

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
Wydział Historyczny
Instytut Historii

Zdzisław Andrzejewski

POZNAŃSKIE SZPITALNICTWO WOJSKOWE
W LATACH 1945 – 2000

Rozprawa doktorska przygotowana
pod kierunkiem naukowym
prof. nadzw. dr hab. Janusza Karwata

Poznań 2011

SPIS TREŚCI

WSTĘP.....	4
Rozdział I. SZPITALNICTWO WOJSKOWE W POZNANIU DO 1945 ROKU.....	12
1. Szpitalnictwo na przestrzeni wieków.....	12
2. Początki szpitalnictwa wojskowego.....	15
3. Powstanie szpitalnictwa wojskowego w Poznaniu.....	19
4. Wojskowe szpitalnictwo poznańskie w latach 1918-1939.....	24
5. Niemieckie szpitalnictwo wojskowe w Poznaniu w czasie okupacji 1939r. – 1945r.....	36
6. Problemy leczenia w czasie walk o Poznań Armii Czerwonej (styczeń – luty 1945r.).....	45
Rozdział II. POZNAŃSKIE SZPITALNICTWO WOJSKOWE 1945-1949.....	52
1. Utworzenie Szpitala Okręgowego nr 5.....	52
2. Problemy lecznicze i orzecznictwo wojskowo – lekarskie.....	76
3. Wzrost oddziaływania ideologicznego.....	92
Rozdział III. WOJSKOWY SZPITAL REJONOWY.....	107
1. Okres stalinizmu 1949 – 1956.....	107
2. Szpital podczas tragicznych wydarzeń Poznańskiego Czerwca 1956r...	132
3. Rozwój bazy szpitalnej.....	136
4. Problematyka personalna i działalność usługowo – lecznicza.....	139
5. Indoktrynacja polityczna.....	158
6. Ćwiczenia i szkolenia.....	162
7. Poliklinika szpitalna.....	165
8. Szpital w latach siedemdziesiątych XX w.....	178
Rozdział IV. 111 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ.....	211
1. Szpital w latach osiemdziesiątych XX w.....	211
2. Zmiany personalne lat dziewięćdziesiątych XX w.....	234
3. W strukturze leczenia cywilnego.....	238
Rozdział V. DZIAŁALNOŚĆ MOBILIZACYJNA.....	243
1. Komenda Wojskowej Terenowej Obrony Przeciwlotniczej.....	243

2. 6 Komenda Bazy Szpitalnej Frontu.....	246
Rozdział VI. ROZWÓJ NAUKOWY I DZIAŁALNOŚĆ PUBLIKACYJNA	
PACOWNIKÓW 111 WSR.....	270
Rozdział VII. INSTYTUCJE ADMINISTRACYJNE WOJSKOWEJ SŁUŻBY	
ZDROWIA.....	277
1. Szefostwo Służby Zdrowia III OW Poznań.....	277
2. Szefostwo Służby Zdrowia Dowództwa Wojsk Lotniczych.....	287
ZAKOŃCZENIE.....	296
BIBLIOGRAFIA.....	300
ZAŁĄCZNIKI.....	311

WSTĘP

Ogromną rolę w funkcjonowaniu sił zbrojnych odgrywa wojskowa służba zdrowia. Znaczącym elementem tej służby są szpitale wojskowe. Od ponad dwóch dekad trwa przebudowa i modernizacja naszej armii. Jej efektem jest ponad trzykrotne pod względem ilościowym zmniejszenie stanu osobowego Wojska Polskiego, likwidacja kolejnych garnizonów, również placówek wojskowej służby zdrowia. Wszystkie te zmiany pobudzają do refleksji historycznej.

Wojskowa służba zdrowia pojawiła się w formie zorganizowanej w Poznaniu na początku XIX wieku (wojny napoleońskie). Już od 200 lat jej podstawowym zadaniem jest: ochrona stanu zdrowotnego żołnierzy i ich rodzin, utrzymywanie i prowadzenie placówek leczniczych, szkolenie kadry zawodowej i szeregowców w zakresie pomocy sanitarnej, przygotowanie mobilizacyjne służby zdrowia pod względem personalnym i materiałowym, zaopatrzenie w materiały sanitarne, administrowanie (zarządzanie) kadrami, kredytami itp.

Po drugiej wojnie światowej wojskową służbę zdrowia garnizonu poznańskiego stanowiły odpowiednie organy (elementy):

- Kierownicze – Szefostwo Służby Zdrowia III Okręgu Wojskowego Poznań (1945 – 1948), Oddział Służby Zdrowia 2 Korpusu Armijnego (1951 – 1957), Wydział Zdrowia Lotnictwa Operacyjnego, Szefostwo Służby Zdrowia (Zarząd) Dowództwa Wojsk Lotniczych (do 1990), Oddział później Wydział Służby Zdrowia 4 Korpusu Lotniczego – do 2001.
- Wykonawcze – szpital okręgowy, 111 Wojskowy Szpital Rejonowy, okręgowe, rejonowe składnice sanitarne, Okręgowa, później Rejonowa Wojskowa Komisja Lekarska, Pracownia Psychologiczna SOW, przychodnie lekarskie (4), izby chorych oddziałów wraz z etatowym personelem medycznym.

Temat niniejszej rozprawy nie ogranicza się tylko do poznańskiego szpitalnictwa wojskowego. Poszerzony został o przedstawienie ogniw administracji wojskowej służby zdrowia, które występowały w strukturze stacjonujących w Poznaniu dowództw rodzaju wojsk, okręgów i korpusów.

Ramy czasowe niniejszej rozprawy zostały ograniczone latami 1945 i 2000. Pierwsza cezura dotyczy rozpoczęcia działalności Szpitala Okręgowego w Poznaniu, funkcjonującego wówczas jeszcze w warunkach wojennych. Latem 1945 roku nastąpiło rozformowanie w

Wielkopolsce 2 Armii Wojska Polskiego, jej przejście na stopę pokojową i utworzenie na jej bazie w Poznaniu III Okręgu Wojskowego. Druga cezura zamyka funkcjonowanie 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego w ramach wojskowej służby zdrowia w roku 2000. Od tego momentu wojskowe placówki szpitalne funkcjonują jak cywilne na zasadach określonych ustawami o zakładach opieki zdrowotnej i o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zakres terytorialny rozważań to obszar garnizonu poznańskiego. Dodać w tym miejscu należy, że granice tego garnizonu nie pokrywały się ściśle z granicami Poznania. Obejmowały one między innymi: Babki, Dopiewo, Gądkę, Kobylnicę, Kórnik. Murowaną Goślinę, Oborniki Wielkopolskie i Złotniki. W tych podpoznańskich miejscowościach stacjonowały do połowy lat dziewięćdziesiątych XX wieku oddziały Wojsk Obrony Powietrznej Kraju (dywizjony przeciwlotnicze, batalion radiotechniczny) oraz podporządkowane Dowództwu Wojsk Lotniczych (składnice paliw i uzbrojenia). Od roku 1994 w granicach poznańskiego garnizonu znalazło się także Biedrusko. Obszar poligonu Biedrusko wraz obiektami koszarowymi rozwiązanych jednostek (brygady artylerii rakietowej, oddziału łączności i samodzielnego dywizjonu technicznego WOPK) przejęło poznańskie Centrum Szkolenia Wojsk Lądowych¹.

Głównym celem pracy jest przedstawienie działalności placówek szpitalnych w Poznaniu i jego okolicach. Opracowanie koncentruje się na następujących problemach badawczych:

1. Rozwój form organizacyjnych z uwzględnieniem uwarunkowań i czynników powodujących zmiany struktur i zadań.
2. Funkcjonowania instytucji kierowniczych i wykonawczych (na różnych szczeblach). Główny nacisk skierowany na przedstawienie roli 111 WSR.
3. Analiza problematyki personalnej, w tym rozwój zawodowy i naukowy kadr.
4. Baza sanitarna – obiekty, aparatura medyczna, problemy zaopatrzenia medycznego.
5. Zagadnienia mobilizacyjno – szkoleniowe (w odniesieniu do przygotowania rezerw).
6. Rola wojskowej służby zdrowia w życiu miasta i regionu w zakresie świadczonych usług leczniczych.

Zasadnicza część niniejszej rozprawy doktorskiej została przygotowana w oparciu o wyniki kwerendy źródłowej przeprowadzonej w ośrodkach archiwalnych. Są one bardzo

¹ W końcu lat osiemdziesiątych XX w. na obszarze poznańskiego garnizonu stacjonowało ponad 90 jednostek wojskowych (oddziałów, instytucji administracyjnych, szkół, dowództw, składnic i studiów wojskowych przy uczelniach wyższych). Na początku XXI stulecia ich liczba zmniejszyła się ponad pięciokrotnie.

rozproszone i często nie w pełni opracowane archiwalnie. W wielu przypadkach, autor rozprawy był pierwszą osobą korzystającą z dokumentów od chwili złożenia ich w archiwach.

Podczas opracowywania pracy posłużono się następującymi metodami badawczymi: indukcyjną (do bezpośredniego ustalania faktów), porównawczą (do ustalania podobnych faktów, zjawisk oraz do określenia zachodzących między nimi związków przyczynowych), dedukcyjną (do ustalania faktów w sposób pośredni) i statystyczną (do opracowania zestawień statystycznych przy ustalaniu nowych faktów).

W pracy starano się odnieść do sytuacji występujących w innych garnizonach z uwzględnieniem wybranych publikacji. Niestety, ze względu na różnorodny sposób oraz okres przedstawionych w nich danych, trudno jest dokonać dokładnego, kompleksowego porównania tych samych zjawisk i przemian. Wymaga to przeprowadzenia dodatkowych badań naukowych, oddzielnie dla podobnych wielkością garnizonów i tamtejszych szpitali wojskowych (np. Wrocław, Kraków, Bydgoszcz, Gdańsk, Szczecin).

Zasadnicza część rozprawy została przygotowana głównie w oparciu o materiały źródłowe zgromadzone w Archiwum Wojskowym (dawne Archiwum Wojsk Lądowych – Filia Nr 2 w Oleśnicy), Archiwum Instytucji MON w Modlinie², Centralnym Archiwum Wojskowym w Warszawie, Archiwum Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Archiwum 111 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Poznaniu, Bibliotece Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Bibliotece Centrum Szkolenia Wojsk Lądowych im. Stefana Czarneckiego w Poznaniu (materiały dotyczące poznańskich szkół oficerskich). Znaczące utrudnienie w prowadzeniu prac badawczych stanowiła lokalizacja wyżej wymienionych ośrodków przechowujących archiwalia.

Ze względu na bardzo ograniczony dostęp do archiwów rosyjskich, pominięte zostały niektóre kwestie związane z funkcjonowaniem w Poznaniu służby zdrowia Armii Czerwonej. Uwzględniona została jednak rola, jaką odegrali radzieccy oficerowie w organizacji poznańskiego szpitalnictwa wojskowego.

Największą wartość przedstawiały akta zawarte w zespołach Archiwum Wojskowego w Oleśnicy: 111 Wojskowego Szpitala Wojskowego, Szefostwa Służby Zdrowia Śląskiego Okręgu Wojskowego oraz w zespołach Centralnego Archiwum Wojskowego w Warszawie Rembertowie.

Materiały zgromadzone w wymienionych ośrodkach archiwalnych zawierają m.in. dokumenty takie, jak: sprawozdania z inspekcji i kontroli placówek szpitalnych,

² Wykorzystano zespoły akt Wydziału Służby Zdrowia Dowództwa Wojsk Lotniczych i Dowództwa 4 Korpusu Lotniczego w Poznaniu.

sprawozdania okresowe (roczne, kwartalne) dotyczące działalności leczniczej, rozwoju zawodowego i naukowego lekarzy, meldunki o nastrojach panujących wśród personelu i pacjentów szpitala, raporty dotyczące spraw mobilizacyjnych i szkolenia ogólnowojskowego, sprawozdanie o modernizacji bazy leczniczej, rozkazy organizacyjne i personalne. Wartość poznawcza tych dokumentów okazała się różnorodna. Wielokrotnie wymagały one wnikliwej analizy krytycznej i podjęcia dodatkowych badań w celu weryfikacji przedstawianych zestawień.

Niezwykle cennym uzupełnieniem materiałów archiwalnych okazały się dokumenty zgromadzone w archiwum i bibliotece poznańskiego szpitala wojskowego. Pomogły one odtworzyć zadania mobilizacyjne realizowane przez szpital (6 Frontowa Baza Szpitalna), rolę szpitala wojskowego w tragicznych wydarzeniach Poznańskiego Czerwca 1956 roku, dorobek naukowy i publikacyjny lekarzy oraz biogramy komendantów szpitala.

Z kolei źródła archiwalne znajdujące się w zasobie Archiwum Państwowego w Poznaniu nie zawierają zbyt wielu informacji dotyczących lecznictwa wojskowego. Chociaż poszczególne oddziały specjalistyczne szpitala wojskowego pełniły do połowy lat dziewięćdziesiątych XX stulecia dyżury w systemie lecznictwa miejskiego, to informacje o tym są śladowe. Wykorzystano informacje z tego archiwum dotyczące sytuacji zdrowotnej w Poznaniu i Wielkopolsce, struktury szpitalnictwa miejskiego i cywilnej kadry lekarskiej. Informacje te okazały się ważne podczas badań porównawczych niektórych kwestii, np. organizacji pracy, aparatury leczniczej, statusu materialnego lekarzy (w tym uposażeń) oraz możliwości rozwoju zawodowego.

Archiwalia zgromadzone w poznańskim Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego informują o działalności dydaktycznej niektórych lekarzy wojskowych (np. Teofila Kucharskiego, Józefa Strzyżowskiego, Michała Białokoza, Pawła Rudnickiego). Najczęściej lekarze wojskowi prowadzili zajęcia ze studentami Wydziałów Lekarskich ówczesnej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego.

Trzeba w tym miejscu zaznaczyć, że literatura dotycząca dziejów szpitalnictwa wojskowego w Poznaniu jest niezbyt obszerna. Historiografia dotycząca dziejów szpitalnictwa wojskowego jest stosunkowo nieliczna. Do pionierów zajmujących się tą problematyką należy Franciszek Giedroyc³, Stefan Rudzki⁴ i Leon Kazimierz Strehl. Ten ostatni, będąc zastępcą komendanta 7 Szpitala Okręgowego w Poznaniu, zamieścił w 1933 roku na łamach „Lekarza Wojskowego” artykuł o historii placówki, w której wówczas

³ F. Giedroyc, *Służba zdrowia w dawnym Wojsku Polskim*, Warszawa 1927.

⁴ S. Rudzki, *Historia szpitalnictwa wojskowego w Polsce*, „Lekarz Wojskowy” 1927, nr 9.

pracował⁵. Najważniejszym opracowaniem międzywojennego charakteru naukowym, dotyczącym okresu międzywojennego jest rozprawa doktorska Kazimierza Janickiego pt. „Dzieje szpitalnictwa wojskowego w Poznaniu do 1939 roku”. Napisana została w 1998 roku pod kierunkiem naukowym prof. nadzw. dr hab. Andrzeja Felhnera w Instytucie Organizacji Ochrony Zdrowia Wojskowej Akademii Medycznej im. Bolesława Szareckiego w Łodzi⁶. Pokłosiem tej rozprawy były publikacje Kazimierza Janickiego zamieszczone m.in. na łamach „Kroniki Miasta Poznania”, „Archiwum Historii Medycyny”. Publikacje Kazimierza Janickiego okazały się niezwykle przydatne podczas opisywania wojskowego szpitalnictwa doby zaboru pruskiego i dwudziestolecia międzywojennego.

Z opracowań powojennych, poświęcającym uwagę problemom szpitalnictwa wojskowego przydatne okazały się: podręcznik akademicki „Historia medycyny” pod redakcją Tadeusza Brzezińskiego w roku 1988, praca habilitacyjna Zofii Podgórskiej – Klawe „Od hospicjum do współczesnego szpitala” (Wrocław 1988).

W 1995 roku, z okazji pięćdziesiątej rocznicy 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego ukazało się opracowanie autorstwa Artura Drużdża, Andrzeja Felhnera i Ryszarda Stankiewicza pt. „Z dziejów Szpitala Wojskowego w Poznaniu. W 50-lecie wznowienia działalności”. To jubileuszowe wydawnictwo miało charakter popularny i napisane zostało głównie na podstawie dokumentów zgromadzonych w poznańskiej placówce szpitalnej. Niektóre z przytoczonych informacji zostały przez autora zweryfikowane poprzez analizę porównawczą z dokumentami archiwów wojskowych.

Cennych informacji o poznańskich lekarzach wojskowych dostarczył w swoich pracach Roman Meissner, kierownik Katedry Historii Medycyny poznańskiego Uniwersytetu Medycznego⁷. Z kolei Witold Lisowski i Jan Basiński są autorami publikacji o szpitalnictwie wojskowym Powstania Wielkopolskiego 1918/1919 roku.

Ważną grupę wydawnictw o charakterze poznawczym stanowią artykuły dotyczące problematyki leczenia wojskowego w badanym okresie, zamieszczone na łamach: „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, „Biuletynu Wojskowej Akademii Medycznej”, „Kroniki Miasta Poznania”, „Lekarza Wojskowego”, „Nowin Lekarskich”, „Tygodnika Lekarskiego” i „Wojskowego Przeglądu Historycznego”. To na łamach tych czasopism medycznych publikowali wyniki swoich badań poznańscy lekarze wojskowi.

⁵ L. Strehl, *Zarys historii 7 Szpitala Okręgowego*, „Lekarz Wojskowy” 1933, nr 5.

⁶ Mjr. lek. Kazimierz Janicki pracował w tym czasie w oddziale laryngologicznym 111 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Poznaniu.

⁷ Patrz m.in. R. Meissner, *Rozwój naukowych towarzystw medycznych w Poznaniu w latach 1832 – 1983*, w: *Dzieje naukowych towarzystw medycznych w Poznaniu*, red. W. Woźniak, Poznań 1985; *Szkice do portretów przedstawicieli medycyny poznańskiej 1945 – 1985*, red. J. Hasik i J. Meissner, Poznań 1991.

Rozprawa doktorska ma układ chronologiczno – problemowy i składa się z siedmiu rozdziałów. W rozdziale pierwszym przedstawiono ogólny zarys dziejów poznańskiego szpitalnictwa wojskowego do momentu utworzenia Szpitala Okręgowego w marcu 1945 roku. Rozdział ma charakter ogólnego wprowadzenia w problematykę szpitalnictwa wojskowego. Omawia poznańskie szpitalnictwo wojskowe w latach zaboru pruskiego, Powstania Wielkopolskiego 1918/1919 i w okresie międzywojennym. W odrębnych pododdziałach przedstawiono problemy leczenia w Poznaniu w okresie okupacji hitlerowskiej i w trakcie walk o miasto w styczniu i lutym 1945 roku.

W rozdziale drugim przedstawiono działalność placówek szpitalnych w ostatnich miesiącach drugiej wojny światowej i pierwszych latach powojennych, kiedy to w Poznaniu działał Szpital Okręgowy nr 5. Omówiono okoliczności jego powstania, zagadnienia organizacyjne i problematykę leczniczą. Znaczną część poświęcono sprawom personalnym. Był to ciekawy pod tym względem okres, bowiem w poznańskim szpitalu wojskowym, jak i całym ówczesnym wojsku polskim, pracowali razem oficerowie przedwojenni (np. płk Teofil Kucharski – komendant szpitala do 1939r.), oficerowie z Armii Czerwonej – Polacy, Rosjanie, Ukraińcy, Żydzi, Gruzini i inne narodowości.

Rozdział trzeci dotyczy funkcjonowania szpitala w nowym kształcie organizacyjnym, jako 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego. Jest najobszerniejszym rozdziałem, bowiem w miarę wszechstronnie stara się omówić jego działalność w ciągu trzech dekad, od roku 1949 aż do końca lat siedemdziesiątych. W odrębnych podrozdziałach wyszczególniono okres stalinizmu (1949 – 1956) – trudny czas napięcia zimnowojennego oraz rolę szpitala w tragicznych dniach Poznańskiego Czerwca 1956 roku. Odtworzono tutaj szczegółowy wykaz leczonych w szpitalu ofiar tych wydarzeń – żołnierzy i cywilnych mieszkańców Poznania. Krytycznej ocenie poddano także działalność poza leczniczą personelu szpitala, a mianowicie ideologiczną i propagandową. Była ona integralną częścią obowiązków oficerów WP, także lekarzy aż do końca lat osiemdziesiątych XX stulecia. Pokazano rozwój bazy szpitalnej oraz problemy lecznicze tamtych lat. Wyodrębniono również kwestie ćwiczeń i szkoleń, jakie dobywał personel szpitala.

Rozdział czwarty omawia dwie ostatnie dekady działalności szpitala, aż do końca lat dziewięćdziesiątych, kiedy to placówka przestała być finansowana z budżetu Ministerstwa Obrony Narodowej i stała się samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Z tego też powodu nastąpiły duże zmiany organizacyjne i personalne. Rozdział ten uzupełniają informacje związane z funkcjonowaniem szpitala wojskowego w systemie miejskiej służby zdrowia w Poznaniu.

W piątym rozdziale przedstawiono działalność komórek szpitala zajmujących się przygotowaniem szpitali polowych na wypadek wojny. Najważniejszym ogniwem w zakresie mobilizacyjnym była etatowa 6 Komenda Bazy Szpitalnej Frontu, działająca do końca lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia.

