowadzi to niestety do szeregu niewygodnych, niefunkcjonalnych, wątpliwych prawnie albo wręcz niemożliwych w praktyce rozwiązań, a nadto jednoinstancyjności (czy raczej pozornej dwuinstancyjności) organów orzeczniczych i niepewności co do tego, czy mamy do czynienia z organem o charakterze sądowym (szczególnie mając na względzie zobowiązania do zapewnienia ochrony sądowej wynikające z ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską instrumentów służących ochronie praw człowieka i podstawowych wolności), czy też jedynie z organami o charakterze administracyjnym.

Zdecydowanie negatywnie należy ocenić wprowadzenie odpłatności od złożenia wniosku o wszczęcie postępowania wyjaśniającego i to pod rygorem upadku postępowania jeszcze przed jego wszczęciem. Postępowania sankcyjne jednak z natury są bezpłatne – przynajmniej dla pokrzywdzonego. Wprawdzie zdarzają się wyjątki – na przykład konieczność uiszczenia zryczałtowanych wydatków w postępowaniu prywatnoskargowym przed rozpoczęciem postępowania – ale akurat w tym przypadku wynika z założenia przez ustawodawcę, że takie postępowanie służy jednak realizacji ochrony interesu prawnego oskarżyciela prywatnego, a nie interesu prawnego ogółu (bo w takim przypadku to prokurator wszcząłby postępowanie prywatnoskargowe z własnej inicjatywy, a potem toczyłoby się ono już z urzędu).

Jako zupełnie nieskuteczne w obecnej formie (choć słuszne w istocie) ocenić należy postanowienia służące unikaniu przedłużenia postępowania – z uwagi na brak ich konkretnej sankcji i ograniczoną skuteczność.

Niejasne i trudne w praktyce do zastosowania (a czasem dające absurdalne wyniki lub paraliżujące całkowicie postępowanie) są normy ustawowe dotyczące sprawy wręcz podstawowej z punktu widzenia jej praktycznego funkcjonowania – a więc składu orzeczniczego Komisji.

W konsekwencji, aczkolwiek samo uregulowanie sprawy odpowiedzialności zawodowej niektórych zawodów medycznych należy ocenić zdecydowanie pozytywnie, to jego obecne wykonanie będzie wymagało dużej interwencji ustawodawcy w celu usunięcia problemów praktycznych.

Na koniec niezbędne będzie jedno zastrzeżenie – na chwilę przygotowywania niniejszego artykułu, jego autorzy byli zupełnie pozbawieni możliwości analizy nowowprowadzonych przepisów w działaniu, gdyż Komisja Odpowiedzialności Zawodowej pomimo upływu dwóch lat od wejścia w życie ustawy jeszcze nie powstała, obecnie trwają prace Ministerstwa Zdrowia nad wyłonieniem składu Komisji. Minister Zdrowia w dniu 2 września 2025 r. przedłużył termin na zgłaszanie kandydatur do Komisji Odpowiedzialności Zawodowej do dnia 3 października 2025 r. [16]. Jest to tym bardziej widoczne w analizie przepisów postępowania, które z konieczności – w odróżnieniu od przepisów materialnoprawnych ustanawiających same zasady odpowiedzialności – powinna być oceniana na podstawie choćby szcztąkowej praktyki, a nie wyłącznie analizy o charakterze ogólnie-abstrakcyjnym, tym bardziej mając na uwadze zgłoszone powyżej zastrzeżenia do rozwiązań ustawowych.

Na chwilę obecną ustawa dzieli losy uprzednio uchylonej ustawy o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia, która poza wprowadzeniem pionierskich rozwiązań w zakresie odpowiedzialności zawodowej pracowników sfery ochrony zdrowia nie miała znaczenia praktycznego. W tym stanie rzeczy pozostaje mieć nadzieję, że przypadki takiej odpowiedzialności będą na tyle rzadkie, aby miały w istocie praktycznego znaczenia dla całokształtu i obrazu wykonywania danego zawodu medycznego w Rzeczypospolitej Polskiej.

Podsumowanie

W związku z bardzo ogólnym zakresem deliktu zawodowego w praktyce stosunkowo rzadko będzie dochodziło do pociągnięcia przedstawicieli zawodów medycznych do odpowiedzialności na zasadach wymienionych w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych. Regulacja jest potrzebna, lecz w obecnym kształcie – mało funkcjonalna – przy czym ewentualna zmiana wymaga ingerencji ustawodawcy. Brak powołania Komisji Odpowiedzialności Zawodowej potwierdza ryzyko niskiej skali spraw i ograniczone znaczenie praktyczne regulacji na obecnym etapie funkcjonowania – w porównaniu z regulacjami dotyczącymi lekarzy czy pielęgniarek. Dodatkowo, wcześniej wspomniana odpłatność postępowania, może zniechęcać pokrzywdzonych do inicjowania procedur z tym związanych. W przypadkach wystąpienia ujemnych następstw związanych

z wykonywaniem zawodów medycznych de lege lata wydaje się, że skuteczniejszym sposobem poszukiwania ochrony prawnej będzie składanie doniesień o popełnieniu przestępstwa, gdzie postępowania prowadzone są z urzędu, przez organy do tego powołane i na koszt Skarbu Państwa – oczywiście wyłącznie wtedy, gdy przewinienie zawodowe jednocześnie wyczerpuje znamiona przestępstwa.

Piśmiennictwo:

1. Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (t.j. Dz. U. 2025 poz. 1730 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia (Dz. U. Nr 36, poz. 332 z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2024 poz. 146 z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. 2021 poz. 1342 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz. U. 2025 poz. 1760 z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2025 poz. 383 z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (t.j. Dz. U. 2025 poz. 339 z późn. zm.).
8. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz. U. 2023 poz. 1213 z późn. zm.).
9. Sroka T., (w:) Safjan M., Bosek L., (red.) Konstytucja RP, t. I, Warszawa 2016., s. 1043; Wyrok TK z 03.11.2004 r., K 18/03, Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego Seria A, 2004/10, poz. 103.
10. Wyrok TK z 4 marca 2008 r., SK 3/07, Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego Seria A 2008/2, poz. 25.
11. Konieczniak P.(w:) T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska, E. Zielińska (red.) System Prawa Medycznego. Tom III. Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi, Warszawa 2021, r. I.1.1.
12. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (t.j. Dz. U. 2025 poz. 46 z późn. zm.).
13. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 468 z późn. zm.).
14. Ustawa z dnia 17 czerwca 2004 r. o skardze na naruszenie prawa strony do rozpoznania sprawy w postępowaniu przygotowawczym prowadzonym lub nadzorowanym przez prokuratora i postępowaniu sądowym bez nieuzasadnionej zwłoki (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1725 z późn. zm.).

15. Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. 2025 poz. 1691 z późn. zm.).
16. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-dodatkowego-terminu-na-zglaszanie-kandydatur-do-komisji-odpowiedzialnosci-zawodowej> [dostęp: 02.04.2026].



IEM



Instytut
Ekspertyz
Medycznych
w Łodzi