Kwestie rozwoju naukowego i zawodowego lekarzy wojskowych omówiono w rozdziale szóstym. Dopełnieniem tego niewielkiego pod względem objętości rozdziału jest wykaz publikacji naukowych pracowników szpitala zawarty w aneksach.

Ostatni, siódmy rozdział obejmuje omówienie działalności instytucji administracji wojskowej służby zdrowia, m.in. Szefostwa Służby Zdrowia Okręgu Wojskowego nr 3, Szefostwa Służby Zdrowia Dowództwa Wojsk Lotniczych i 4 Korpusu Lotniczego. Ze względu na okresowe wyłączenie zespołu 2 Korpusu Armijnego znajdującego się w CAW, pominięto charakterystykę Wydziału Służby Zdrowia tego związku operacyjnego. Dodać w tym miejscu należy, że wydział ten nie miał większego wpływu na pracę wielkopolskich wojskowych placówek szpitalnych. Treści tego rozdziału nie wyczerpują w pełni tego zagadnienia, bowiem skupiają się tylko na organizacji (strukturach) tych ogniw, realizowanych zadaniach i najobszerniej na ich obsadzie personalnej.

Dopełnieniem tych rozważań są obszerne aneksy zawierające przede wszystkim wykazy stanowisk i osób zatrudnionych w szpitalu w poszczególnych fazach jego działalności. Zamieszczono tutaj również szczegółowe zestawienia obowiązków osób funkcyjnych i wspomniane wyżej publikacje lekarzy.

Prezentowane treści nasycone są w niektórych częściach dużą ilością nazwisk, również i tych osób, które zajmowały najniższe stanowiska służbowe w hierarchii szpitalnej – podoficerów i żołnierzy służby zasadniczej. Autor chce w ten sposób zaznaczyć ich ważną rolę, bez której praca szpitala byłaby niemożliwa. Zachowano oryginalną pisownię nazwisk i nazw własnych. Niektóre z przytoczonych nazwisk są bez imion. Wynika to z braku imion w dokumentach służbowych wytworzonych w latach czterdziestych i pięćdziesiątych XX wieku. Dodatkowo, w wypadku komendantów szpitala i kierowników instytucji administracyjnych przytoczono biografie tych oficerów. Okazało się bowiem, że na funkcjonowanie omawianych ogniw pewien wpływ mieli ich szefowie, ich umiejętności, doświadczenia zawodowe i predyspozycje osobnicze.

Praca ukazuje rzeczywisty, nie zawsze idealny obraz minionych lat, zwłaszcza w trudnym powojennym dwudziestoleciu państwa polskiego. Z pewnością jest tylko jednym z kroków w badaniach naukowych, tych mających na celu przybliżenie wiarygodnego obrazu

działów polskiego szpitalnictwa wojskowego, szczególnie do chwili przekształcenia ich placówki publicznej służby zdrowia.

Powstanie niniejszej rozprawy nie byłoby możliwe bez pomocy wielu osób, reprezentujących różne środowiska. Słowa wdzięczności należą się promotorowi niniejszej rozprawy, dr hab. Januszowi Karwatowi, za poświęcony czas, cenne uwagi i wskazówki, które spowodowały nadanie ostatecznego kształtu przedłożonej pracy.

Sporym ułatwieniem w prowadzeniu badań nad tym tematem były uwagi przekazane mi przez uczestników zebrań naukowych odbywających się w Zakładzie Historii Wojskowej Instytutu Historii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Życzliwość ówczesnego kierownika zakładu Pana Profesora Karola Olejnika umożliwiła mi przedstawienie założeń pracy i wyników badawczych w gronie specjalistów z zakresu historii wojskowej.

Szczególnie wysoko sobie cenię rady, jakie uzyskałem ze strony Pana Profesora Andrzeja Felhnera, specjalisty z zakresu dziejów medycyny wojskowej. Wskazówki, jakie otrzymałem z jego strony podczas mojego pobytu w Łodzi i Piotrkowie Trybunalskim, ułatwiły mi znacząco prowadzenie dalszych kwerend oraz analizę opracowań dotyczących leczenia. Równie cenne okazały się wskazówki dr Kazimierza Janickiego oraz kolegów z byłego Koła Naukowego 111 Szpitala Wojskowego. Ich uwagi pozwoliły zweryfikować niektóre fakty i opinie, zwłaszcza te, o których zachowane źródła nie mówiły wprost.

Autor wyraża serdeczne podziękowania pracownikom ośrodków archiwalnych oraz innych placówek naukowych i edukacyjnych za wsparcie przy prowadzeniu badań naukowych oraz opracowaniu poszczególnych części rozprawy. Szczególne podziękowanie składa kierownictwu Archiwum Wojsk Lądowych Filii nr 2 w Oleśnicy, majorowi Krzysztofowi Derenowskiemu oraz paniom z pracowni udostępniania zbiorów za udzielone rady i okazaną życzliwość.

ROZDZIAŁ I

POZNAŃSKIE SZPITALNICTWO WOJSKOWE DO 1945 ROKU

1. Szpitalnictwo na przestrzeni wieków.

Zadaniem współczesnego szpitala jest przede wszystkim leczenie chorych. Taka koncepcja powstała dopiero w wieku XVIII, a rozwinęła się w wieku XIX. Początki tej instytucji, jak można przypuszczać sięgają pierwszych etapów rozwoju cywilizacji, kiedy to szamani, czy czarownicy mieli pomieszczenia dla chorych szukających u nich pomocy¹. Kilka wieków przed naszą erą znajdujemy w Indiach pierwsze ślady domów leczniczych². Zachowane do naszych czasów rozporządzenia ówczesnych władców wyryte na kamieniach nakazywały organizowanie schronisk dla podróżnych przy głównych szlakach handlowych. Budowano studnie, sadzono dające cień drzewa, gromadzono zapasy ziół dla ludzi i zwierząt, a opłacani przez władcę lekarze udzielali pomocy potrzebującym.

W starożytnej Grecji istniały ośrodki zwane „szkołami medycznymi”, z których najbardziej znaną jest prowadzona na wyspie Kos przez Hipokratesa. W miarę rozwoju lecznictwa opiekę medyczną przejmowali lekarze prowadzący tzw. „liatrie” stanowiące połączenie gabinetu zabiegowego z czasowym miejscem pobytu chorego i mieszkania lekarza³.

W starożytnym Rzymie bogaci patrycjusze leczyli się we własnych domach, zatrudniając lekarzy. Nie ma opisów urządzeń odpowiadających pojęciu szpitala. W Europie zachodniej po upadku Rzymu nastąpił zastój w rozwoju szpitalnictwa. Placówki lecznicze powstają i rozwijają się głównie w Bizancjum i w krajach arabskich. Około IV wieku powstał w Cezarei szpital założony według legendy przez św. Bazylego, kolejne powstają w Konstantynopolu i Edessie, który miał około 300 łóżek. W VI wieku cesarze wybudowali ponad 30 szpitali. W krajach arabskich pierwsze schroniska dla starców i dom leczniczy powstały w VIII wieku, a pracujący tu lekarze byli wynagradzani przez panującego (el-Welid ben Abdul-el Melik). W IX wieku w Bagdadzie powstał zakład leczniczy, połączony z

¹ T. Brzeziński, *Historia medycyny*, Warszawa 1988, s. 80.

² K. Janicki, *Dzieje szpitalnictwa wojskowego w Poznaniu do 1939 roku*, maszynopis rozprawy doktorskiej, WAM Łódź 1998, s. 11 – n.; W. Zaręba, *Pogląd historyczny na powstanie i rozwój domów leczniczych*, „Nowiny Lekarskie” 1984, z. 6, s. 11.

³ W. Zaręba, *Kult Asklepiosa w Grecji starożytnej*, „Nowiny Lekarskie” 1982, z. 4, s. 9.

placówką naukową dla lekarzy⁴. Najbardziej znanym szpitalem arabskim był założony w XIII wieku przez el-Malik-el-Mansur-Gilawuna, który organizacją przypominał współczesne szpitale. Posiadał ambulatorium, salę wykładową, aptekę, część stacjonarną. W wieku XIII kończy się jednak okres świetności medycyny arabskiej z przyczyn religijnych. Uznano, że uprawianie filozofii i medycyny stanowi herezję⁵.

W Europie zachodniej na soborze w Nicei nakazano biskupom prowadzenie szpitali w swoich siedzibach. Powstaje sieć szpitali oparta na kościelnym podziale administracyjnym. Rozpowszechniona chrześcijańska idea miłosierdzia wyzwała potrzebę niesienia pomocy cierpiącym i bezdomnym, co spowodowało rozwój szpitalnictwa zwanego przytułkowym. Szpitale te odgrywały ważną rolę wobec narastającej liczby pielgrzymów, włóczęgów i migracji ludności.

Szybki wzrost liczby przytułków w Europie w wiekach X-XII spowodowany był dużymi migracjami ludności, zwiększeniem liczby pielgrzymów, klęskami głodu i wyprawami krzyżowymi. Opieka nad chorymi traktowana była jako zasługa u Boga, co powodowało tworzenie się wspólnot zakonnych i rycerskich opiekujących się potrzebującymi, a następnie powstanie zakonów szpitalnych zakładających i prowadzących szpitale-przytułki⁶.

Szpitalnictwo w Polsce rozwijało się początkowo na bazie doświadczeń organizacji kościelnych po przyjęciu chrześcijaństwa, napływie duchownych z krajów Europy zachodniej, powstaniu biskupstwa misyjnego w 968 roku i dotarcia ze swoją działalnością zakonów szpitalnych w XI i XII wieku, np. zakon św. Jana chrzciciela z Jerozolimy (Joannici), który jako Zakon Maltański prowadzi działalność szpitalną do dzisiaj. Pierwsze wzmianki o szpitalach-przytułkach na ziemiach polskich pochodzą z XII wieku. Do najstarszych prowadzonych przez zakony należały przytułki w Zagościu – od roku 1160, Poznaniu od 1170 roku i we Wrocławiu od 1214 roku. Powstawały również szpitale specjalne jak np. prowadzony od 1203 roku przez zakon Duchaków w Sławkowie przytułek dla górników i ich rodzin. W roku 1382 jako jeden z pierwszych na świecie powstał w Legnicy szpital dla żaków⁷. Inne rodzaje szpitali-przytułków specjalnych to placówki dla trędowatych, obłąkanych i zapowietrzonych, czyli chorych zakaźnie. Trąd na ziemiach polskich pojawił się w XII wieku przyniesiony przez niemieckich kolonistów, których zarazili wracający z wypraw krzyżowych. Szpitale dla trędowatych istniały do XVII wieku, gdy po wygaśnięciu

⁴ W. Zaręba, *Pogląd historyczny na powstanie i rozwój domów leczniczych*, „Nowiny Lekarskie” 1984, s. 151.

⁵ „Kronika Medycyny”, Warszawa 1994, s. 63.

⁶ S. Runciman, *Dzieje wypraw krzyżowych*, Warszawa 1987, tom I, s. 47.

⁷ F. Giedroyc, *Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce*, Warszawa 1908, s. 48.

trądu zamieniono je na przytułki dla ubogich lub obłąkanych. Pierwszy szpital dla trędowatych powstał w roku 1309 w Głogowie, podobne w Sieradzu w roku 1417, Opocznie w 1479 roku i później dwa szpitale w Poznaniu. W roku 1580 jako jeden z pierwszych w Europie powstaje w Gdańsku szpital dla chorych na ospę, a w 1510 roku w Poznaniu szpital dla chorych wenerycznie, co było związane z epidemią kiły w Niemczech⁸.

W najstarszych szpitalach będących też zakładami opieki nad ubogimi pensjonariusze często nie mieli łóżka. Zastępowały je drewniane skrzynie wypełnione sianem lub słomą, co miało miejsce jeszcze w XVII wieku. Do XIX wieku stosowano łóżka drewniane, często podwójne, niekiedy dokładając obok osób dorosłych dzieci. W związku z trudnościami w utrzymaniu czystości łóżek drewnianych w XIX wieku zaczęto stosować łóżka metalowe z siennikami – po raz pierwszy w roku 1824 w Magdeburgu⁹.

W XVI wieku we Francji powstaje nowa forma szpitalnictwa, tzw. szpitale generalne, które były wielofunkcyjnymi przytułkami z apteką, obejmującymi swoją opieką okoliczną ludność oraz mającymi dostarczać ubogim pracy. W Polsce założył taki szpital na wzór paryskiego w roku 1757 misjonarz Gabriel Baudouin i nosił on nazwę Dzieciątka Jezus. Opiekę nad nim sprawował kościół wspólnie z państwem. W czasie sejmów 1768 i 1775 roku i prac Komisji Dobrego Porządku oraz Komisji Szpitalnych Korony i Litwy zamierzano utworzyć we wszystkich województwach szpitale generalne pod opieką państwa. Nie doszło jednak do realizacji tych planów. Na podstawie raportów sporządzonych w roku 1791 na zlecenie Komisji Policji Obojga Narodów ustalono, że w tym czasie w Rzeczypospolitej funkcjonowało 497 przytułków¹⁰.

Przekształcanie przytułków w lecznice rozpoczęło się w XVII wieku. Stopniowo następowało oddzielenie funkcji czysto opiekuńczych, powstają placówki, których głównym zadaniem jest leczenie chorych. Zaczyna też kształtować się idea szpitala jako miejsca nauczania medycyny, zwanego później kliniką (klinos – z greckiego łóżko). Pierwsza klinika powstała w XVIII wieku w Holandii, kolejna w Wiedniu – na niej wzorowano się przy tworzeniu klinik chorób wewnętrznych i chirurgii w czasie reformowania Wszechnicy Krakowskiej. Koniec XIX i początki XX wieku to okres szybkiego rozwoju medycyny i szpitalnictwa. Wprowadzono na szeroką skalę szczepienia ochronne, środki znieczulające, zaczęto stosować zasady aseptyki i antyseptyki. Wyodrębniły się nowe dziedziny medycyny

⁸ F. Smidoda, *Szpitalnictwo Polski przedrozbiorowej w opiece kościoła*, Warszawa 1948, s. 96; K. Janicki, *Dzieje szpitalnictwa...*, s. 16 - 17.

⁹ R. Jachowicz, *Łóżko szpitalne wczoraj i dziś*, „Szpitalnictwo Polskie” 1981, s. 55.

¹⁰ T. Srogosz, *Problemy sanitarno-zdrowotne w działalności administracji Rzeczypospolitej w okresie stanisławowskim*, rozprawa habilitacyjna AM Łódź 1983, s. 96.

jak neurologia, laryngologia, okulistyka i inne. W szpitalach powstawały oddziały specjalistyczne, laboratoria, pracownie diagnostyczne. Wzrósł poziom sanitarny obiektów służby zdrowia. Nastąpiło duże zróżnicowanie szpitali ze względu na sposób ich finansowania i zarządzania – prywatne, związków wyznaniowych, samorządowe, państwowe. Pojęcie szpital w ciągu wieków ewoluowało i zmieniało swoje znaczenie. W średniowiecznych szpitalach-przytułkach nie tylko leczono chorych, ale dawały one również schronienie i opiekę ubogim bezdomnym, sierotom i kalekom, łagodząc tym samym napięcia społeczne w miastach, w których ludzie ci mogliby stanowić zagrożenia dla spokojnego życia. Od XVI wieku powstają ulegające ciągłym przekształceniom zakłady fundowane przez miasta i bogatych mieszczan. W XVIII wieku mimo ograniczonych możliwości diagnostycznych i leczniczych mają postać i pełnią funkcje placówek leczniczych w dzisiejszym znaczeniu. W wyniku osiągnięć nauk przyrodniczych w XIX wieku nastąpił rozwój szpitalnictwa trwający do czasów współczesnych.

2. Początki szpitalnictwa wojkowego

Dzieje wojskowej służby zdrowia są ściśle związane z historią wojska i wojen. Wraz z powstaniem pierwszych zorganizowanych formacji zbrojnych, podjęto w nich podjąć opiekę nad rannymi i chorymi wojownikami. Najstarszą czynnością sanitarną w wojsku było leczenie ran. Później pojawiła się działalność higieniczna. Toteż wszystkie armie starożytne, rycerskie i zaciężne z reguły posiadały wyspecjalizowanych w lecznictwie pracowników. Ich kwalifikacje w różnych okresach historii i w różnych armiach były rozmaite. Często byli to znachorzy, cyrulicy, balwierze i wreszcie lekarze. Byli to jednak z zasady ludzie werbowani doraźnie na określone wyprawy wojenne. Traktowano ich jako pracowników cywilnych. Wojsko nie zajmowało się ich przygotowaniem zawodowym. Równie dawną jak wojsko jest także troska o zdrowotność żołnierzy. Wojsko, stanowiąc duże skupisko ludzkie, stwarzało zawsze skomplikowane problemy natury medycznej, zwłaszcza ze względu na specyficzny sposób bytowania oraz częsty udział w walkach. Kiedy zatroszczono się o opiekę medyczną nad wojskiem, musiano także starać się o kwalifikowanych pracowników w tej dziedzinie¹¹.

¹¹ S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin*, Warszawa 1973, s. 15.

Początki szpitalnictwa wojskowego sięgają starożytności. Państwo rzymskie dbało o wojsko będące głównym filarem jego istnienia, dlatego też troszczono się o zdrowie żołnierzy. Pierwsze lazarety wojskowe tzw. „valetudinaria” (z łac. valetudo – zdrowie, dobre samopoczucie) powstały za panowania cesarza Augusta (30 – 14 r. p. n. e.) wzdłuż szlaków komunikacyjnych na wschodnich i północnych rubieżach cesarstwa i wchodziły w skład ugrupowań wojskowych. Chorzy leżeli w lazarecie pod namiotami, zajmowali się nimi lekarze, a całą działalność nadzorował prefekt obozów¹². Na terenie dzisiejszych Niemiec istniały w pierwszym wieku naszej ery duże szpitale wojskowe w Veterze i w Aliso, później również w Bonn. Niektóre placówki miały imponujące rozmiary, np. szpital w twierdzy Novae (Bułgaria) z pierwszego wieku nowej ery składał się z kilku pomieszczeń w budynku o wymiarach około 20 x 70 metrów, podobnie jak w Windish w Szwajcarii, który mógł przyjąć prawie 500 chorych, co stanowiło około 4% ówczesnego garnizonu, co nie odbiegało od norm dzisiejszych. Wraz z rozkładem rzymskiej państwowości upadła armia, a z nią mająca duże osiągnięcia wojskowa służba zdrowia¹³.

W Europie w okresie średniowiecza wojskowa służba zdrowia i szpitalnictwo stały na niskim poziomie. Pierwszy lazaret wojskowy powstał w Hiszpanii w 1487 roku podczas oblężenia Malagi¹⁴. Był to ruchomy szpital polowy przewożony na wozach. Znacznie później w 1579 roku powstał pierwszy szpital wojskowy we Francji podczas oblężenia Amiens, założony przez króla Henryka IV. Szpitale wojskowe we Francji były tworzone początkowo tylko na czas wojen, dopiero król Ludwik XIV nakazał zakładanie stałych szpitali wojskowych. W Niemczech szpitale polowe powstawały w wieku XVII, podobnie jak w Austrii. W Prusach Kolegium Lazaretów Polowych organizowało lazarety wojskowe z liczbą łóżek wynoszącą 10% stanu osobowego armii. W czasie wojny z Turcją w 1678 roku założono dwa lazarety wojskowe w Rosji, posiadające po kilkaset łóżek i utrzymywane przez państwo. W trakcie wojen w latach 1769 - 1774 powstały także dwa szpitale polowe po 1500 łóżek każdy. W okresie wojen napoleońskich nastąpił rozwój stałych szpitali oraz tworzono liczne szpitale ruchome, w których pacjenci leczeni byli na koszt państwa. Praca lazaretów wojskowych stała jednak często na niskim poziomie, występowały braki w zaopatrzeniu, a warunki sanitarne były często bardzo złe, co wynikało z niedociągnięć organizacyjnych i w zarządzaniu placówkami.

¹² B. Seyda, *Lazarety wojskowe w starożytnym Rzymie*, „Lekarz Wojskowy”, 1959, nr 12, s.134; K. Janicki, *Dzieje...*, s. 19.

¹³ L. Press, *Szpital legionowy w Novae*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1989, nr 3, s. 473.

¹⁴ S. Wojtkowiak, *Z dziejów wojskowej służby zdrowia*, Warszawa 1975, s. 64.

W Polsce lazarety wojskowe powstały późno. W XVI wieku Jan Tarnowski w dziele „Zasady sztuki wojennej” pisze o funkcji lekarza szpitalnego, który na koszt króla miał leczyć rannych i przewozić ich do szpitali-przytułków miejskich. Jan III Sobieski fundując szpital Bonifratrów zastrzegł, aby byli tam przyjmowani do leczenia i opieki także wojskowi, którzy czy to w działaniach wojennych, czy w czasie służby pokojowej ponieśli uszczerbek na zdrowiu¹⁵. W związku z licznymi konfliktami zbrojnymi w XVI i XVII wieku rosła liczba rannych i inwalidów wojennych, wymagających opieki i nie mających domu. Z inicjatywy Jana III Sobieskiego i niektórych magnatów powstawały przytułki dla żołnierzy zwane xenochodia milutum, lub hospitaes. Do połowy XVIII wieku, zwłaszcza na kresach Rzeczypospolitej zakładano liczne szpitale-przytułki, często na jedną wyprawę wojenną, a podstawą ich funkcjonowania były darowizny. Do końca wieku XVII nie było w Polsce prób tworzenia scentralizowanej służby zdrowia dla wojska¹⁶. Państwo nie potrafiło zapewnić swoim żołnierzom należytej opieki medycznej, a szpitale wojskowe zakładane głównie przez prywatnych fundatorów nie spełniały pokładanych w nich nadziei¹⁷. W wieku XVIII naczelną władzą armii koronnej, którą była Komisja Wojskowa pod przewodnictwem wojewody płockiego Antoniego Podoskiego podejmowała próby scentralizowanych działań przy tworzeniu kordonów sanitarnych na kresach wschodnich m.in. w czasie epidemii dżumy w roku 1770. W tym czasie medycyna w armii była zaniedbana, korzystano z usług miejscowych lekarzy i cyrulików. Po pierwszym rozbiórze Polski Sejm Czteroletni zdecydował o zwiększeniu liczby wojska, w którym uznano za konieczne zorganizowanie nowoczesnej służby zdrowia. Na czele służby sanitarnej stanął Michał Bergonzoni. Powołano lazarety polowe przy dywizjach z kilkunastoma chirurgami, aptekarzami i personelem pomocniczym¹⁸ oraz cztery lazarety główne, w różnych częściach kraju, aby przechodzące wojska mogły pozostawić tam rannych. Niezależnie od stałych lazaretów powstają ruchome szpitale polowe, w których na 100 żołnierzy składu osobowego przygotowywano 5-10 miejsc¹⁹. W roku 1775 opracowano regulaminy służby obozowej i garnizonowej regulujące w rozdziale poświęconym szpitalom wojskowym całość spraw związanych z funkcjonowaniem szpitali wojskowych. Określono w nich rodzaje szpitali i obowiązki personelu. Wydzielono szpitale dla chorych zakaźnie i nakazano ich izolowanie. Określono normy naliczeń żywnościowych, organizację opieki duszpasterskiej, ochronę i

¹⁵ B. Seyda, *Rys historyczny rozwoju i organizacji polskiego szpitalnictwa wojskowego*, „Lekarz Wojskowy” 1959, 2, 141-166; K. Janicki, *Dzieje...*, s. 23.

¹⁶ S. Wojtkowiak, *Zarys dziejów...*, 109.

¹⁷ R. Meissner, J. Hasik, *Udział Polaków w rozwoju medycyny*, Poznań 1989, s. 15.

¹⁸ S. Wojtkowiak, *Personel medyczny w dawnym Wojsku Polskim*, „Biuletyn WAM”, 1969, 1, s. 28.

¹⁹ S. Dąbrowski, *Z dziejów szpitalnictwa wojskowego*, „Lekarz Wojskowy”, 1956, 12, 1280.

obronę szpitali. Ukazanie się tych regulaminów należy uznać za początek nowoczesnej organizacji szpitalnictwa wojskowego w Polsce²⁰. Reformę polskiego szpitalnictwa wojskowego przerwała wojna 1792 roku. W powstaniu kościuszkowskim na czele wojskowej służby zdrowia stał Jacek Dziarkowski. Warunki pracy służby zdrowia były ciężkie. Do zwiększonych potrzeb w zakresie leczenia armia nie była przygotowana. Brakowało środków, kadr medycznych, a nawet myśli przewodniej²¹. Powołano Dyрекcję Lazaretową, później Oficerską Inspekcję Lazaretową, których wpływ na stan leczenia szpitalnego nie był znaczący²².

Po utworzeniu Księstwa Warszawskiego przystąpiono do dalszych przekształceń szpitali wojskowych, opierając się na modelu francuskim. W 1810 roku zapoczątkowano tworzenie lazaretów dla poszczególnych polskich dywizji. Utworzono szpitale w Poznaniu, Kaliszu, Toruniu i Częstochowie. Po klęsce Napoleona Rosjanie w 1814 roku wydają „Przepisy ogólne dla szpitalów rosyjskich w Księstwie Warszawskim”. Szpitale podzielono na cztery klasy: I – szpitale z ilością łóżek powyżej 500, II – 300 do 500, III – 100 do 300, IV – z ilością łóżek do 100. Przepisy te szczegółowo określały sposób funkcjonowania szpitali, m.in. pory posiłków, czas wymiany bielizny, liczbę lekarzy – w szpitalach I i II klasy lekarz naczelny i ordynatorzy po jednym na 200 chorych i jeden podlekarz na 100 chorych oraz zasady przesyłania chorych w cięższym stanie do szpitali większych, co jest pierwowzorem dzisiejszej taktyki ewakuacji medycznej²³.

W armii Królestwa Polskiego dokonano dalszych zmian - lazarety wojskowe z czasów Księstwa Warszawskiego przekształcono w system niewielkich szpitali pułkowych ruchomych. Pozostawiono jeden centralny szpital w Ujazdowie i dwa mniejsze szpitale stałe w Modlinie i Zamościu. Główny Szpital Wojskowy w Ujazdowie był szpitalem dla żołnierzy polskich i rosyjskich. Stan higieny, leczenie i żywienie stały na wysokim poziomie²⁴. Do wojny siły polskie, w tym szpitalnictwo wojskowe nie były przygotowane. Nie było zapasów sanitarnych, brakowało środków do transportowania rannych, lazarety pułkowe pomyślane jako ruchome takimi nie były. Naczelny lekarz powstania listopadowego 1830/1831 dr Antoni Stummer powołał przy każdej dywizji ruchomy ambulans wyposażony w sprzęt z obsadą

²⁰ F. Giedroyc, *Służba zdrowia w dawnym Wojsku Polskim*, Warszawa 1927, s. 56.

²¹ W. Lisowski, *Służba zdrowia w Powstaniu Kościuszkowskim w 1794 roku*, „Lekarz Wojskowy” 1985, 7-8, s. 539, K. Janicki, *Dzieje szpitalnictwa...*, s. 24 - 25.

²² B. Szyncler, *Instrukcja do inspekcji lazaretów z czasu Powstania Kościuszkowskiego*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1991, 54, nr 3-4, s. 184.

²³ M. Czarnecka, *Przyczynek do dziejów ewakuacji wojskowo-medycznej w początkach ubiegłego stulecia*, „Lekarz Wojskowy” 1972, nr 2, s. 179.

²⁴ W. Stembrowicz, *Rys historyczny wojskowej służby zdrowia w okresie Powstania Listopadowego*, „Archiwum Historii Medycyny” 1981, nr 2, s. 129.

lecarską, który miał być rozwinięty jako szpital polowy. Udało się uruchomić tylko jeden na 100 łóżek w Mieni²⁵. W lutym 1831 roku naczelnym lekarzem zostaje Karol Kaczkowski, który otrzymawszy stopień generalski zreorganizował sanitariat polowy. Ambulanse dywizyjne stały się ruchomymi bazami szybkiej pomocy chirurgicznej na polu bitwy, a dowództwo miało ambulans główny, kierowany w zależności od potrzeb. W 1831 r. szpitale wojskowe podzielono na trzy klasy: I – powyżej 1000 łóżek, II – Od 500 do 1000 łóżek, III – do 500 łóżek. Ustalono należną liczbę lekarzy na określoną ilość chorych oraz zakres kompetencji w szpitalach²⁶.

Powstanie styczniowe nie było wojną armii regularnej, a bitwami oddziałów partyzanckich. Szpitalnictwo tego okresu miało organizację wynikającą z charakteru działań. Organizacja szpitali była trudna ze względu na brak miejsc, do których nie mogli dostać się wojska carskie. W tym celu wydano instrukcję o urządzeniu w powiatach lazaretów wojskowych. Przewidywano w oddziałach liczących 500 ludzi obecność 1 lekarza, 2 felczerów, 2 posługaczy, a w zgrupowaniach liczących do 1000 ludzi 2 lekarzy. W dworach ziemiańskich, rzadziej w domach chłopskich, urządzano lazarety zwane „szpitalami czasowymi”. Istniało około 60 szpitali powstańczych, na łączną ilość około 2 do 3 tysięcy rannych²⁷.

Polskie formacje wojskowe w okresie I wojny światowej tworzyły również własne szpitale. Sformowana w 1914 roku I Brygada Legionów Polskich posiadała szpital wojskowy, którego komendantem był dr Andrzej Zaorski. W trakcie działań wojennych korzystano ze szpitali austriackich lub placówek cywilnych²⁸. II Brygada Legionów Polskich miała ruchomy szpital polowy, którego komendantem był dr Ignacy Staszewski. W czasie działań bojowych rozwijano tzw. stacje opatrunkowe, które udzielały pomocy rannym legionistom²⁹.

3. Powstanie szpitalnictwa wojskowego w Poznaniu

Pierwsze wzmianki o placówce leczniczej w Poznaniu pochodzą z czasów Mieszka Starego. Król ten ok. roku 1170 ufundował szpital pod wezwaniem św. Michała na Śródce.

²⁵ R. Papliński, *Farmacja wojskowa i zaopatrzenie sanitarne Wojska Polskiego do końca XVIII wieku*, „Biuletyn WAM” 1967, supl. 4, s. 20-50.

²⁶ Z. Hendrich, *Karol Kaczkowski – lekarz XIX wieku*, „Biuletyn WAM” 1967, supl. 4, s. 134-137.

²⁷ A. Himmel, K. Trznadel, *Przyczynek do historii polowych szpitali wewnętrznych w polskich siłach zbrojnych*, „Biuletyn WAM” 1967, nr 4, s. 97.

²⁸ S. Rudzki, *Historia szpitalnictwa wojskowego w Polsce*, „Lekarz Wojskowy” 1927, nr 5, s. 432.

²⁹ L. Rudke, *Moja służba w sanitarjacie 2 Brygady Legionów Polskich*, „Lekarz Wojskowy” 1936, nr 1, s. 354.

Opiekę powierzył duchownym – zakonowi szpitalnemu, Kawalerom Orderu św. Jana, później zwanych Joannitami, czy Kawalerami Maltańskimi. We wczesnym średniowieczu było w Poznaniu kilkanaście szpitali o różnym przeznaczeniu. W Wielkopolsce do XV wieku powstawały dzięki fundacjom świeckim i kościelnym liczne przytułki-szpitala, gdzie leczono głównie ziołami, czym zajmowali się cyrulicy³⁰. Do połowy XVIII wieku nie spotyka się wzmianek o wojskowych zakładach leczniczych. Można przypuszczać, że aż do tego czasu chorych żołnierzy umieszczano w ogólnych szpitalach-przytułkach. W okresie XVI – XVII wieku nie spotykamy w Wielkopolsce organizowanych zwłaszcza na kresach wschodnich przytułków dla żołnierzy, zakładanych przez magnatów³¹. Działania wojenne były tu prowadzone sporadycznie, więc szpitale miejskie zabezpieczały potrzeby leczenia wojskowego. W roku 1775 wydany został „Regulamin służby obozowej i garnizonowej”, który zobowiązywał do założenia lazaretu w miasteczku znajdującym się najbliżej obozu³². Regulamin określał sposób urządzenia lazaretu, sposób dozoru i zasady opieki nad chorymi. W związku z tym, że w Poznaniu stacjonował pułk wojska, prawdopodobnie istniał też zgodnie z tymi przepisami lazaret wojskowy.

Po drugim rozbiórze Polski władze pruskie w skonfiskowanym budynku klasztoru Karmelitów Bosych zakładają szpital garnizonowy. Szpital należał organizacyjnie do drugiej dywizji, jego obsada personalna była niemiecka, m.in. z powodu małej liczby lekarzy Polaków (pięciu w roku 1780 według spisu Poznańskiej Komisji Dobrego Porządku)³³. Chorzy byli przyjmowani do leczenia na podstawie biletu zawierającego rozpoznanie i sposób postępowania z poszkodowanym i podpisywanego przez lekarza oraz przełożonego żołnierza. W roku 1806 przybyli do Poznania generałowie Jan Henryk Dąbrowski i Józef Wybicki, którzy przystąpili do organizowania polskich sił zbrojnych³⁴. Na podstawie zarządzenia Komisji Rządzącej w grudniu 1806 roku przeprowadzono pobór do wojska. Pobieżne badanie rekrutów spowodowało, że często wcielano ludzi, których stan zdrowia nie odpowiadał wymaganiom stawianym żołnierzom. Nie prowadzono szczepień ochronnych aż do 1811 roku (w armii pruskiej już od 1803 roku szczepiono przeciwko ospie), co powodowało masowe zachorowania w późniejszym okresie. W skład tworzonej w Poznańskim dywizji nazwanej legią wchodziły cztery pułki piechoty, dwa pułki jazdy i jednostki artylerii. Dla

³⁰ W. Głowacki, *Apteka cyrulika poznańskiego z roku 1528*, „Archiwum Historii Medycyny” 1960, nr 2, s. 467-479; K. Janicki, *Dzieje...*, s. 31 - 32.

³¹ L. Strehl, *Zarys...*, 414.

³² *Regulamin służby obozowej garnizonowej dla całego Wojska Obojga Narodów wydany*, w: F. Giedroyc, *Służba...*, s. 225-226.

³³ B. Tyszkiewicz, *Działalność Poznańskiej Komisji Dobrego Porządku (1779-1784)*, Poznań 1965, s. 11.

³⁴ E. Zych, *Rok 1807*, Warszawa 1957, s. 51.

zabezpieczenia medycznego przewidziano 31 etatów personelu medycznego. Szpitale podzielono na stałe, doczesne i ruchome. Tworzono je w większych garnizonach dla poszczególnych dywizji. Funkcjonowały w czasie wojny i pokoju. Odsyłano do nich chorych z pułków nie posiadających własnych lazaretów³⁵. W miejscu formowania się pułków powstawały lazarety pułkowe. Utworzono je w Poznaniu: w gmachu seminarium nauczycielskiego i w klasztorze Karmelitów Bosych, Rogoźnie, Rawiczu, Wschowie i Krotoszynie. Zajęcie gmachu seminarium nauczycielskiego przez wojsko wywołało protesty mieszkańców, więc we wrześniu 1807 roku gen. Wybicki zdecydował o likwidacji lazaretu w tym miejscu. W czasie walk 1807 roku legia poznańska rozwinęła szpitale wojskowe w Bydgoszczy na 300 łóżek, Gniewie, Nowym Łabiszynie na 130 łóżek, Barcinie na 400 łóżek, Gnieźnie na 80 łóżek. We wrześniu 1807 roku pułki legii poznańskiej wracają do miejsc stałego postoju i rozwijają stacjonarne lazarety pułkowe w Poznaniu (największy, liczący 200 łóżek), Lesznie, Wschowie, Rawiczu, Łabiszynie i Kościanie. Szpital dywizyjny legii poznańskiej znajdował się w budynku klasztoru Karmelitów Bosych i był szpitalem o szerokim profilu leczenia, do którego ewakuowani byli ciężiej chorzy ze szpitali pułkowych. W roku 1809 utworzono dodatkowe szpitale dla legii poznańskiej w Kaliszu, Częstochowie i Toruniu. Przyjęto model francuski, w którym liczba personelu lekarskiego zależała od liczby chorych (m.in. 1 lekarz na 200 i 1 chirurg starszy na 150 pacjentów). Chorzy trafiali do leczenia na podstawie biletu lazaretowego wydawanego przez dowódcę i chirurga batalionowego. Na bilecie zamieszczano dane osobowe chorego, numer jego jednostki, datę przyjęcia i rodzaj schorzenia. W dniu bitwy przyjmowano wymagających leczenia bez tych formalności. Dopiero po zakończeniu działań bojowych właściwi oficerowie wypisywali chorym wymagane bilety. W przypadku umieszczania chorych w szpitalu cywilnym, gromadzono ich w jednej sali, i stosowano przepisy obowiązujące w szpitalach wojskowych. W 1812 roku władze francuskie zażądały utworzenia w Poznaniu lazaretów wojskowych na 1200 łóżek. Początkowo, po protestach ministra spraw wewnętrznych Józefa Łuszczewskiego władze francuskie zapewniły dostarczenie leków dla tych lazaretów³⁶. Jednak koszty związane z utrzymaniem tych placówek ponosiły władze lokalne. Wkrótce Francuzi wycofali się także z zaopatrywania lazaretów w leki. Żądania Francuzów realizowane były głównie przez rekwizycję kościołów, budynków szkolnych i domów prywatnych³⁷.

³⁵ B. Seyda, *Rys historyczny rozwoju i organizacji polskiego szpitalnictwa wojskowego. Polskie szpitalnictwo wojskowe do XVIII wieku*, „Lekarz Wojskowy” 1959, nr 2, s. 142.

³⁶ S. Rudzki, *Historia szpitalnictwa wojskowego w Polsce*, „Lekarz Wojskowy” 1927, nr 1, s. 400.

³⁷ F. Giedroyc, *Służba zdrowia...*, s. 237.

W lutym 1813 roku Wielkopolskę opanowali Rosjanie. Po wkroczeniu do Poznania zorganizowali lazaret w zajętych po byłym szpitalu budynkach zakonu Karmelitów Bosych, seminarium nauczycielskiego i domach prywatnych³⁸. Szpital ten liczący ponad 500 łóżek zaliczany był do szpitali I klasy według „przepisów dla rosyjskich szpitalów w Księstwie Warszawskim”. W tym czasie powstały rosyjskie lazarety wojskowe w Rawiczu, Krotoszynie, Wschowie, Lesznie, Międzyrzeczu, Kościanie, Kaliszu i Kępnie³⁹.

Po Kongresie Wiedeńskim w maju 1815 roku do Poznania wkraczają wojska pruskie, które w budynku po zakonie Karmelitów Bosych tworzą lazaret funkcjonujący jako szpital wojskowy do 1857 roku. W Poznaniu w roku 1823 praktykowało zaledwie 3 lekarzy Polaków, a już w połowie XIX wieku 17 na ogólną liczbę 52, w liczącym około 40 tysięcy mieszkańców mieście⁴⁰.

Po wybuchu powstania w 1848 roku działający w Poznaniu Wydział Wojenny Komitetu Narodowego mianował szefem służby medycznej polskiej siły zbrojnej działacza niepodległościowego dr Teofila Mateckiego. W akcie nominacyjnym czytamy: „Wzywamy Obywatela Mateckiego aby ten przywoławszy sobie w pomoc lekarzy zorganizował sztab lekarski i całą służbę zdrowia dla armii najmniej 50 000 wojska”⁴¹. Służba zdrowia wojsk wielkopolskich składała się ze sztabu lekarskiego oraz personelu lekarskiego, chirurgicznego, farmaceutycznego i pielęgniarskiego w szpitalach obozów powstańczych we Wrześni, Książu, Nowym Mieście i Miłosławiu⁴² oraz w szpitalu powstańczym w Trzemesznie. Personel powstańczej służby zdrowia rekrutował się z lekarzy i chirurgów miejscowych i przybyłych z innych miast wielkopolskich. Występowali w nim także ochotnicy z emigracji. Personel pielęgniarski organizowany przez Emilię Szczaniecką, siostry Koszutskie i Apolonię Matecką pochodził się z rodzin ziemiańskich. Służba zdrowia w 1948 roku organizowana w toku rozgrywających się wydarzeń cierpiała na liczne niedostatki i nie była należycie zorganizowana. Mimo braków opieka lekarska w szpitalach była w pełni wystarczająca. Wysoko oceniali ją nie tylko powstańcy, ale także więźci do niewoli żołnierze pruscy. Działalność lekarzy w okresie Wiosny Ludów nie ograniczała się do wykonywania obowiązków i czynności ściśle lekarskich. Liczni lekarze byli emisariuszami lub walczyli z bronią w ręku. Wyznawali z reguły poglądy szerzone przez działające w Paryżu Towarzystwo Demokratyczne. Wielu lekarzy brało udział w powiatowych Komitetach Polskich, zajmując w

³⁸ S. Rudzki, *Historia...*, s. 402, K. Janicki, *Dzieje...*, s. 38.

³⁹ W. Noszczyk, *Zarys chirurgii polskiej*, Warszawa 1989, s. 226.

⁴⁰ Tamże, s. 227.

⁴¹ K. Bross, *Służba zdrowia w powstaniu poznańskim 1848 roku*, „Medycyna Praktyczna”, R XIII, 1939, s. 47.

⁴² Tamże, s. 47-49.

nich często ważne stanowiska. Byli za to aresztowani i prześladowani przez władze pruskie. W akcji przedpowstaniowej i w samym powstaniu brało udział ponad trzydziestu lekarzy⁴³.

Aby zagwarantować należytą opiekę wszystkim wojskowym znacznie rozbudowano w Poznaniu bazę szpitalną. W latach 1857 – 1861 wybudowano przy ówczesnej ulicy Królewskiej (ob. K. Libelta) piętrowy, nowoczesny, zaprojektowany przez Fleishinger Dervitza szpital z osobnym pawilonem operacyjnym zwany ze względu na swoje położenie fortecznym⁴⁴. Ten powstały równocześnie z lazaretem wojskowym w Berlinie szpital tzw. systemu korytarzowego był przez długie lata największym obiektem tego typu w Europie⁴⁵. Budynek był ogrzewany piecami węglowymi, posiadał sztuczną wentylację, był skanalizowany, w wodę zaopatrywany był z wodociągów miejskich, a pod koniec wieku otrzymał oświetlenie gazowe. Po kilku latach rozpoczęto rozbudowę budynku, co zwiększyło o około 300 liczbę łóżek. Dobudowano trzy jednopiętrowe budynki zaopatrzone w bieżącą wodę i lampy gazowe. Obok oddziałów szpitalnych umieszczono w nich aptekę, składnicę sanitarną i szkołę dla sanitariuszy. Szpital wojskowy był pod koniec XIX wieku największym zakładem leczniczym w Poznaniu. Naczelnym lekarzem szpitala w latach sześćdziesiątych był naczelnny lekarz sztabu 20 pułku artylerii polowej dr E. Brunclow, w latach późniejszych XIX wieku dr H. Ott. Na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XIX wieku hospitalizowano w tej placówce po około 2 tysiące pacjentów rocznie, a średni okres leczenia wynosił ponad 25 dni⁴⁶.

Po wybuchu I wojny światowej rozbudowano bazę szpitalną, adoptowano do celów szpitalnych budynki szkolne i liczne domy prywatne, wykorzystywano także szpitale cywilne do leczenia rannych. Szpital wojskowy otrzymał nazwę Główny Szpital Forteczny, został powiększony o kilkanaście szpitali pomocniczych i mógł przyjmować około 4 tysięcy pacjentów. Pod koniec 1918 roku w 33 szpitalach wojskowych w Wielkopolsce było około 6 tysięcy łóżek. W tym czasie w Poznaniu praktykowało 170 lekarzy, z czego tylko 60 było narodowości polskiej. Szpitalnictwo wojskowe w Poznaniu na przełomie XIX i XX wieku było takie, jak w całym państwie niemieckim i nie odbiegało pod względem organizacyjnym i fachowym od innych szpitali na terenie Niemiec. Biorąc pod uwagę wyposażenie techniczne i stan budynków szpitalnych, poznański szpital wojskowy był największą i dobrze wyposażoną jednostką leczniczą w mieście.

⁴³ S. Wojtkowiak, *Lancet i karabin*, Warszawa 1973, s. 44.

⁴⁴ A. Guttstadt, *Krankenhaus-Lexikon für das Königreich Preussen*, Berlin 1895, s. 667; K. Janicki, *Dzieje...*, s. 41 - 42.

⁴⁵ A. Felchner, *Służba zdrowia Wojska Polskiego (od jesieni 1918 do mobilizacji 1939)*, rozprawa habilitacyjna UŁ, Łódź 1990, s. 134-135.

⁴⁶ Janicki K., *Dzieje...*, s. 42 i n.

4. Wojskowe szpitalnictwo poznańskie w latach 1919 - 1939

Nad wyzwolonym w czasie Powstania Wielkopolskiego obszarem władzę przejmowała Naczelna Rada Ludowa. Służba Straży i Bezpieczeństwa zostaje przekształcona w regularną armię, którą dowodził początkowo Stanisław Taczak. Aby licząca 70 tysięcy armia mogła dobrze funkcjonować, musiała ona posiadać odpowiednie zabezpieczenie sanitarno-medyczne, tzn. lekarzy i personel medyczny, szpitale z zapleczem oraz środki zabezpieczenia materiałowego. Po objęciu przez gen. J. Dowbora-Muśnickiego dowództwa wojsk powstańczych utworzono Dowództwo Główne Sił Zbrojnych, w skład którego wchodził Departament Sanitarny. W styczniu 1919 roku utworzono Inspektorat Sanitarny, wchodzący początkowo w skład Kwaternistrzostwa, później przeorganizowany jako samodzielny inspektorat, podporządkowany bezpośrednio dowódcy armii. Na czele służby sanitarnej stał Inspektor Sanitarny. Stanowisko to powierzono w styczniu 1919 roku dr Ireneuszowi Wierzejewskiemu. Inspektorat Sanitarny mieścił się w Poznaniu przy ul. Masztalerskiej 8. Do jego zadań należało m.in. skompletowanie personalne jednostek służby zdrowia, nadzór nad stanem zdrowia żołnierzy, formowanie nowych jednostek sanitarnych na wypadek masowych strat sanitarnych, powstałych w czasie działań bojowych i epidemii, przygotowanie odpowiedniej liczby łóżek szpitalnych, zgromadzenie materiałów sanitarnych i opatrunkowych dla całej podległej sobie służbie zdrowia. Do realizacji tych celów powołano do służby wojskowej wszystkich lekarzy Polaków do 50 roku życia. Mimo to Inspektorat borykał się z trudnościami kadrowymi. Dlatego główną uwagę w czasie działań bojowych koncentrowano na tych operacjach wojskowych, gdzie spodziewano się dużych strat osobowych. Lokalne starcia były zabezpieczane w oparciu o cywilną służbę zdrowia. Po mobilizacji w marcu 1919 roku w armii wielkopolskiej służyło 219 lekarzy medycyny, 25 lekarzy dentystów i 25 aptekarzy. Zmobilizowano również około 1300 podoficerów sanitarnych i sanitariuszy⁴⁷.

Podczas walk ranni byli zbierani przez sanitariuszy i transportowani na noszach do punktów opatrunkowych, skąd byli kierowani do szpitali polowych lub miejskich. W dużych operacjach wojskowych działały kompanie sanitarne, które po opatrzeniu rannych transportowały ich ambulansami konnymi do szpitali. Na dalsze odległości, najczęściej do Szpitala Głównego w Poznaniu wykorzystywano pociąg sanitarny.

⁴⁷ Szerzej J. Babiński, *Służba sanitarno – medyczna oddziałów powstańczych i Armii Wielkopolskie*, „Zeszyty Naukowe INS WSInż.”, z. 5, Koszalin 1985, s. 96 – 109.

Zaopatrzenie w leki, materiały sanitarne i opatrunkowe oraz w narzędzia chirurgiczne armia powstańcza otrzymywała z Wojskowej Składnicy Sanitarnej mieszczącej się w Poznaniu przy ul. Karola. Dobre zaopatrzenie składnicy było wynikiem przejęcia przez władze polskie zapasów niemieckich i rozwijania produkcji przez cały okres walk⁴⁸.

Ważnym ogniwem zabezpieczenia medycznego armii jest jej baza szpitalna, której wielkość powinna być proporcjonalna do ilości wojska, któremu ma służyć. Na potrzeby armii wielkopolskiej pracowały 33 szpitale, z tego w Poznaniu Szpital Główny mający 11 filii o łącznej ilości około 3 tysięcy łóżek. Ogólna liczba łóżek będących w dyspozycji służby zdrowia wojsk powstańczych wynosiła 6250. Poznań był głównym ośrodkiem leczniczym, do którego trafiali wymagający specjalistycznego leczenia. Podstawowym zakładem był mieszczący się przy ul. Królewskiej Szpital Główny, posiadający etatowo ponad 400 łóżek, których liczba w czasie walk została zwiększona do 700. W budynku głównym znajdowały się dwie sale operacyjne, oddział chirurgiczny oraz administracja. W barakach na zapleczu znajdowały się oddziały: okulistyczny, chirurgii szczękowej i psychiatryczny. W szpitalu też gabinet rentgenowski, laboratorium i apteka, zaopatrująca w leki szpital i jego filie⁴⁹.

Szpital oprócz prowadzonej na bieżąco działalności leczniczej spełniał wiele dodatkowych funkcji. Wyposażał punkty opatrunkowe w poszczególnych dzielnicach miasta Wilda, Chwaliszewo, Łazarz, Jeżyce, Stary Rynek), z których ranni byli ewakuowani do szpitala lub jego filii. Zadaniem szpitala było organizowanie szpitali polowych, kompanii sanitarnych i pociągów sanitarnych. Szpital Główny był szpitalem ewakuacyjnym dla całego frontu i do połowy 1919 roku przyjął ponad 950 rannych i chorych. Przez cały okres działań wojennych odbywały się w szpitalu kursy sanitarne. Obowiązki komendanta sprawował mjr dr Kazimierz Nowakowski, sprawami organizacji i szkolenia zajmował się mjr lekarz Adam Karwowski. Obsada personalna składała się z 11 lekarzy (w tym 2 Niemców do kwietnia 1919 roku) i 18 pielęgniarek⁵⁰.

Ze względu na brak izby przyjęć chorzy przyjmowani do leczenia trafiali bezpośrednio do łóżek szpitalnych. W barakach na zapleczu szpitala mieściła się centralna pralnia, magazyny i dezynfektor parowy. Dobrze zaopatrzone magazyny szpitalne posiadały duże zapasy bielizny i pościeli. Dobrze było wyżywienie chorych, którzy mogli korzystać z trzech diet – ogólnej, indywidualnej i diety specjalnej.

⁴⁸ Szerzej J. Majewski, *Farmaceuci w Powstaniu Wielkopolskim 1918/1919*, Poznań 2000.

⁴⁹ J. Babiński, *Służba...*, s. 98.

⁵⁰ Tamże.

W czasie działań wojennych szpitale wojskowe w Poznaniu były filiami Szpitala Głównego centralnie administrowane i zaopatrywane. Liczba filii zmieniała się w zależności od potrzeb, w czerwcu 1919 roku było ich 13. Największymi były: o profilu skórno-wenerycznym na 488 łóżek, przy ul. Berwińskiego, neurologicznym na 457 łóżek przy ul. Słowackiego, chorób zakaźnych na 380 łóżek przy ul. Wyspiańskiego i chirurgicznym przy Placu Bernardyńskim na 230 łóżek. Ostatnie filie zlikwidowano po zakończeniu wojny polsko-rosyjskiej. Inspektorat sanitarny dysponował także szpitalami poza Poznaniem, z których największymi były liczącymi ponad 300 łóżek i posiadającymi wszystkie podstawowe oddziały szpitale w Inowrocławiu, Gnieźnie i Ostrowie Wielkopolski⁵¹.

W Szpitalu Głównym tworzone szpitale polowe, które wysyłano na poszczególne odcinki frontu. Były to duże jednostki posiadające 200 do 600 łóżek szpitalnych z własną apteką. Pracowało w nich minimum 3 lekarzy, 3 pielęgniarki-instrumentariuszki i kilkunastu sanitariuszy. Posiadając tabor konny szpital mógł stosunkowo szybko przemieszczać się w zależności od potrzeb i rozmieszczenia strat sanitarnych na polu walki. Armia wielkopolska posiadała 6 szpitali polowych.

W Szpitalu Głównym tworzone były także kompanie sanitarne, wysyłane na front po jednej do każdej dywizji. W skład kompanii wchodziło 8 oficerów, 7 podoficerów, 234 szeregowych. Kompania posiadała 8 wozów konnych. Po zakończeniu powstańczych działań bojowych kompanie przydzielono do poszczególnych dywizji Wojska Polskiego.

W czasie powstania wielkopolskiego ponad 60% leczonych w szpitalach stanowili ranni i poszkodowani w działaniach wojennych. Występowały epidemie czerwonki, duru brzuszego, pojedyncze przypadki cholery. Liczne były zachorowania na choroby weneryczne, gruźlicę i choroby pasożytnicze. Mimo tych trudności szpitalnictwo wojskowe dobrze wywiązywało się ze swych zadań, o czym świadczy m.in. niska śmiertelność hospitalizowanych.

Od listopada 1919 roku zmieniała się nazwa szpitala poznańskiego odpowiednio do zmian zachodzących w strukturze armii. Do października 1919 roku był to Szpital Centralny, następnie do 30 grudnia 1920 roku Szpital Okręgowy Dowództwa Okręgu Generalnego Poznań i od 30 grudnia 1920 roku do stycznia 1925 roku Szpital Okręgowy nr VII. Szpital okręgowy był jednostką macierzystą dla wszystkich formacji sanitarnych powoływanych w okręgu. Miał do dyspozycji aparat mobilizacyjny dla realizacji swych zadań. W skład szpitala okręgowego wchodził zapasowy oddział sanitarny, z którego uzupełniano personel w

⁵¹ B. Polak, *Wojsko Wielkopolskie 1918 – 1920*, Koszalin 1990, s. 161 – 162.

tworzonych na terenie okręgu jednostkach służby zdrowia. W szpitalu poznańskim była to kompania sanitarna nr 7, składająca się z dwóch oddziałów szkolnych, oddziału uzupełnienia i oddziału przejściowego. W 1920 roku w związku z potrzebami frontu liczyła ona około 1200 żołnierzy, w tym 3 lekarzy i 4 oficerów sanitarnych. Kompania szkoliła też rezerwy, organizując kursy i ćwiczenia⁵².

W czasie wojny polsko-bolszewickiej w Szpitalu Okręgowym i jego filiach przyjęto do leczenia około 10 tysięcy rannych i chorych, przy liczbie miejsc szpitalnych wynoszącej 2 tysiące (w szpitalach całego DOG Poznań 19 tysięcy). Wydaje się, że szpital posiadający wszystkie oddziały szpitalne i dobre zaplecze diagnostyczne dobrze spełniał swoją rolę szpitala docelowego dla ewakuowanych z frontu i ze szpitali rejonowych. W sytuacji lat 1919-1921 trudne było kierowanie szpitalem okręgowym, o czym świadczyć może duża rotacja komendantów – czterech w okresie dwóch lat. Szpitalem kierowali kolejno: ppłk dr Kazimierz Nowakowski, mjr dr Tadeusz Szulc, płk dr Kazimierz Wilczewski i płk Stefan Janiszewski.

Ze szpitalem okręgowym związane były też inne wojskowe placówki lecznicze w Wielkopolsce. W Biedrusku w 1919 roku utworzony został szpital obozowy liczący początkowo kilkanaście łóżek, powiększony w 1920 roku do 400. Po kilku zmianach organizacyjnych został w 1927 roku rozwiązany i utworzono w jego miejsce Garnizonową Izbę Chorych z 30 łózkami.

W okresie przechodzenia sił zbrojnych na stopę pokojową w 1921 roku nastąpiły istotne zmiany w podziale terytorialnym kraju. Dowództwom Okręgów Generalnych zmieniono nazwę, z tym że w miejsce dotychczasowych siedmiu okręgów utworzono dziesięć okręgów korpusów. Zmiany w organizacji armii spowodowały reorganizację wszystkich szczebli opieki medycznej. W skład każdego Okręgu Korpusu wchodziło szefostwo Służby Zdrowia, składające się z trzech referatów, z których jeden zajmował się lecznictwem, higieną i sprawami organizacyjnymi, drugi sprawami zaopatrzenia, a trzeci sprawami inwalidów. Na szczeblu okręgu funkcjonował szpital okręgowy i kompania zapasowa sanitarna. Do 1924 roku istniały też rejony sanitarne w Gnieźnie, Kaliszu i Poznaniu. Pierwszym Szefem Sanitarnym Okręgu był gen. dr Józef Grobelny⁵³.

W dużych garnizonach – Kraków, Lwów Poznań i Wilno nadzorem nad pracą służby zdrowia, stanem zdrowotnym żołnierzy i kierowaniem Garnizonowej Izby Chorych zajmował

⁵² K. Janicki, *Dzieje...*, s. 53 i n.

⁵³ J. Basinski, *Służba...*, s. 102.

się lekarz garnizonu. W Poznaniu w latach 1926-1930, to jest do czasu likwidacji tego etatu naczelnym lekarzem garnizonu był mjr dr Wiesław Świgoń.

Po zakończeniu wojny szpital poznański otrzymał nazwę VII Szpital Okręgowy. W 1922 roku liczba łóżek wynosiła 500 w oddziałach: chirurgicznym, wewnętrznym, zakaźnym, laryngologicznym, okulistycznym, neurologiczno-psychiatrycznym, skórno-wenerycznym, ginekologiczno-położniczym. Istniały pracownie rentgenologiczna i bakteriologiczna, przychodnia dentystyczna oraz apteka szpitalna, będąca jednocześnie apteką okręgową, zaopatrującą inne oddziały medyczne w leki i materiały sanitarne. Pracą szpitala kierował komendant, mający od 1930 roku zastępcę, którym z urzędu był komendant kadry zapasowej szpitala. Komendantami szpitala okręgowego byli w latach 1922-1939: płk dr Stefan Janiszewski (1922-1925), płk dr Gustaw Zaręba (1925), płk dr Leonard Jarociński (1925-1927), płk dr Zygmunt Szarf (1927), płk dr Marian Witkowski (1927-1929), płk doc. dr Teofil Kucharski (1929-1939) i płk dr Felicjan Wołkowiński⁵⁴.

Szpital wojskowy wraz z jego zapleczem mobilizacyjnym przechodził liczne zmiany, wynikające z przekształceń całego wojska oraz potrzeb związanych z działalnością najważniejszego zakładu leczniczego w okręgu.

W 1925 roku komisja wyznaczona przez Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych opracowała projekt budowy szpitala okręgowego, gdyż istniejące budynki nie spełniały warunków nowoczesnego szpitalnictwa. Pomieszczenia szpitalne były zaadaptowane po byłym szpitalu niemieckim i znajdowały się w bardzo złym stanie technicznym. W latach 1926-1927 wykonywano prace remontowe budynku głównego, powiększając jego powierzchnię, co jednak nie rozwiązało kłopotów lokalowych szpitala. W roku 1931 w budynku szpitalnym przy ul. Wały Jana III uruchomiono przychodnię chorób dziecięcych, której kierownikiem była dr Bogusława Kucharska. Prowadziła ona oprócz działalności leczniczej także szeroka profilaktykę, co miało duże znaczenie przy wysokiej ówczesnej śmiertelności niemowląt⁵⁵.

W roku 1930 przeprowadzono remont generalny budynku oddziału ginekologicznego i pracowni radiologicznej, w roku 1932 remont oddziału skórno-wenerycznego i zakaźnego. Przebudowano także salę operacyjną i wyposażono ją w nowoczesne, parowe urządzenia do odkażania. W budynku głównym szpitala założono gabinet hydroterapii i otwarto przychodnię przeciwgruźliczą. Unowocześniono kuchnię szpitalną i w podwórzu szpitala wybudowano szklarnię pozwalającą hodować warzywa na potrzeby szpitala. Osiągnięto warunki

⁵⁴ K. Janicki, *Dzieje...*, s. 96 i n. oraz aneksy.

⁵⁵ Tamże.

odpowiadające wymogom nowoczesnej placówki. W latach 1933-1935 kosztem 550 tysięcy złotych wybudowano przy ul. Wały Jana III nowy pawilon szpitala o kubaturze 17 tysięcy metrów sześciennych. W nowym budynku umieszczono w piwnicy: pracownię chemiczno-bakteriologiczną, łaźnię z odkażalnią, magazyny, kotłownię, skład opału. Przychodnie specjalistyczne, bibliotekę, komisję wojskowo-lekarską, poczekalnię, izbę przyjęć, wartownię i pomieszczenia gospodarcze na parterze. Pierwsze piętro zajmował oddział okulistyczny z salą operacyjną oraz oddział laryngologiczny. Na drugim piętrze znajdowały się pomieszczenia dla pielęgniarek, spiżarnia, jadalnia oraz sale dla kobiet z oddziałów okulistycznego i laryngologicznego. Była to ostatnia inwestycja prowadzona w tym szpitalu⁵⁶.

Ważnymi jednostkami organizacyjnymi szpitala były formacje sanitarne realizujące zadania mobilizacyjne. Początkowo była to kompania sanitarna zapasowa, później batalion sanitarny, a w latach trzydziestych kadra zapasowa szpitala. Według „Tymczasowej organizacji zakładów sanitarnych” z 1919 roku każdy szpital okręgowy mobilizował od 7 do 10 szpitali polowych, 2-3 pralnie polowe, 2-3 ambulatoria dentystyczne, 4-5 ruchomych kolumn dezynfekcyjnych, 2-3 czołówki chirurgiczne, 3 pociągi sanitarne, 1 pociąg dezynfekcyjno-kąpielowy, 1-3 kolumn sanitarnych samochodowych, 1 odwszalnię. W Okręgu Korpusu VII pracowała Kompania Zapasowa Sanitarna VII, której pierwszym dowódcą był ppłk Stefan Janiszewski. Zadaniem kompanii było mobilizowanie i szkolenie oficerów, podoficerów i sanitariuszy na potrzeby jednostek sanitarnych okręgu, uzupełnienie ludzi i sprzętu, zaopatrzenie medyczne pododdziałów. Kompania Sanitarna Zapasowa została w 1922 roku przekształcona w Batalion Sanitarny nr 7 z siedzibą w Poznaniu. Składał się on z dowództwa batalionu, w skład którego wchodził: dowódca, adiutant, lekarz batalionu, kwatermistrz, płatnik, oficer personalny, lekarz instruktor, z trzech kompanii szkolnych, kompanii podoficerów i inspektoratu koni. Pierwszym dowódcą batalionu był ppłk dr Józef Osmólski. Do zadań batalionu poza szkoleniem personelu dla jednostek sanitarnych okręgu należało prowadzenie ewidencji mobilizacyjnej, demobilizacja jednostek sanitarnych, przejęcie i ewidencjonowanie ich wyposażenia. W 1922 roku, po utworzeniu kadry batalionu liczyła 46 oficerów, 9 chorążych i 55 podoficerów. Etaty batalionu znacznie zmniejszono po demobilizacji w 1925 roku. Działalność batalionu sanitarnego kończy się w 1931 roku, jego zadania przejmuje Kadra Zapasowa Szpitala Okręgowego, której dowódcą był jednocześnie zastępcą komendanta szpitala. Komendantami Kadry Zapasowej 7 Szpitala Okręgowego w Poznaniu byli: do kwietnia 1934 roku ppłk dr Leon Strehl, do grudnia 1937 roku ppłk dr

⁵⁶ Tamże, s. 124.

Roman Tatkowski i do września 1939 roku ppłk dr Bolesław Decowski. W batalionach sanitarnych szkolenie i prowadzenie ewidencji mobilizacyjnej było zadaniem podstawowym.

Dla sprawnego funkcjonowania jednostek służby zdrowia niezbędne było odpowiednie zaopatrzenie sanitarne. Po zakończeniu I wojny światowej w Poznaniu przejęto od Niemców dobrze zaopatrzoną składnicę sanitarną. W 1920 roku przeprowadzono reorganizację zaopatrzenia medycznego, w wyniku której składnica w Poznaniu została ekspozyturą Centralnej Składnicy w Warszawie.

Sprawną pracę poznańskiego szpitala zapewniała dobrze przygotowana kadra, która w dwudziestoleciu międzywojennym ulegała dużym przeobrażeniom. Po zakończeniu pierwszej wojny światowej w skład wojskowej służby zdrowia wchodził lekarze służący w różnych armiach, prezentujący zróżnicowany stopień wykształcenia, umiejętności medycznych i wojskowych. Po demobilizacji w 1921 roku w Wojsku Polskim pozostało około 400 lekarzy, co zaledwie w 60% zabezpieczało potrzeby kadrowe. Powolny wzrost liczby lekarzy od połowy lat trzydziestych nie zapobiegł brakom kadrowym w 1939 roku. W DOGen. Poznań w pierwszym etapie demobilizacji pozostawiono na etacie minimalnym 85 lekarzy, z czego 27 w szpitalu okręgowym. Byli to oficerowie służący przeważnie w armii niemieckiej, o dużym doświadczeniu w pracy cywilnej i w służbie wojskowej. Po zakończeniu demobilizacji w 1924 roku na etacie szpitala okręgowego pozostało 15 oficerów, w tym 7 lekarzy, 5 podlekarzy, 1 stomatolog i 2 aptekarzy. Komendantem szpitala był płk lek. Stefan Janiszewski. Taka obsada kadrowa nie zaspakajała potrzeb szpitala, w związku z czym zatrudniano cywilnych lekarzy kontraktowych. W 1929 roku komendantem poznańskiego szpitala okręgowego został ppłk dr Teofil Kucharski, który przez 10 lat miał decydujący wpływ na obraz szpitala. W roku 1939 kierownicze stanowiska zajmowało 24 oficerów i 2 pracowników cywilnych: komendant płk dr Teofil Kucharski, pomocnik komendanta kpt. Franciszek Usarz, starsi ordynatorzy oddziałów: ppłk dr Stanisław Linke, ppłk dr Tadeusz Bętkowski, płk dr Felicjan Wołkowiński, płk dr Stanisław Naramowski, mjr dr Kazimierz Fritz, ppłk dr Jan Małuj, mjr dr Wacław Waligórski, lek. Józef Dreyza, dr Tadeusz Kazimierski, kierownik pracowni bakteriologicznej mjr dr Ryszard Silimski, kierownik pracowni rtg. ppłk dr Wacław Kozłowski, kierownik przychodni dentystycznej kpt. lek. Jerzy Pawluć, kierownik apteki kpt. mgr Jan Nietupski. Kadra Zapasowa Szpitala okręgowego liczyła 11 oficerów, jej komendantem i zastępcą komendanta szpitala był ppłk Bronisław Desowski. Kapelanem szpitala był ksiądz kpt. Mieczysław Paszkiewicz⁵⁷.

⁵⁷ K. Janicki, *Struktura i organizacja służby zdrowia w Poznaniu w okresie międzywojennym*, „Kronika Miasta Poznania”, nr 1 *Za murem...*, 2005, s. 258.

Ważną częścią kadry zawodowej byli podoficerowie sanitarni, których było początkowo około 20, a pod koniec lat trzydziestych ich liczba wzrosła do 40. Byli oni urzędnikami niższego szczebla, pracownikami kancelarii oraz brali udział w szkoleniu sanitariuszy. Szpital zatrudniał też 25 zawodowych pielęgniarek, których przełożoną w latach trzydziestych była Zofia Wiłkoniewska.

W dwudziestoleciu międzywojennym na działalność leczniczo usługową poznańskiego szpitala miała wpływ sytuacja zdrowotna nie tylko w okręgu poznańskim, ale całego kraju, gdyż do wojska wcielano ludzi z regionów zróżnicowanych pod względem zachorowalności, warunków życia, przestrzegania zasad higieny⁵⁸.

Według ustaleń Kazimierza Janickiego najpoważniejszym problemem wojskowej służby zdrowia były choroby infekcyjne przewodu pokarmowego – dur brzuszny, czerwotka oraz gruźlica, choroby weneryczne i jaglica. Dzięki wprowadzeniu obowiązkowych szczepień przeciwko ospie, durom i cholerze oraz działaniom higieniczno sanitarnym w końcu lat dwudziestych udało się uzyskać spadek zachorowań na te choroby powodujące dużą wykuszalność w armii. Na ocenę stanu zdrowia żołnierzy rzutowała należąca do najbardziej rozpowszechnionych chorób w Polsce gruźlica. Była ona najczęstszą przyczyną zgonów w polskiej armii. Najwięcej zachorowań występowało wśród kadry podoficerskiej, zwłaszcza w latach 1923 i 1931. Najwięcej przypadków gruźlicy występowało w okręgach krakowskim, lubelskim i łódzkim, a najmniej w poznańskim. Żołnierze, u których wykryto gruźlicę byli zwalniani do rezerwy. Odsetek zwalnianych poborowych wynosił 10-12%, co tłumaczy się tym, że wcielano roczniki, które w czasie swojego dzieciństwa przebywały w złych warunkach bytowych, wywołanych wojną⁵⁹.

Warunki ekonomiczne i epidemiologiczne Wielkopolski oraz dobra praca wojskowej służby zdrowia okręgu, a szczególnie Szpitala Okręgowego w Poznaniu powodowały, że sytuacja zdrowotna Okręgu Korpusu VII była najlepsza w całym wojsku.

Poza działalnością leczniczą ważnym zadaniem szpitala było orzekanie o stanie zdrowia żołnierzy i osób cywilnych, kierowanych przez organy wojskowe. Kadra lekarska szpitala okręgowego prowadziła również działalność naukową i społeczną. W Poznaniu funkcjonowały liczne towarzystwa naukowe obejmujące praktycznie wszystkie specjalności medyczne oraz organizacje wojskowe, powstałe w skali całej armii z oddziałami okręgowymi. W okresie dwudziestolecia trwało nieprzerwanie, mimo licznych zmian organizacyjnych kształcenie podyplomowe lekarzy. Ogółem w latach 1919-1939 działało w Poznaniu 25

⁵⁸ A. Felchner, *Służba...*, s. 202.

⁵⁹ K. Janicki, *Dzieje...*, s. 110 i n.

medycznych towarzystw naukowych. W tym czasie ukazywało się 12 tytułów czasopism medycznych, w których publikowali także sporadycznie lekarze 7 Szpitala Okręgowego, korzystający głównie z łamów „Lekarza Wojskowego”. Wszyscy lekarze szpitala okręgowego należeli do Towarzystwa Wiedzy Wojskowej, Ligi Ochrony Przeciwlotniczej i Przeciwgazowej, Wojskowego Klubu Sportowego oraz do Towarzystwa Inwalidów i Sierot po Lekarzach Wojskowych. Obowiązkowo prenumerowano Lekarza Wojskowego i Polskę Zbrojną oraz Przegląd Intendencki przez oficerów kwatermistrzostwa. Lekarze wojskowi mieli możliwość uczestniczenia w zjazdach i kongresach organizowanych przez Sekcję Sanitarną Towarzystwa Wiedzy Wojskowej. Działalność naukowa pracowników szpitala była zdominowana przez jego komendanta płk Teofila Kucharskiego, którego prace w dziedzinie endokrynologii (nauka o gruczołach wydzielania wewnętrznego) były pionierskimi badaniami w skali kraju. Płk Kucharski godził działalność naukowo-badawczą i leczniczą z wieloma obowiązkami administracyjnymi i reprezentacyjnymi Komendanta 7 Szpitala Okręgowego. Opublikował łącznie 48 prac naukowych w czasopismach cywilnych i wojskowych. W roku 1929 habilitował się na podstawie pracy „Wpływ wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej na ustrój ludzki”. W okresie międzywojennym będąc pacjentem kilku szpitali napisał książkę „Zasady żywienia szpitalnego”. W 1939 roku został profesorem Uniwersytetu Poznańskiego, a po wojnie krótko pełnił obowiązki Kierownika Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Poznańskiego. Inni lekarze poza publikacjami w *Lekarzu Wojskowym* i działalnością w kole naukowym lekarzy wojskowych przy szpitalu okręgowym rzadko publikowali w czasopismach fachowych cywilnych. Wygłaszano referaty, omawiano przypadki kliniczne, zapoznawano się z nowościami z taktyki sanitarnej. Zapraszano prelegentów z zaprzyjaźnionych armii, pracowników naukowych klinik uniwersyteckich i innych znawców przedmiotu. Zebrania te odgrywały istotną rolę w kształceniu na szczeblu szpitala i środowiska poznańskiego. Pracownicy szpitala okręgowego byli także zapraszani na wykłady w Centralnej Szkole Wojskowej Gimnastyki i Sportów w Poznaniu, której komendantami byli lekarze wojskowi. Centralna Szkoła Gimnastyki i Sportów działała w Poznaniu w latach 1921-1929, kiedy to utworzono w Warszawie Centralny Instytut Wychowania Fizycznego⁶⁰.

Bardzo ważną sprawą było kształcenie podyplomowe lekarzy wojskowej służby zdrowia. Mimo tego, że przed II wojną światową w Polsce nie było specjalizacji w dzisiejszym pojęciu, to w wojsku prowadzono doksztalcenie zawodowe uruchamiając między

⁶⁰ Szerzej patrz: J. Karwat., *Centralna Szkoła Wojskowa Gimnastyki i Sportów w Poznaniu 1921 -1929*, „Wojskowy Przegląd Historyczny”, nr 3, Warszawa 1993.

innymi od 1923 roku podyplomowe kursy specjalistyczne, początkowo jednoroczne, wydłużone w drugiej połowie lat dwudziestych do dwóch lat. Oprócz pogłębiania wiedzy z danej dziedziny klinicznej, obejmowały również taktykę sanitarną, higienę wojskową i obronę przeciwgazową. Z poznańskiego szpitala ukończyli je późniejsi ordynatorzy dr T. Kucharski, dr J. Małuj i dr W. Waligórski. Doksztalcanie prowadzono w Warszawie, a od początku lat trzydziestych także w szpitalach okręgowych. W VII Szpitalu Okręgowym, którego komendant był samodzielnym pracownikiem naukowym takie kursy prowadzono z zakresu chorób wewnętrznych. Oficerów lekarzy korpusu służby zdrowia kształcono także pod względem wojskowym w Wyższej Szkole Wojennej, przyjmując dwóch rocznie. Nie było wśród nich lekarzy szpitala poznańskiego⁶¹.

Najważniejszym jednak zadaniem wojskowej służby zdrowia, zwłaszcza w obliczu zagrożenia wojennego było przygotowanie się do zmobilizowania i rozwinięcia jednostek medycznych zabezpieczających potrzeby walczących wojsk. Mobilizacja jest to planowa rozbudowa ze stanów i struktur pokojowych na wojenne, przy wykorzystaniu wydzielonych rezerw osobowych, środków transportowych i zapasów materiałowych, nagromadzonych celowo, bądź to w wojsku, bądź to w gospodarce narodowej

W przygotowaniach do działań wojennych przewidywano, że sanitariat wszystkich wielkich jednostek armii Poznań wejdzie do akcji w pełnym składzie etatowym. Kompanie sanitarne i szpitale polowe miały bardzo krótkie, bo zaledwie 2 lub 3 dniowe terminy mobilizacyjne.

Kompanie sanitarne mobilizowały się w dniach 24-26 sierpnia dla 17 Dywizji Piechoty w Gnieźnie, dla 25 Dywizji Piechoty w Kościelnej Wsi pod Kaliszem, dla 14 Dywizji Piechoty na wschód od Poznania, pluton sanitarny Wielkopolskiej Brygady Kawalerii 29 sierpnia skierowany został do Śremu. Kompania sanitarna 26 Dywizji Piechoty zmobilizowana została na terenie IV DOK już w marcu 1939 roku.

Mobilizacja jednostek służby zdrowia armii „Poznań” przebiegała bez większych zakłóceń i była należycie przygotowana tak pod względem organizacyjnym, jak i personalnym. Organiczna służba zdrowia armii liczyła 140 lekarzy, w innych armiach rezerwy służby zdrowia przy pełnej mobilizacji były niewystarczające.

7 Szpital Okręgowy po wykonaniu zadań mobilizacyjnych rozpoczął w pierwszych dniach września przygotowania do ewakuacji. Po objęciu w sierpniu stanowiska Szefa Służby Zdrowia Armii Poznań przez płk T. Kucharskiego komendantem wojennym szpitala

⁶¹ K. Janicki, *Dzieje...*, s. 134.

okręgowego został płk dr Guda-Wołkowiński. Kadre szpitala uzupełniono powołując lekarzy rezerwy. 4 września 1939 roku transportem kolejowym szpital dociera do Kutna, gdzie rozpoczęto prace związane z organizacją szpitala ewakuacyjnego armii na bazie szpitala cywilnego i koszar 37 pułku piechoty. Eszelon 7 Szpitala Okręgowego po wielu trudach i bombardowaniach lotniczych dotarł w rejon Żychlina, gdzie po częściowym wyładowaniu zaczął współpracować ze szpitalami Armii „Pomorze” w m. Pniewo przez okres 3 dni.

W dniu 9 września sytuacja służby zdrowia była bardzo trudna. Nie było możliwości ewakuacyjnych za pomocą pociągów sanitarnych na skutek odcięcia przez Niemców linii kolejowej przez Łowicz, Sochaczew na Warszawę, szczupła była baza łóżkowa szpitali cywilnych, nie było możliwości uzupełnienia zaopatrzenia w leki i środki opatrunkowe, brakowało środków transportu. W czasie bitwy nad Bzurą personel sanitarny działał bardzo ofiarnie i w czasie uderzenia Armii „Poznań” na Stryków zgodnie z zasadami zabezpieczenia medycznego określonymi w instrukcjach na czas wojny. Również ewakuacja odbywała się przez punkty opatrunkowe do szpitali polowych lub do Szpitala ewakuacyjnego w Kutnie, który w nocy z 10 na 11 września przyjął 3500 rannych.

Dywizje piechoty biorące udział w natarciu na Stryków rozwinęły przez swe kompanie sanitarne główne punkty opatrunkowe i szpitale polowe (14 DP w Piekarach, 17 DP w Nowej Wsi i 25 DP w Miłonicach). Były duże trudności w ewakuacji, udzieleniu odpowiedniej pomocy i zaopatrzeniu dużej liczby rannych (około 7300). Szpitale polskie przyjęły również około 800 rannych żołnierzy niemieckich, głównie z 30 DP. W dniach 13 i 14 września łączna liczba rannych sięgała 2900, a kompanie sanitarne i szpitale polowe nie rozwijały się, lecz udzielały pomocy w marszu⁶².

Według szacunkowych danych w dniach 19 do 22 września straty sanitarne wyniosły około 6000 poległych i 10 000 rannych. Ranni, którzy znaleźli się w twierdzy Modlin zgrupowani byli przede wszystkim w szpitalu kazuńskim, ci którzy dotarli do stolicy byli leczeni w szpitalach św. Ducha, Dzieciątka Jezus, Ujazdowskim i nieliczni w innych szpitalach warszawskich. Do twierdzy Modlin dotarł naczelnny chirurg Armii „Poznań” kpt. prof. dr Antoni Jurasz, który wzmocnił zespoły chirurgiczne twierdzy. Został wyznaczony komendantem szpitala w Modlinie i pełnił funkcję naczelnego chirurga. Pracował tam aż do kapitulacji twierdzy, a po niej opiekował się chorymi do czasu przeniesienia ich do Szpitala Ujazdowskiego.

⁶² Tamże, s. 142.

W czasie bitwy nad Bzurą ważną rolę przypadła szpitalom polowym i zaimprovizowanemu szpitalowi ewakuacyjnemu w Kutnie rozwiniętego na bazie szpitala powiatowego, koszar 37 pułku piechoty, gimnazjum i sierocińca. Szpital został przejęty przez władze niemieckie w dniach 16 i 17 września wraz z ponad 9000 rannymi. Ranni żołnierze polscy przebywali w szpitalach kutnowskich do listopada 1939 r.

Duża liczba rannych zalegała w skupisku rannych w Luszyńcu, gdzie na zlecenie władz niemieckich por. dr med. Jan Masełkowski stworzył zaimprovizowany szpital dla 600 rannych. Na jedną dobę skierowano tam dwóch chirurgów niemieckich, którzy po wykonaniu zabiegów wrócili do swego szpitala polowego. W dniach 20 i 21 września przyjechało do Luszyńca kilku lekarzy z Armii „Poznań” z mjr Fritzem na czele. Po ośmiu dniach pracy zaczęto ten szpital likwidować, a rannych przewożono do szpitali łowickich.

Pod koniec września zgodnie z rozkazem gen. T. Kutrzeby budynki Szpitala Ujazdowskiego po ewakuowanym Szpitalu Szkolnym CWSan. zajmuje 7 Szpital Okręgowy i nawiązując do tradycji przyjmuje nazwę szpitala Ujazdowskiego. Szpital ten nazywano „Rzeczpospolitą Ujazdowską”, a nazwę tę wymyślili jeszcze jesienią 1939 roku ranni kawalerzyści z 14 Pułku Ułanów Jazłowieckich. Ta wielce zasłużona lecznica była w czasie okupacji oazą polskości, azylem dla prześladowanych, kryjówką oficerów, terenem działania podziemia. Komendantem szpitala w Ujądowie został płk prof. T. Kucharski, który pełnił tę funkcję od 28 września 1939 roku do 31 marca 1940 roku⁶³.

Od 1942 roku w tej placówce kształcili się przyszli lekarze w ramach Uniwersytetu Ziemi Zachodnich. Kolejnym komendantem został płk dr Leon Strehl, ps. płk Feliks (Szef Sanitarny KG AK w latach 1942-44) i pełnił tę funkcję do 1.08.1944 r. W dniu wybuchu Powstania Warszawskiego komendantem szpitala jest płk Adolf Malinowski, a następnie płk T. Kucharski, który w dniu 6 sierpnia 1944 r. rozpoczął ewakuację placówki do Pruszkowa, Grodziska i Milanówka, następnie do Krakowa – wraz ze szpitalami Warszawa II i Warszawa III. W Krakowie w ostatnim dniu października 1944 r. szpital rozmieszczony został w pojezuickim gmachu przy ul. Kopernika⁶⁴.

⁶³ K. Janicki, R. Stankiewicz, *Pułkownik profesor Teofil Kazimierz Kucharski – w czterdziestolecie śmierci*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1997, nr 1, s. 25.

⁶⁴ Tamże, s. 145.

5. Niemieckie szpitalnictwo wojskowe w Poznaniu w czasie okupacji 1939 r. – 1945 r.

Poznań jako garnizon nie wziął czynnego udziału w kampanii wrześniowej. Niemcy zajęli miasto bez walki 10 września 1939 r. i natychmiast rozpoczęli organizację władzy państwowej, administracji, sił porządkowych oraz gospodarki nowego, niemieckiego kraju – Reichsgau Posen, przemianowanego 29 stycznia 1940 roku na Okręg Rzeszy Kraj Warty (Reichsgau Wartheland). Duża ilość obiektów wojskowych i sąsiedztwo poligonu w Biedrusku sprawiły, że Poznań miał dalej pełnić funkcje garnizonowe. W warunkach wojny zmieniała się obsada wojskowa, formowano tu i reorganizowano różne jednostki wojskowe, utworzono szkoły wojskowe oraz rozbudowano przemysł zbrojeniowy – działały tu między innymi filie zakładów lotniczych Focke – Wolf oraz fabryki broni i amunicji DWM (Deutsche Waffen und Munitionsfabriken). Już 11 września powstał w Poznaniu okręg wojskowy (Militarbezirk von Posen) z gen. Vollard-Bockelbergiem na czele, przekształcony w XXI okręg wojskowy (Wehrkreis XXI), którego nowym dowódcą został gen. Walter Petzel. Poza dowództwem XXI Okręgu Wojskowego na terenie miasta znajdowało się dowództwo II Okręgu Lotniczego (Luftgau-Kommando II) mieszczące się w budynku przy ulicy Śniadeckich. Okręg obejmował swoim zasięgiem obszar Kraju Warty i północną część Generalnego Gubernatorstwa. W okolicy Poznania powstał też ważny węzeł lotniczy z lotniskami Ławica, Krzesiny, Bednary, Ligowiec, Powidz. II Okręg Lotniczy został rozwiązany w styczniu 1943 roku i włączony do I Okręgu Lotniczego (Luftgau I) z siedzibą dowództwa w Królewcu. W 1944 roku terytorium Kraju Warty włączono do VIII Okręgu Lotniczego z dowództwem w Krakowie, a od lutego 1944 roku we Wrocławiu⁶⁵.

Na terenie Poznania powstały też szkoły wojskowe, m.in. szkoła podchorążych piechoty, szkoły podoficerskie, szkoła specjalna nr 21 (tłumacze wojskowi) i inne. W dniu 8 stycznia 1940 r. na Placu Wolności doszło do pierwszego publicznego zaprzysiężenia rekrutów.

We wrześniu 1940 roku Poznań został wyznaczony na siedzibę dowództwa Grupy Armii B, a w październiku do miasta przybył wraz ze swoim sztabem dowódca gen. Fedor von Bock. Ponadto przybyły do Poznania dowództwa 4 i 12 Armii, pięciu korpusów, dziewięciu dywizji piechoty, trzech dywizji pancernych i jednej dywizji zmotoryzowanej. Przez pewien czas Poznań był ich siedzibą. Pobyt ten miał związek z planowaną operacją „Barbarossa”. Od lutego 1941 r. do miasta przybywały nowe oddziały wojsk niemieckich.

⁶⁵ K. Olejnik, *Wyzwolenie Poznania w 1945 roku*, w: *Dzieje Poznania 1918-1945*, t. 3, red. Jerzy Topolski i Zbyszko Chojnicki, Warszawa – Poznań 1998, s. 1509 – 1519.

Było ich tak dużo, że aby je zakwaterować zajmowano polskie szkoły, co w końcu doprowadziło do całkowitego ich zamknięcia 12 kwietnia. W maju przez poznański węzeł kolejowy przechodziły transporty z wojskami kierowanymi na wschód do miejsc koncentracji przed atakiem na ZSRR. Po rozpoczęciu inwazji 21 czerwca 1941 r. Poznań stał się ważnym ośrodkiem logistycznym dla frontu wschodniego. Od jesieni w mieście zlokalizowane zostały magazyny sprzętu i materiałów wojskowych, warsztaty naprawcze, szpitale oraz podobne instytucje. Funkcje logistyczne garnizon poznański pełnił praktycznie do momentu ogłoszenia alarmu bojowego 20 stycznia 1945 roku⁶⁶.

Niemiecki garnizon wykorzystywał obiekty koszarowe znajdujące się na terenie Poznania. Między innymi koszary przy ul. Bukowskiej zajęły zakłady umundurowania, w koszarach artyleryjskich na Golęcinie stacjonowała Szkoła Podchorążych Piechoty nr 5, w magazynach artyleryjskich w okolicy ul. Spornej znajdowała się składnica artyleryjska, w budynkach przy ul. Solnej składy intendencji, a w koszarach przy ul. Księcia Józefa Poniatowskiego należące do wojsk lotniczych pododdziały łączności. W barakach na Golęcinie, znajdujących się na północ od koszar artyleryjskich od listopada 1943 roku stacjonował 500 Szkolno-zapasowy Oddział Dział Szturmowych.

W Poznaniu funkcjonowały obozy jenieckie i więzienia. Już we wrześniu 1939 roku na terenie poligonu w Biedrusku powstał cywilny obóz dla internowanych polskich mężczyzn, do którego kierowano również polskich żołnierzy. Do tego obozu, po zlikwidowaniu 24 października 1939 roku części cywilnej trafiali także jeńcy z armii francuskiej, angielskiej i radzieckiej. W sierpniu 1940 roku w forcie VIII i kilku jego filiach (fort Raucha, Pritwitza, Cytadela) założono obóz jeniecki dla szeregowców i podoficerów), w którym początkowo przetrzymywano Polaków, Francuzów i Anglików, później jeńców radzieckich, a od 1944 roku również Włochów. Liczba przetrzymywanych osób wahała się od 3500 w początkowej fazie jego istnienia, do około 4700 w styczniu 1945 roku, kiedy to obóz został zlikwidowany⁶⁷.

Liczny i o tak zróżnicowanych zadaniach garnizon musiał mieć odpowiednie zabezpieczenie medyczne na czas, kiedy działania wojenne toczyły się daleko od Poznania i później w trakcie samych walk o twierdzę Poznań na początku 1945 roku. Leczeniem specjalistycznym i chorych wymagających hospitalizacji zajmował się szpital wojskowy

⁶⁶ Tamże, s. 1514.

⁶⁷ APP, zespół akt namiestnika Rzeszy (Reichsstatthalter – Posen), *Urządzenie służby pomocy medycznej na czas katastrof Kraju Warty*, sygn. 1903, s. 5.

działający w budynkach dawnego polskiego szpitala okręgowego oraz lazaret wojsk lotniczych w dawnym hotelu „Polonia” przy ul. Grunwaldzkiej.

W armii niemieckiej w czasie pokoju każdy batalion posiadał batalionowy punkt medyczny (Verbandplatzgruppe), który w wypadku działań bojowych stawał się jednostką ruchomą – Truppenverbandplatz (TrVPl). Te jednostki służby zdrowia odegrały ważną rolę w czasie walk o twierdzę Poznań i działały głównie w fortach rozbudowanej w latach 1903-1907 fortyfikacji twierdzy (jednej z 9 dużych – między innymi Królewiec, Toruń, Grudziądz, określonych rozkazem gabinetowym z 23 stycznia 1900 roku). Na odcinku wschodnim w najbardziej na południe wysuniętym na prawym brzegu Warty, w pobliżu kluczborskiej linii kolejowej forcie Roder przy batalionie Werner działał Verbandplatzgruppe z pod lekarzem Sommerem. Około kilometr na południe od wsi Zegrze znajdował się fort II Stulpnagel obsadzony przez batalion Schomaker z punktem medycznym i jednym lekarzem. Na wschód od zbiegu Cybiny z jej prawym dopływem (strumień bez nazwy) był fort III Graf Kirchach obsadzony przez batalion mjr Pflaginga zabezpieczany przez lekarza Kopke z punktem medycznym. Pomiędzy drogą warszawską a linią kolei toruńsko-bydgoskiej w forcie III a Prittwitz stacjonował batalion Styx z lekarzem Stoverem i jego punktem medycznym. W forcie IV Hake ulokowanym w północno-wschodniej części miasta u zbiegu linii kolei toruńsko-bydgoskiej i drogi prowadzącej na północ batalion Hamel zabezpieczany był przez punkt medyczny z lekarzem Hohentalem. Na odcinku Warty rozmieszczone zostały dwa bataliony szkolne (647 na północnym pododcinku i 575 na południowym), w których pracowali lekarze Kossik i Netzler. W obronę odcinka zachodniego włączone były forte: V Waldersee położony na zachód od drogi prowadzącej do Biedruska obsadzony przez batalion Futterer z dwoma lekarzami w punkcie medycznym; VI Titzen po zachodniej stronie drogi prowadzącej w kierunku Piły z batalionem szkolnym zabezpieczanym przez lekarza Siemensa; VII a Strotha obok Marcelina; VIII Grolman w pobliżu drogi prowadzącej do Buku z dwoma lekarzami; Rohl na zachód od Górczyna oraz IX Bruneck na południe od drogi do Leszna, bronione przez batalion Degive z dwoma punktami medycznymi⁶⁸.

Z większości fortów zdobytych przez czerwonoarmistów nie udało się ewakuować rannych żołnierzy i ich los pozostaje nieznany. Uczestnicy walk o twierdzę Poznań wspominają o pospiesznym i źle przygotowanym zabezpieczeniu materiałowym i medycznym walk. Na przykład w forcie IV Hake zeskładowano duże ilości amunicji, podczas gdy nie zdołano nawet do końca rozładować transportu pięści pancernych z wagonów w Starołęce.

⁶⁸ Tamże.

Podobnie było z żywnością i materiałami sanitarnymi, które w jednych miejscach zgromadzono w nadmiarze, podczas gdy w innych musiano zaopatrywać rannych przy pomocy rozerwanych prześcieradeł lub nawet papierem toaletowym⁶⁹.

Wewnątrz utworzonego przez zespół fortów pierścieniu funkcjonowało wiele urządzeń medycznych mających zapewnić poszkodowanym pomoc medyczną o szerszym zakresie. W szpitalu przy Placu Bernardyńskim zorganizowano jednostkę o charakterze głównego punktu opatrunkowego, który przepełniony rannymi dostał się w ręce Rosjan. W szkole inżynierskiej przy rynku na Wildzie utworzono punkt medyczny obrony powietrznej pod kierunkiem dr Ganzkoffa. Punkt ten w trakcie walk przemieszczał się kilkakrotnie przez Jeżyce, centrum miasta aż do cytadeli, gdzie dotarł 17 lutego 1945 roku. W klinice ginekologiczno-położniczej na Jeżycach utworzono „lazaret pomocniczy”, w którym dr Goger z kilkoma asystentami i z polskimi zakonnicami opiekował się licznymi rannymi. Wraz z przesuwaniem się działań bojowych w kierunku centrum miasta utworzono tu główny punkt opatrunkowy (Hauptverbandplatz), w którym do ewakuacji wykonano ponad 370 operacji rannych żołnierzy. Po silnym ostrzale budynków kliniki przeniesiono działalność tego punktu do piwnic hotelu „Ostland”, a następnie do budynków rzeźni i w końcu do cytadeli. W trakcie tych przemieszczeń powstały znaczne straty w ludziach, tak że zaledwie około 50 rannych, pielęgniarek i lekarzy dotarło do cytadeli, pod silnym ostrzałem przeciwnika. W północno-zachodniej części centrum miasta utworzono punkt opatrunkowy w kościele św. Wojciecha. Punkt ten również pod koniec walk ewakuowano do cytadeli. Prowizoryczny punkt opatrunkowy działający na północ od cytadeli został 13 lutego zajęty przez czerwonoarmistów, a pozostający tam ranni, zdolni do marszu przeszli do obozu na Dębcu. W trakcie chaotycznych ewakuacji część rannych ze śródmieścia ewakuowano do fortu V (Waldersee), gdzie dostali się 16 lutego do niewoli. Trzy interesujące stanowiska medyczne zorganizowano na odcinku wschodnim. Lekarz sztabowy dr Runckel zabezpieczający sztab wschód i rezerwowy batalion wschód zorganizował w forcie przy kościele św. Rocha punkt medyczny, który po przejęciu rannych z batalionów Werner i Schomaker rozwinął się w główny punkt opatrunkowy (Hauptverbandplatz). Został on 11 lutego opuszczony, a ranni przetransportowani do lazaretu w fabryce Nivea i klasztorze na Śródcie, na początku drogi warszawskiej. Do przekształconej na urządzenia medyczne fabryki Nivea dotarła część zniszczonego w czasie walk w mieście lazaretu polowego pod dowództwem lekarza sztabowego Moritza, który początkowo pracował przy ul. Grunwaldzkiej i przy

⁶⁹ *Zu den Lazaretten*, „Nachrichtenblatt“ nr 36 z 1988 r.

komendanturze śródmieście-północ. Z liczącej 20 ludzi tej jednostki 16 uznaje się za zaginionych. 16 lutego przekazano fabrykę Rosjanom, którzy pozostawili w niej niezdolnych do marszu rannych, a innych skierowali do punktów zbiórki w forcie Prittwitz i na Dębcu. Po kilku tygodniach pozostawieni w fabryce Nicea ranni zostali przetransportowani do klasztoru. Kolejny w tym rejonie główny punkt medyczny określany też jako lazaret zlokalizowany był w klasztorze będącym szkołą dla głuchoniemych, znajdującym się na południe od fabryki Nivea, na początku drogi warszawskiej (Śródka). Lekarzem kierującym był lekarz sztabowy Ehring. 16 lutego również ten lazaret wraz z 450 rannymi został zajęty przez Rosjan. W lazarecie pozostali oprócz lekarza Nehringa asystenci-lekarze Sager i Hohental. W końcu kwietnia 1945 roku ranni pozostający w lazarecie „klasztór” przeniesieni zostali na Sołacz. Na odcinku wschodnim został utworzony kolejny lazaret w zakładzie energetycznym leżącym na wschodnim brzegu Warty przy moście kolejowym. Znajdujący się tutaj ciężko ranni nie mogli zostać ewakuowani przez zniszczony most na rzece. Według *Nachrichtenblatt* nr 35/1988 (E. Hentze) ranni niezdolni do marszu zostali zabici miotaczami płomieni przez zajmujących lazaret żołnierzy radzieckich.

W trakcie walk o miasto i zmniejszania się obszaru zajmowanego przez Niemców najwięcej rannych przyjmował lazaret zlokalizowany w zamku. 2 lutego zamek został zajęty przez Rosjan, którzy wyprowadzili stąd cały personel medyczny, pozostawiając rannych. Według „*Nachrichtenblatt*”⁷⁰, w którym powołano się także na opublikowany autorstwa Kazimierzy Talarczyk artykuł w gazecie „*Głos Wielkopolski*”, przez kilka tygodni funkcjonowania w zamku lazaretu dla jeńców wojennych panował tu głód, brud i szerzyły się choroby zakaźne, zwłaszcza czerwotka oraz choroby przyranne. Wkrótce po zajęciu zamku Rosjanie częściowo go opróżnili, tworząc miejsca dla rannych z Pomorza i rejonu Odry. Zamek w tym czasie był przepełniony rannymi, brakowało leków i środków opatrunkowych. Budynek był bardzo zniszczony, toalety brudne i zapchane. W korytarzach wzdłuż ścian leżały zwłoki w brudzie i wydalinach, co świadczyło o panującej czerwonce, niektóre po zastrzeleniu, co czyniono przy najdrobniejszych przewinieniach. Wszyscy ranni byli zawszeni, większość ran prowadziła do gangreny i śmierci. W ciągu pierwszych trzech tygodni z około 3000 rannych i chorych zmarło około 1800, pozostali zostali przetransportowani do lazaretu na Sołacz. Na zwolnione miejsca przyjmowano kolejnych

⁷⁰ G. Baumann, *Als das Schloss noch Lazaret*, „*Nachrichtenblatt*”, nr 56, 1998.

rannych, z których również wielu zmarło. Według niemieckich sanitariuszy i grabarzy pochowano tu około trzech tysięcy zmarłych⁷¹.

W czasie trwania walk problem opieki nad rannymi stawał się dla Niemców coraz trudniejszy do rozwiązania. Według niepełnych danych 30 stycznia było ponad 2 tysiące rannych, z czego 600 wymagało pilnego odtransportowania do leczenia specjalistycznego. Od 4 lutego w twierdzy było tylko około 2800 zdolnych do walki, a meldunek komendanta twierdzy mówi o przejściu przez Rosjan czterech lazaretów z 2310 rannymi. 11 lutego ogólna liczba rannych wynosiła 5200, przy ograniczonych możliwościach ich leczenia.

Ważnym elementem zabezpieczenia medycznego był w tym czasie transport lotniczy, który umożliwiał ewakuację ciężko rannych żołnierzy do szpitali na terenie Niemiec. Działaniami lotnictwa w twierdzy dowodził oficer o nazwisku Breuer, który po upadku twierdzy został według relacji uczestników walk zastrzelony w trakcie przesłuchania przez radzieckich oficerów, kiedy to odmówił przekazania uzgodnionych sygnałów dla przylatujących i odlatujących samolotów transportowych.⁷²

Po wczesnym zajęciu przez Rosjan głównego lotniska na zachodzie miasta transport lotniczy mógł odbywać się tylko z lotniska pomocniczego oznaczonego „łąka Zeppelina” (Zeppelinwiese). Wobec braku miejsc w samolotach, jak podają naoczni świadkowie⁷³, zgodnie z rozkazem Hitlera w pierwszej kolejności powinni być ewakuowani odznaczeni krzyżem rycerskim. Starty i lądowania odbywały się nocami i stawały się coraz trudniejsze w miarę zacieśniania się pierścienia oblężenia. Przy dobrej pogodzie i szczęściu pilotów udawało się ewakuować w ciągu jednej nocy do 150 rannych. Lotnisko pomocnicze było zabezpieczane przez 216 baterię 88 mm dział przeciwlotniczych, których obsługa przeładowywała też rannych z samochodów do samolotów. Ze względu na warunki atmosferyczne 1 lutego lądował tylko jeden samolot, który wywiózł kobiety i dzieci, a do 4 lutego tą drogą udało się ewakuować Niemcom jeszcze około 400 rannych.⁷⁴ Od 5 lutego skończyła się możliwość lądowania niemieckich maszyn w Poznaniu.

23 lutego zakończyły się walki o twierdzę Poznań. Nieznana jest dokładna liczba rannych niemieckich żołnierzy znajdujących się w cytadeli (Kernwerk) przed podpaleniem części bunkrów miotaczami płomieni i wysadzeniem ich w powietrze. 16 lutego znajdowało się tam około 2000 rannych, z których wielu zostało ewakuowanych przez Rosjan, chociaż sprawiających trudności ewakuacyjne pozostawiono w ruinach. Ocenia się, że ogólna liczba

⁷¹ K. Talarczyk, *Kiedy Zamek był lazaretem*, „Głos Wielkopolski” z 23.07.1998 r, s. 4.

⁷² Sydow, Czesnat, *Über den Sanitätsdienst In der Festung POSEN*, „Nachrichtenblatt“, nr 35/1988, s. 72.

⁷³ „Nachrichtenblatt“, nr 35/1988, rel. H. Neuchaus. s. 82.

⁷⁴ H. Schulz, *Über den Sanitätsdienst in der Festung Posen*, „Nachrichtenblatt“ nr 35/1988, s. 42

rannych w końcu działań bojowych wynosiła około 4 tysiące. Zdolni do chodzenia maszerowali ulicami miasta w kilkudniowych „marszach propagandowych” organizowanych dla radzieckiej kroniki filmowej. Wielu z nich w trakcie przemarszów zostało zabitych. Zdumieni budzi określenie przez Niemca opisującego tamte wydarzenia w „Nachrichtenblatt” mieszkańców Poznania radujących się z powodu zakończenia krwawej, ponad pięcioletniej okupacji, wśród których maszerowali pokonani okupanci jako „sfanatyzowany motłoch” (fanatisierten Pobel)⁷⁵.

Wielu niemieckich rannych trafiło po zakończeniu walk do zorganizowanych w Poznaniu obozów jenieckich. Warunki panujące w tych obozach niepokoiły także Rosjan, którzy obawiali się możliwości wybuchu wśród rannych różnych epidemii, które mogły przenieść się na nich. Nakazano zorganizowanie lazaretu dla jeńców w obozie na Sołacz (Kuhndorf) w barakach, które zajmowane były przez 500 szkolny, zapasowy batalion dział szturmowych. Od 12 marca wszyscy ranni z Poznania byli do tego obozu przekazywani, później dołączali do nich ranni z innych odcinków frontu. Również wszyscy lekarze, którzy dostali się do niewoli zostali skierowani do obozu na Sołacz. W zorganizowanym tutaj lazarecie uruchomiona została sala operacyjna z kilkoma stołami do zabiegów. W jednym baraku znajdowało się około 20 sal dla chorych, obłożonych początkowo przez 20 do 30 rannych każda, pokój opatrunkowy, umywalnie i w.c. oraz pokoje dla sanitariuszy i radzieckich pielęgniarek. Obłożenie baraków zmieniało się granicach 300 do 650 rannych. Kiedy zaczęło brakować miejsca w barakach z powodu napływu rannych z frontu nad Odrą wprowadzono piętrowe prycze drewniane, co umożliwiło podwojenie liczby przyjmowanych pacjentów. Lazaretem kierowała lekarka w stopniu majora dr Bachtariowa, mająca do pomocy kilka lekarek i pielęgniarzy, którzy nadzorowali pracę niemieckich lekarzy i sanitariuszy. Aby zapobiec powstawaniu epidemii dbano o czystość i przestrzegano zasad higieny. Raz w tygodniu odbywała się kąpiel, co 10 dni wymieniano bieliznę i dezynfekowano koce. Jedzenie było wprawdzie nie nadzwyczajne, jednak starczające na tyle, że jeńcy przestali głodować. Chociaż wymagania odnośnie przestrzegania zasad higieny, wyżywienie i opieka medyczna były lepsze niż w dotychczasowych lazaretach, to jednak w maju 1945 roku doszło tutaj do wybuchu poważnej epidemii czerwonki i tyfusu, powodującej liczne zgony⁷⁶.

W Poznaniu utworzono trzy duże obozy dla jeńców (Dębiec, obóz policyjny i więzienie NKWD). Najbardziej znany jest obóz na Dębcu, w południowej części miasta.

⁷⁵ Patrz przyp. nr 7.

⁷⁶ Patrz również: O. Jörn, *Walczyłem w oblężonym Poznaniu*, Poznań 2005, s. s. 50 – 54.

Oznaczony był numerem 173/1 i został w styczniu 1945 roku urządzony i otoczony płotem z drutu kolczastego przez pierwszych wziętych do niewoli oraz przewiezionych z innych obozów m.in. niemieckich antyfaszystów. Wcześniej znajdował się tutaj obóz dla cudzoziemskich robotników pracujących w Deutsche Waffen-und Munitionsfabriken (Zakłady H. Cegielskiego). Położony był w pobliżu fortu IXa Witzleben, na zachodzie dochodził aż do linii kolejowej prowadzącej do Wrocławia. Obóz ten został znacznie powiększony dla wziętych do niewoli. Część rannych z zamku zanim 5 lutego trafiła do obozu na Dębcu została skierowana marszem do Swarzędza i na powrót do Poznania przez zamarzniętą Wartę, na której lodzie stała kilkucentymetrowa warstwa wody. Z biegiem czasu warunki w obozie dębieckim się poprawiały, urządzono nawet szpital obok głównego obozu. Mimo to w miesiącach marcu, kwietniu i maju zmarło tu około 800 jeńców. Przetrzymano tutaj tylko lekko rannych i chorych, natomiast ciężiej ranni kierowani byli do obozu na Sołacz. Pod koniec wojny w obozie w Dębcu znajdowało się do 30 tysięcy jeńców, z których część dostała się do niewoli nad Łabą i pieszym marszem przez Berlin dotarła do Poznania. Z Dębca kierowały się transporty kolejowe z byłymi żołnierzami na wschód. Ozdrowieńcy z lazaretu na Sołacz byli w 500 osobowych grupach przekazywani do obozu w Dębcu w celu dalszego transportu do ZSRR.

Przed rozpoczęciem działań bojowych w Poznaniu funkcjonowało kilka szpitali i lazaretów:

1. Wybudowany w 1910 roku Szpital Diakonysek, który był wtedy najnowocześniejszym szpitalem dla ludności cywilnej. Został on przekształcony w lazaret III, który początkowo zajmował tylko część budynków szpitala, położonych przy ul. Przybyszewskiego, a później przejął większą część kompleksu budowli przy ul. Grunwaldzkiej. Kierował tym lazaretem starszy lekarz sztabowy dr Kremser.
2. Przy ulicy Grunwaldzkiej, w sąsiedztwie ulicznych bloków, wtedy już poza miastem w dziewięciu parterowych barakach umieszczono lazaret sił powietrznych.
3. Lazaret II mieścił się w kilkupiętrowym budynku na początku ulicy Grunwaldzkiej, który w 1929 roku został oddany do użytku jako hotel Polonia w związku z planowaną wystawą krajową. Na jego dachu w czasie wojny umieszczono znak czerwonego krzyża informujący załogi wrogich samolotów o przeznaczeniu budynku.
4. Lazaret I znajdował się na tzw. Górnym Wale i kiedy ilość łóżek w nim okazała się niewystarczająca, został do niego przyłączony lazaret rezerwowy w szkole znajdującej się naprzeciw kina Metropol. Jego budynki zostały w czasie walk zniszczone.

5. W szpitalu Niemieckiego Czerwonego Krzyża przy Placu Bernardynów powstał główny punkt opatrunkowy, przekształcony później w lazaret pomocniczy.
6. Klinika ginekologiczna przy ulicy Polnej w dzielnicy Jeżyce przed rozpoczęciem walk posiadała ponad 100 łóżek. Początkowo założono w niej główny punkt opatrunkowy, który dzięki dużym możliwościom operacyjnym i liczbie posiadanych łóżek przekształcony został w lazaret pomocniczy, w którym dr Goger wraz z asystentami przeprowadził w czasie walk ponad 370 operacji. Lazaret ten ewakuował się w czasie zajmowania Jeżyc przez Rosjan do hotelu Ostland.
7. W budynkach fabryki Nivea zajętych przez jednostkę szkolną zainstalowany został przez lekarza weterynarii, oficera tej jednostki prowizoryczny punkt opatrunkowy, który później został przejęty przez jednostkę sanitarną z Warszawy z chirurgiem, lekarzem sztabowym dr Martiusem ⁷⁷.

W czasie wojny zostały utworzone w Niemczech lazarety pomocnicze i rezerwowe, do których ewakuowano rannych i chorych żołnierzy z punktów opatrunkowych. Według dr Kriese tylko 400 rannych w czasie walk o Poznań żołnierzy od 27 stycznia do 4 lutego 1945 r. zdołano ewakuować do dalszego leczenia w kraju. Ewakuacja odbywała się z pomocniczego lądowiska, w trudnych warunkach po zajęciu lotniska w Ławicy przez Rosjan.

Znane są nazwiska, stopnie wojskowe i zajmowane stanowiska większości niemieckich lekarzy pracujących w Poznaniu w roku 1945 w czasie walk i później w niewoli radzieckiej. Według danych instytucji Pomost są to starsi lekarze sztabowi: Geuder lekarz cytadeli, Kremer szef lazaretu wojsk lotniczych przy ul. Grunwaldzkiej, Wanke z polowego lazaretu nr 45 poległy 05.02.1945 r., Weisswange i Thiele pracujący w zamku i następnie w Gołęczynie. Lekarze sztabowi: Bejenke – lekarz cytadeli, Ehring w V szkole, punkcie opatrunkowym i Gołęczynie, Froidevauks w forcie Roleder, zaginiony, Hohenthal – w V szkole, forcie Hake i lazarecie I, Komarek w cytadeli, Martius w Nivea lazarecie i Gołęczynie, Metschuart i Rose dentyści w bazie lotniczej, Reisener w Gołęczynie, Roeder w 45 lazarecie polowym, zaginiony, Runkel w głównym punkcie opatrunkowym w forcie Rauch, następnie w fabryce Nivea, Siemers w punkcie opatrunkowym fortu Tietzen, Stelleiter i Umhau w Gołęczynie, Skakitz w lazarecie I, Schellenberg w punktach opatrunkowych, Walter w fabryce Nivea, Zube w polowym lazarecie nr 45, zaginiony od 02.02. 1945 r. Lekarze asystenci: Geiser w Gołęczynie, Netzer w szkolnym batalionie nr 475, Saeger w zamku i cytadeli. Lekarz weterynarii Pfaffe w

⁷⁷ Niemieckie lazarety wojskowe i lekarze wojskowi w twierdzy Poznań w 1945 r. według dr Dietera Kriese, Goslar, Wachtelpforte 20 – *Wojskowy przegląd roku 1945 w zakresie twierdzy Poznań, czynnych lekarzy, punktów medycznych, lazaretów*, Wyd. Pomost, Poznań 2008 r.

Szkole i fabryce Nivea. Podlekarze i podlekarze polowi pracujący w różnych punktach opatrunkowych, lazarecie w zamku, następnie w obozach na Dębcu i w Golęcinie: Neumann, Pfeffer, Plessner, Sommer, Wanner, Witte, Benzinger (poległ w lutym 1945 r.), Greiner, Guntzner.

W roku 1945 pracowali w różnych punktach medycznych lekarze wojskowi, których stopni nie udało się ustalić. W cytadeli pracowali Wulf, Wolf, Schulz i Hunnius. W obozie w Golęcinie Wolfle, Miskewitsch i Panwitz, który początkowo pracował w lazarecie w zamku. Powiatowy lekarz Wiemann po dostaniu się do niewoli udzielał pomocy chorym w obozie w Dębcu. Lekarz Goger pracował w klinice ginekologicznej przy ul. Polnej, następnie w zamku i obozie w Golęcinie. Lekarz wojsk lotniczych Ganzhoff pracował w kilku punktach opatrunkowych, poległ 22 lutego w cytadeli. Lekarz Kossik był lekarzem szkolnego batalionu nr 647, pracował w batalionowym punkcie opatrunkowym. Nieznane są miejsca pracy w 1945 r. lekarzy Messa (zaginął), Menzela i dentysty Brockmanna.

Ze znanych poznańskich lekarzy wojskowych trzech poległo, trzech zostali uznani za zaginionych, kilkunastu pracowało w radzieckich lazaretach dla jeńców wojennych, z czego większość w obozie w Golęcinie pod kierunkiem radzieckiej lekarki w stopniu majora Bachtiarowej⁷⁸.

6. Problemy leczenia w okresie walk o Poznań w Armii Czerwonej (styczeń – luty 1945r.)

W walkach o twierdzę Poznań brało udział wiele związków operacyjnych, taktycznych i samodzielnych jednostek, głównie pochodzących z 8 Armii Gwardii dowodzonej przez gen. płk. Wasilija Czujkowa⁷⁹. Były one w ciągłym ruchu, często jeszcze w trakcie walk o Poznań przesuвано na inne odcinki frontu, a do Poznania kierowano nowe formacje. Ich skład osobowy też był zmienny i poza dowódcami dużych związków nie ma danych o uczestnikach walk, w tym lekarzach. W opracowaniach dotyczących walk o Poznań w styczniu i lutym 1945 roku są jedynie śladowe informacje o działalności elementów sanitarnych. Obecnie wiadomo o organizacji służb medycznych Armii Czerwonej z tego okresu na podstawie opracowań radzieckich powstałych po drugiej wojnie światowej. Mówią one o organizacji

⁷⁸ Tamże.

⁷⁹ S. Okęcki, *Wyzwolenie Poznania 1945*, Warszawa 1975; Z. Szumowski, *Boje o Poznań 1945*, Poznań 1980.

pododdziałów sanitarnych, zasadach ich użycia w boju i problemach z jakimi spotykały się na poszczególnych etapach walki⁸⁰.

Wkraczając do Poznania, poszczególne korpusy 8 Armii nie miały pełnego rozeznania sił niemieckich. Nie znając szczegółowego systemu obrony nieprzyjaciela, oddziały radzieckie ponosiły duże straty. Walczące na zewnętrznym odwodzie dywizje radzieckie zanotowały ponad jedną trzecią strat w ludziach. Dopiero w szóstym dniu walk, dowództwo armii zmieniło taktykę walk o miasto. Dowódcy dywizji i pułków zaczęli tworzyć w podległych im batalionach grupy szturmowe, liczące do stu kilkudziesięciu żołnierzy. W ramach wchodzących w skład grup kompanii i plutonów występowały elementy sanitarne⁸¹.

Na szczeblu plutonu pomoc medyczna była udzielana przez sanitariusza wyposażonego w zestaw do udzielania pomocy medycznej oraz nosze do transportu rannych. Pierwszą pomocą była pomoc koleżeńska lub w miarę możliwości samopomoc, gdyż każdy żołnierz posiadał opatrunek osobisty i później indywidualny pakiet przeciwcemiczny. W kompaniach pracowali instruktorzy sanitarni, którzy po rozpoznaniu terenu i miejsc rozmieszczenia żołnierzy organizowali kompanijne gniazda rannych, zabezpieczali rannych dla dalszego transportu do batalionowych punktów medycznych, w których pracowali felczerzy udzielający przedlekarskiej pomocy medycznej.

Należy sądzić, że w skład poszczególnych grup bojowych walczących w śródmieściu Poznania znajdowali się sanitariusze występujący w strukturach poszczególnych kompanii piechoty i baterii artylerii. Udzielali doraźnej pomocy na pierwszej linii walk i ewakuowali rannych do batalionowych punktów medycznych. W skład batalionowego punktu medycznego wchodził: felczer – dowódca punktu, instruktor sanitarny, 4 sanitariuszy noszowych, kierowcy samochodu sanitarnego z przyczepą i transporterów sanitarnych. W czasie walk zadaniem punktu było: organizowanie zbiórki i wywozu rannych z pododdziałów batalionu; udzielenie rannym i chorym pomocy przedlekarskiej i przygotowanie ich do dalszej ewakuacji; prowadzenie przedsięwzięć sanitarno-higienicznych i przeciwepidemicznych wśród składu osobowego batalionu. W boju batalionowy punkt medyczny mógł zostać wzmocniony sanitariuszami noszowymi i środkami transportu z pododdziału zbiórki i ewakuacji pułkowego (brygadowego) punktu medycznego, a także w razie konieczności żołnierzami przydzielonymi rozkazem dowódcy batalionu. W czasie wypełniania przez batalion samodzielnych zadań (pododdział czołowy, desantowy, awangarda) batalionowy

⁸⁰ Opracowano na podstawie: I.G. Iwanow, O.S. Łobastow, *Organizacja i taktyka medycznej służby*, Leningrad 1988.

⁸¹ S. Okęcki, *Doświadczenia bojowe z walk o Poznań*, „Wojskowy Przegląd Historyczny”, nr 3, 1972, s. 267.

punkt medyczny był wzmacniany lekarzem z medycznego batalionu dywizji, dodatkowymi środkami transportu i sprzętem medycznym niezbędnym dla udzielania pomocy przy możliwej większej liczbie strat sanitarnych w takich sytuacjach. Na wyposażeniu batalionowego punktu medycznego znajdowały się: wojskowe torby medyczne, nosze sanitarne, komplety sterylnych środków opatrunkowych, szyn, medycznych szyn pneumatycznych, komplet polowy felcherski, aparat do sztucznego oddychania, inhalator tlenowy, kaski dla rannych w głowę, znaki czerwonego krzyża. Punkt posiadał samochód sanitarny i trzy transportery sanitarne. Decyzją dowódcy batalionu do ewakuacji rannych mogły być wykorzystywane samochody ogólnego przeznaczenia. W razie konieczności punkt batalionowy mógł być wzmocniony środkami transportowymi pułkowego punktu medycznego. Dowódca batalionowego punktu medycznego kierował pracą jego składu osobowego i instruktorów sanitarnych kompanii, organizował zbiórkę rannych, ich wynoszenie i wywożenie z pola walki, osobiście udzielał pomocy przedlekarskiej najciężej rannym i przygotowywał ich do ewakuacji do pułkowego punktu medycznego. Do jego obowiązków należało także prowadzenie niezbędnych działań sanitarno-higienicznych i przeciwepidemicznych oraz szkolenie żołnierzy batalionu w zakresie udzielania samopomocy i pomocy koleżeńskiej. Od szefa służby medycznej pułku (brygady) dowódca punktu otrzymywał dane o miejscu i czasie rozwinięcia pułkowego punktu medycznego, porządku jego przemieszczania się w czasie walk, środkach wzmocnienia wydzielonych jego decyzją, sposobie łączności i porządku składania meldunków. W trakcie walki dowódca punktu utrzymywał stałą łączność z instruktorami sanitarnymi w kompaniach utrzymywał poprzez sanitariuszy noszowych i ogólnie wojskowe środki łączności. W trakcie walk w natarciu dowódca punktu przekazywał instruktorom sanitarnym kierunek przemieszczania się punktu, który z reguły powinien być zbieżny z osią przemieszczania się punktu dowodzenia dowódcy batalionu. Jeśli tempo przesuwania się pododdziałów batalionu nie pozwalało zatrzymać się dla zorganizowania punktu na dłuższy czas, pomoc poszkodowanym była udzielana „z marszu”⁸².

W przypadkach, gdy środki transportu nie mogły zbliżyć się bezpośrednio do miejsc, w których znajdowali się ranni zachodziła konieczność doniesienia ich do miejsca postoju transportu. W tym celu wykorzystywano sanitariuszy noszowych z pododdziału zbiórki i ewakuacji i ewentualnie żołnierzy przydzielonych rozkazem dowódcy batalionu. Zwykle

⁸² I. G. Łobanow, O. S. Łobastow, *Organizacja...*, s. 22 i n.

noszowi pracowali w tzw. sekcjach składających się z dwóch żołnierzy mogących przenosić rannych na odległość do 200 – 300 metrów.

Kolejnym etapem ewakuacji medycznej były pułkowe (brygadowe) punkty medyczne organizowane przez kompanie medyczne dowodzone przez starszego lekarza pułku lub szefa służby zdrowia brygady. W skład pułkowego (ppm) lub brygadowego (brpm) punktu medycznego wchodziły: pododdział obsługi w składzie – dowódca, kucharz, radiotelegrafista, elektryk, pomocnik gospodarczy, którzy dysponowali kuchnią z autoprzyczepą, radiostacją i agregatem prądotwórczym; pluton medyczny w składzie – dowódca plutonu (lekarz), lekarz ogólny, lekarz stomatolog, kierownik apteki, dwóch felczerów, instruktor sanitarny, dwóch instruktorów sanitarnych – dezynfektorów, sześciu sanitariuszy, kierowca sanitariusz, którzy mieli do dyspozycji salę opatrunkową na samochodzie; pluton ewakuacyjno-transportowy w składzie – dowódca plutonu (felczer), 12 osobowy oddział przyjęć i ewakuacji (dowódca – instruktor sanitarny, 6 sanitariuszy noszowych, 5 kierowców-sanitariuszy) z trzema transporterami sanitarnymi i dwoma samochodami sanitarnymi, 4 osobowy oddział transportowy (dowódca i 3 kierowców) z trzema samochodami ciężarowymi, autocysterną i autoprzyczepą. Według obowiązujących w Armii Czerwonej instrukcji, skład osobowy miało stanowić czterdziestu żołnierzy, w tym czterech lekarzy.

Pułkowe (brygadowe) punkty medyczne były zasadniczymi pododdziałami służby medycznej podczas walk warunkach Poznań. W warunkach walk w mieście wypełniały następujące zadania:

- realizowanie wspólnie z punktami medycznymi batalionów zbiórki rannych, udzielanie im pierwszej pomocy medycznej, wywożenie ich z pola walki i rejonów masowych strat sanitarnych;
- ewakuacja rannych i chorych batalionowych punktów medycznych i pododdziałów pułku do ppm;
- przyjęcia, segregacja medyczna, rejestracja rannych i chorych, udzielenie im pomocy przedlekarskiej i lekarskiej;
- higieniczne opracowanie rannych i chorych, degazacja, dezynfekcja umundurowania i dostarczających rannych środków transportu;
- czasowa izolacja chorych zainfekowanych i chorych z podejrzeniem o choroby zakaźne;
- przygotowanie rannych i chorych do dalszej ewakuacji;

- kontrola jakości pierwszej pomocy i pomocy przedlekarskiej udzielonej w pododdziałach pułku i współpraca w usunięciu zauważonych braków;
- leczenie ambulatoryjne lekko rannych i lekko chorych⁸³.

Dla realizacji powyższych zadań ppm dysponowały odpowiednimi siłami i środkami, które pozwalały na udzielanie pierwszej pomocy medycznej, przedlekarskiej i lekarskiej 500 rannym i chorym, a w przerwach pomiędzy walkami na codzienne zabezpieczenie medyczne składu osobowego pułku na czas jednego miesiąca. W trakcie walk pułkowe punkty medyczne rozwijane były możliwie najbliżej rubieży największych strat sanitarnych, tak aby pierwsza pomoc lekarska była udzielona rannym w pierwszych 3 – 4 godzinach po zranieniu. Pułkowe punkty medyczne rozwijane były w pobliżu dróg dowozu i ewakuacji, najczęściej w ukrytych stanowiskach (piwnice budynków i poznańskich szkół), w pobliżu źródeł wody, w miejscach możliwych do maskowania, z dala od obiektów narażonych na ogień przeciwnika. Na ulicach prowadzących do punktów umieszczano widoczne dniem i nocą drogowskie. Pułkowe punkty medyczne przyjmowały rannych i chorych bezpośrednio po przybyciu w miejsce rozwinięcia.

Zabezpieczenie medyczne walczących o Poznań dywizji zapewniały bataliony medyczne, które organizowały dywizyjne punkty medyczne⁸⁴. Bataliony medyczne były częścią składową dywizji przeznaczoną dla ich medycznego zabezpieczenia. W systemie leczniczo-ewakuacyjnym organizowane przez nie dywizyjny punkt medyczny był pierwszym etapem ewakuacji medycznej gdzie udzielana była kwalifikowana pomoc medyczna i z których

⁸³ Tamże.

⁸⁴ Pracą batalionu medycznego kierował dowódca – lekarz organizator podlegający bezpośrednio szefowi służby zdrowia dywizji. W skład batalionu wchodziły: dowództwo (5 osób), kompania medyczna (55), pluton medyczny (17), pluton zbiórki i ewakuacji rannych (13), pluton sanitarno-przeciwepidemiczny (11), pluton zabezpieczenia (21), oddział ewakuacyjno-transportowy (18), oddział zaopatrzenia medycznego (5), oddział łączności (3). Pełny etat składu osobowego batalionu wynosił 148 osób, w tym 24 lekarzy. W batalionie pracowali lekarze różnych specjalności – chirurdzy, interniści, anestezjolodzy, stomatolodzy, epidemiolodzy oraz felczerzy, pielęgniarki, pielęgniarki anestezjologiczne, kierowcy – sanitariusze, sanitariusze i żołnierze obsługi. Podstawowym pododdziałem batalionu była kompania medyczna, przeznaczona przede wszystkim dla udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej rannym i chorym. W jej skład wchodziły plutony: przyjęć i segregacji oraz szpitalny, oddział anestezjologii i reanimacji oraz gabinet stomatologiczny. Dowódcą kompanii był główny chirurg batalionu. Pluton medyczny wypełniał wiele zadań, pracując w składzie batalionu lub niezależnie od niego. Głównymi jego zadaniami było: przyjmowanie rannych z pułków i udzielanie im pomocy lekarskiej i kwalifikowanej pomocy medycznej; czasowe pełnienie funkcji ppm, który wyszedł ze składu pułku; przesunięcie na rubież ognisk stosunkowo niewielkich strat sanitarnych dla udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej i kwalifikowanej pomocy medycznej; zabezpieczenie przegrupowania batalionu do nowego rejonu rozwinięcia (zakoczenie pracy po udzieleniu pomocy medycznej, obsługa rannych i chorych niezdolnych do transportu do czasu ich ewakuacji lub przekazania do szpitali polowych). Dla wypełnienia tych zadań pluton medyczny miał w swoim składzie lekarzy specjalistów, średni i pomocniczy personel medyczny oraz posiadał niezbędne środki medyczne, sale opatrunkową na samochodzie, samochody ciężarowe, namioty, radiostację, sprzęt gospodarczy i wyposażenie polowe. Tamże..s. 123 -127.

zaczynała się ewakuacja według wskazań⁸⁵. Dywizyjne punkty medyczne mogły być rozwijane w namiotach, jednak podczas walk o Poznań lokalizowano je w zajmowanych budynkach, na niskich kondygnacjach.

Udzielanie kwalifikowanej pomocy medycznej było głównym zadaniem batalionów medycznych. Zakres tej pomocy mógł się zmieniać w zależności od sytuacji bojowej. W razie masowych strat sanitarnych mogła ona ograniczać się tylko do chirurgicznej udzielanej ze wskazań życiowych dla przygotowania rannych do ewakuacji do szpitali polowych. W czasie walk w II wojnie dywizyjne punkty medyczne okazały się centrami kwalifikowanej chirurgicznej pomocy udzielanej w wojskowych tyłowych rejonach. Z ogólnej liczby rannych trafiających do punktów dywizyjnych do 70 – 80% wymagało kwalifikowanej pomocy chirurgicznej. Przy większym napływie rannych do dywizyjnych punktów udzielanie kwalifikowanej pomocy chirurgicznej było bardzo utrudnione⁸⁶. Należy zaznaczyć, że ranni w głowę, szyję, kręgosłup i duże stawy generalnie nie byli opracowywani chirurgicznie w punktach dywizyjnych (za wyjątkiem operacji ze wskazań życiowych), lecz byli kierowani do odpowiednich urządzeń leczniczych bazy szpitalnej. Intensywność występowania zranień i chorób była w czasie działań bojowych zróżnicowana i zależała od sytuacji bojowej. Przy małej aktywności działań bojowych do dywizyjnych punktów medycznych trafiało kilkudziesięciu poszkodowanych dziennie, w czasie walk o średnim natężeniu 300 -400 rannych i chorych w ciągu doby, a w niektórych sytuacjach, zwłaszcza w czasie walk w mieście niekiedy liczba rannych trafiających do punktów dywizyjnych dochodziła do 800 – 900 dziennie. Skład poszkodowanych trafiających do dywizyjnych punktów medycznych w czasie działań bojowych był zróżnicowany. Z reguły większość stanowili ranni – 70 do 80%, kontuzjowani – 2 do 3%, pacjenci z odmrożeniami – 0,5 do 1%, oparzeni 0,2 do 0,5%, chorzy - 20 do 30%. W okresie natężonych walk procent rannych wzrastał do 90, przy zmniejszającej się liczbie chorych, którzy wtedy stanowili ok. 10% przyjmowanych do leczenia w dpm. Skuteczność pomocy medycznej na poszczególnych etapach ewakuacji w znacznej mierze zależała od terminu dotarcia tam rannych i chorych. Około 75-80% wszystkich rannych docierało do dpm w przeciągu 12 godzin po zranieniu, to jest w czasie, kiedy chirurgiczne postępowanie było najbardziej efektywne. Najczęstszymi powikłaniami zranień były wstrząs pourazowy – 5 do 8% wszystkich rannych i infekcje bakteriami beztlenowymi (zgorzel, tężec) do 1,7%. Większość rannych, którzy trafili do dywizyjnych punktów było ewakuowanych do polowych szpitali bazy szpitalnej (85 – 90%), przy czym część z nich była czasowo

⁸⁵ Tamże, s. 132 i n.

⁸⁶ Tamże, s. 140.

hospitalizowana w dpm w związku z ich stanem zdrowia uniemożliwiającym transport po leczeniu operacyjnym. Spośród ogółu rannych leczonych w dywizyjnych punktach do szeregów wracało w roku 1945 około 7% pacjentów (w roku 1941 tylko 2%). Śmiertelność wśród rannych wynosiła 3-4%. Chorzy wracający do walki po leczeniu w dpm stanowili ponad 50% ogółu leczonych, umierało 0,5%, pozostali kierowani byli do szpitali polowych bazy szpitalnej. Przytoczone dane są jedynie szacunkami i należy sądzić, że są zbliżone do wskaźników charakteryzujących zaangażowanie Armii Czerwonej w Poznaniu⁸⁷.

W czasie walk o twierdzę Poznań pododdziały medyczne przemieszczały się za swoimi jednostkami, rozwijając większe punkty medyczne poza rejonem walk w mieście. W zajmowanych budynkach, jak wynika z relacji świadków walk organizowane były punkty udzielające pierwszej pomocy medycznej i pomocy przedlekarskiej. W końcowym okresie walk korzystano z zajętego niemieckiego lazaretu w nieuszkodzonym budynku przy ulicy Grunwaldzkiej, który wkrótce został przekazany Wojsku Polskiemu i od kwietnia 1945 służył jako szpital wojskowy, początkowo okręgowy, a po zmianach organizacyjnych okręgów wojskowych jako szpital rejonowy.

⁸⁷ Według niepełnych szacunków w bojach o Poznań zginęło ok. 6000 żołnierzy Armii Czerwonej. Relacje ustne uczestników konferencji naukowej *Wyzwolenie czy zniewolenie. Walki o Poznań 1945r.*, Instytut Zachodni Poznań, 23 luty 2010r.

ROZDZIAŁ II

POZNAŃSKIE SZPITALNICTWO WOJSKOWE W LATACH 1945 – 1949.

1. Utworzenie Szpitala Okręgowego nr 5

W 1945 roku na wyzwolonych ziemiach RP zaistniała konieczność utworzenia okręgów wojskowych jako pośredniego ogniwa administracji wojskowej. Współczesne okręgi wojskowe powstały w miejsce przedwojennych dowództw okręgów korpusów. Dlatego Naczelnny Dowódca Wojska Polskiego (NDWP) rozkazał sformować siedem dowództw okręgów wojskowych według etatu nr D1/17 o stanie osobowym 242 wojskowych w każdym, wśród nich do dnia 1 marca 1945 r. Poznański Okręg Wojskowy z siedzibą w Poznaniu¹. Granice okręgów wojskowych ustalono rozkazem NDWP nr 0092/org. z dnia 13 kwietnia 1945 r.² Przebieg ich dla Okręgu Poznańskiego kształtował się następująco: północna – powiaty Mogilno, Żnin, Wągrowiec, Chodzież, Czarnków; zachodnia – powiaty Międzychód, Nowy Tomyśl, Wolsztyn; południowa – powiaty Leszno, Rawicz, Krotoszyn, Ostrów Wlkp., Kępno; wschodnia – powiaty Kalisz, Turek, Koło. Poznański Okręg Wojskowy obejmował obszar województwa poznańskiego, a po rozformowaniu dowództwa VI Okręgu Wojskowego w 1946 roku włączono do niego województwo łódzkie³. Formowanie dowództwa Poznańskiego Okręgu Wojskowego powierzono dowódcy 2 Armii Wojska Polskiego gen. broni Karolowi Świerczewskiemu, a bazą do stworzenia miało być jej dowództwo. W skład etatu dowództwa OW wchodziło między innymi kwatermistrzostwo i referat służby zdrowia⁴. Ostatecznie proces organizowania się dowództwa Poznańskiego OW nastąpił w miesiącu wrześniu 1945 r., a w maju rozkaz NDWP nr 0283/org. ustalił podział kompetencji między dowódcą 2 Armii i dowództwem okręgu. Zmiany organizacyjne dowództwa OW nastąpiły wraz z przejściem na etat czasu pokoju – rozkazem NDWP nr 0298 org. utworzono m.in. wydział zdrowia. 22 sierpnia 1945 r. rozkazem NDWP nr 0208/org. w sprawie wprowadzenia nowej struktury administracji wojskowej w Rzeczypospolitej Polskiej powołano siedem okręgów wojskowych: Warszawski OW, Lubelski OW, Krakowski OW, Łódzki OW, Śląski OW, Poznański OW i Pomorski OW.

¹ CAW, sygn. 1545/73/6, Poznański Okręg Wojskowy, k. 51.

² Tamże, k. 178.

³ CAW, sygn. 465/57, t. 252, k. 89.

⁴ CAW, sygn. 1544/73/36, Etat Dowództwa OW.

Rozkazem Nr 30/org. z dnia 06.02. 1945 r. Naczelnego Dowódcy Wojska Polskiego w sprawie tworzenia jednostek i instytucji niezbędnych w systemie okręgów wojskowych stworzono podstawy prawne do utworzenia szpitali okręgowych i garnizonowych⁵. Istniejące szpitale polowe stały się załączkami szpitali stacjonarnych. Stopniowo rozformowano większość jednostek i oddziałów służby zdrowia typu wojennego i tworzone na ich bazie nowe szpitale stacjonarne, w tym Szpital Okręgowy nr 5 w Poznaniu.

W lutym 1945 roku mjr Nisser, komendant podporządkowanego 1 Armii WP Polowego Rozdzielczego Szpitala Ewakuacyjnego nr 4478 na podstawie rozkazu Naczelnego Dowódcy Wojska Polskiego Nr 30/org. wyznaczył 10 osobową grupę pod dowództwem oficera politycznego mjr Jurija Bredichina z zadaniem sformowania do 1 kwietnia 1945 r. w Poznaniu stacjonarnego, 600 łóżkowego Okręgowego Szpitala nr 5. Według Rozkazu Dziennego No 1 z dnia 26 marca 1945 r. w skład grupy personelu sanitarnego wchodził: Burda Kamila, Dengler Halina, Górska Janina, Frąckowiak Michał, Buczyński Franciszek, Podlaska, Rutkowska, Krzyżanowski (imiona ich nie są wymienione w rozkazie) i Wołoszczak Kazimierz. Kierownictwo prac organizacyjnych objął mjr Jurijem Bredichin z oficerami lekarzami Anatolem Marczenko i Marianem Abramem⁶. Prace organizacyjne szpitala rozpoczęły się 1 marca 1945 r. Na budynek szpitalny przejęto gmach przedwojennego hotelu „Polonia” przy ulicy Grunwaldzkiej o powierzchni użytkowej 12148 m kw., który został zbudowany w 1927 r. w związku z mającą się odbyć w 1929 r. Powszechną Wystawą Krajową. Budynek ten wykorzystywali również na cele szpitalne w czasie wojny Niemcy. Budynki przedwojennego szpitala przy Wałach Jana III nie nadawały się do wykorzystania do celów szpitalnych z powodu znacznych uszkodzeń w czasie walk o Poznań w 1945 roku. Formalnie szpital istnieje od 1 marca 1945 r. (rozkaz z 5 marca 1945 r.), a pierwszym dniem właściwej jego działalności jest 6 kwietnia 1945 r., kiedy to przyjęto pierwszych rannych⁷.

Obiekty szpitalne będące własnością skarbu państwa zajmowały łącznie ponad 3 hektary powierzchni, z czego pod zabudowę było 7359, 73 m. kw. podwórze gospodarcze zajmowało 10267, a trawniki z drzewostanem 8540 m. kw. W wodę szpital był zaopatrywany z wodociągu miejskiego i posiadał filtry do jej oczyszczania. Z uwagi na niskie ciśnienie w sieci wody miejskiej w 1951 r. zainstalowano w budynku szpitalnym hydrofor z kompresorem, co zabezpieczało zaopatrzenie w wodę górnej kondygnacji. Dodatkowe zaopatrzenie w wodę zapewniała studnia głębinowa. Ścieki odprowadzano bez odkażania do

⁵ CAW, III – 446, 18, k. 66.

⁶ Rozkaz dzienny Nr 1 Okręgowego Szpitala Nr 5, z dnia 26.III. 1945 r., Archiwum 111 Szpitala Wojskowego.

⁷ Kronika Szpitala; CAW, sygn. III, 446, 18, s. 2.

kanalizacji miejskiej. Energię elektryczną otrzymywano z sieci miejskiej, a w razie jej awarii światło miały zapewnić lampy naftowe i agregat spalinowy. Dopiero w 1951 roku oddany został do użytku transformator o mocy 120 KW i agregat spalinowy (diesel) o mocy 40 KW jako wystarczające awaryjne źródło prądu⁸.

Na podstawie rozkazu szefa Departamentu Służby Zdrowia z dnia 17.IV. 1945 r. płk doc. dr Teofil Kucharski Rozkazem Dziennym Nr 24 z dnia 18.IV. 1945 r. objął obowiązki komendanta Szpitala Okręgowego Nr 5. Jednocześnie polecił wszystkim kierownikom poszczególnych służb przygotować sprawozdania o stanie organizacyjnym oddziałów. Na 19 kwietnia 1945 r. zarządzono tym rozkazem nabożeństwo w świetlicy szpitala. Dnia 20 kwietnia mjr Jurij Bredichin naczelnik grupy operacyjnej przekazał komendę i inwentarz Okręgowego Szpitala Nr 5 płk prof. Teofilowi Kucharskiemu, który w Rozkazie Dziennym Nr 26 wyraził jemu podziękowanie w imieniu służby za pracę włożoną przy organizowaniu szpitala. Stan personelu szpitala w tym dniu wynosił 161 osób, a chorych 209⁹.

Pierwszy komendant Szpitala Okręgowego nr 5 płk Teofil Kucharski urodził się w Jaszczewie 6 lutego 1889 roku i był jednym z 14 rodzeństwa. W latach 1907-1913 studiował na Wydziale Lekarskim UJ w Krakowie, uzyskując tytuł doktora medycyny. W roku 1914 pracując w szpitalu w Nowym Sączu wstąpił do Legionów. W 1915 roku został mianowany na stopień porucznika i rozpoczął służbę w 4 Pułku Piechoty w Nowym Sączu. W 1917 roku został wcielony do wojska austriackiego, służył na froncie siedmiogrodzkim i w szpitalu w Wadowicach. 10 listopada 1918 roku wstąpił do armii polskiej, w której do 1924 roku pracował jako lekarz pułkowy. W 1924 roku został przeniesiony do Wojskowego Instytutu Sanitarnego, gdzie specjalizował się w chorobach wewnętrznych. Po uzyskaniu specjalizacji w 1926 roku został starszym ordynatorem oddziału wewnętrznego w Szpitalu Okręgowym w Poznaniu. W 1929 roku został komendantem szpitala i pełnił tę funkcję do mobilizacji w 1939 roku. W czasie kampanii wrześniowej płk Kucharski był Szefem Sanitarnym Armii Poznań i z nią dotarł do Warszawy. Za zgodą dowódcy Armii Poznań pozostał w Warszawie organizując leczenie rannych i chorych żołnierzy. Był przez Niemców dwukrotnie aresztowany w listopadzie 1939 r. i w lutym 1940 r. Udało mu się uzyskać dla rannych wyżywienie takie samo, jakie miały szpitale niemieckie i w grudniu 1939 r. wypłatę gaż oficerskich w wysokości jak w niemieckich obozach jenieckich. Mimo zakazu Niemców zorganizował kursy dokształcające dla personelu medycznego, badania naukowe, wykłady, pracownie kliniczne. Do 31 marca 1940 roku był komendantem Szpitala Ujazdowskiego, a z

⁸ *Kronika 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego w Poznaniu*, s. 9.

⁹ Rozkazy dzienne nr 24, 25 i 26 z 19 i 20 kwietnia 1945 r., Archiwum Szpitala Wojskowego w Poznaniu.

chwila demobilizacji szpitala objął stanowisko kierownika oddziałów chorób wewnętrznych. Wysoko cenione były wykłady płk Kucharskiego zwłaszcza z zakresu propedeutyki chorób wewnętrznych. Po wybuchu powstania został ponownie komendantem szpitala i jego zasługą jest wyprowadzenie w dniu 6 sierpnia 1944 roku bez strat z siedziby przy ulicy Górnosławskiej Szpitala Ujazdowskiego i Św. Ducha oraz rozlokowanie ich przy ul. Chełmskiej. W tym samym dniu Niemcy wymordowali personel i chorych Szpitala Wolskiego. Po kapitulacji został z rannymi na Mokotowie, a następnie udało się mu ewakuować do Krakowa, gdzie po wyzwoleniu zgłosił się do służby wojskowej. W dniu 13 lipca 1945 roku „za bohaterskie czyny i dzielne zachowanie się w walce z niemieckim najeźdźcą” został przez Naczelnego Dowódcę Wojska Polskiego w imieniu Prezydium Krajowej Rady Narodowej odznaczony Orderem Krzyża Grunwaldu III Klasy, a 9 maja 1946 roku Medalem Zwycięstwa i Wolności. W grudniu 1945 roku ze względu na stan zdrowia został zwolniony ze służby czynnej. Krótko pracował jako dyrektor sanatorium w Cieplicach, gdzie zmarł 8 czerwca 1955 roku. Został pochowany na cmentarzu w Kiekrzu pod Poznaniem¹⁰.

Pierwszy okres działalności szpitala był niezwykle trudny. Od podstaw organizowano poszczególne oddziały i pracownie przy brakach kadrowych i sprzętowych. Trudną dla funkcjonowania szpitala sytuację kadrową pokazuje załącznik do rozkazu dziennego z dnia 25 kwietnia 1945 roku „Przydziały etatowe personelu Okręgowego Szpitala Nr 5 w Poznaniu”¹¹. Obsada etatowa personelu przedstawiała się następująco:

Komenda Szpitala

Komendant	płk	prof. dr Kucharski Teofil
Zastępca d.s. pol.- wych.	ppor.	Karczewski Józef
Zastępca d.s. lekarskich	mjr dr	Marczenko Anatol
Zastępca d.s. materiałowych	mjr	Dobroduszny Konstanty

Kancelaria główna

Kierownik kancelarii	st. sierż.	Jasiński Witalis
----------------------	------------	------------------

Pracownicy: szer. Górka Janina, szer. Swoboda Zofia, ppor. Jagiellowicz Witold, siostra Tumilowicz Anna, sierż. Krasicki Jan, szer. Kupczyk Kazimiera.

¹⁰ Płk Felicjan Guda Wołkowiński, Zaświadczenie, Państwowe Biuro Notarialne w Poznaniu, Repertorium 6582/54 Archiwum Szpitala Wojskowego; Wyciąg z Rozkazu Personalnego nr 548 z 20 lipca 1945 i Dyplom z 9 maja 1946 r., Archiwum Szpitala Wojskowego; K. Janicki, *Dzieje szpitalnictwa wojskowego w Poznaniu do 1939 roku*, Praca doktorska WAM1998, s. 100.

¹¹ Rozkazyienne, 1945 rok, Archiwum Szpitala Wojskowego.

Skład osobowy sekcji z-cy Komendanta do spraw polit.-wych.: chor. Rak Józef, szer. Orłowska Maria, szer. Kosmalska Maria, szer. Gendera Jan.

Skład osobowy pionu z-cy komendanta do spraw lekarskich

Izba przyjęć

Sanitariusze, salowi, dezynfektorzy, pracownicy prosektorium: szer. Kinalski Henryk, siostra Jopek Helena, szer. Cichosz Maria, szer. Czachowski Tadeusz, szer. Galek Stanisław, kpr. Michalski Marian, st. sierż. Woźny Stanisław, plut. Niełacny Mieczysław, kpr. Kasierski Jan.

Oddział zakaźny

Ordynator oddziału dr Perkowski Witold

Personel pomocniczy: st. siostra Michalak Stanisława, siostra Wodzianka Aniela, szer. Sławiak Janina, siostra Budzyńska Salomea, kpr. Król Stanisław, szer. Duda Mieczysław, w pododdziale izolacyjnym szer. Nowak Zuzanna, szer. Gawier Stanisław

Oddział chirurgiczny

Szef oddziału kpt. dr Rucki Władysław

Ordynatorzy: kpt. Kostarczyk Stanisław, dr Nowacki Jan

Pielęgniarki, sanitariusze: st. siostra Thomas Eugenia, st. siostra Schiebirl Marta, st. siostra Muller Aniela, st. siostra Pawłowska Maria, instruktor gimnastyki leczniczej szer. Seweryn Lucjan, siostry: Jabłońska Irena, Kostujak Stefania, Mitek Teresa, Jakubowska Irena, Urbańska Stanisława, Rebelkówna Łucja, Kasprowicz Władysława, szeregowi: Boinska Zofia, Królikowska Zofia, Kubik Janina, Stachowska Stanisława Kwiecińska Maria, Spierzak Maria, Kluczeńska Maria, Rzepecki Czesław, Tomaszewski Ignacy, Herzberg Erika, Maciejewski Stanisław, Rokicki Andrzej.

W ambulatorium chirurgicznym pracował dr Rorbach Zygmunt oraz siostry: Staśkiewicz Zofia i Barańska Janina.

Oddział rentgenologiczny

Kierownik ppłk Kozłowski Stanisław

Lekarz rentgenolog dr Hermanowski Bogdan

Personel pomocniczy: siostra Zajac Jadwiga, szer. Mocek Weronika, szer. Obara Jan, siostra Frąckowiak Helena

Oddział wewnętrzny

Szef oddziału p.o. dr Kowalski Edward

Ordynator dr Turski Edward

Personel pomocniczy: siostry Bala Janina, Lademan Elżbieta, Skowron Kazimiera, Dylewska Jadwiga, Sobol Franciszka, Błażejewska Stefania, Jaskowski Bronisława, sanitariusze Ochocimska Aniela i Szymczak Antoni

Oddział skórno-weneryczny

Ordynator oddziału mjr dr Maresz Kazimierz

Personel pomocniczy: siostry Mroczek Alicja, Guziołek Florentyna, Dzieciaszek Zofia, szer. Krepiński Seweryn, kpr. Lazar Wiktor, kpr. Woltman Wiktor, Andrusiak Aleksandra.

Oddział specjalny w składzie: oddział oczny, oddział ginekologiczny, oddział laryngologiczny, oddział neurologiczny, oddział fizyko-terapeutyczny.

Szef oddziału mjr dr Waligórski Witold

Personel pomocniczy: siostra Stachurska Wanda

W oddziałach ocznym, ginekologicznym, neurologicznym i fizykoterapeutycznym pracowały siostry: Kołtun Helena, Lemielewicz Leonia, Rurek Agnieszka i sanitariusze szer. Olszewska Maria, Rygalska Irena. Jedynie w oddziale laryngologicznym był lekarz, kpt Taniewski Józef pracujący z siostrą Porankiewicz Jadwigą i szer. Kulza Marią.

Pracownia kliniczno-bakteriologiczna

Kierownik pracowni p.o. dr Gimiński Antoni

Personel pomocniczy: laborant Glinkiewicz Hipolit, kpr. Berlinski Stefan, szer. Meller Teresa

Oddział dentystyczny

Kierownik oddziału p.o. dr Muller Józef

Technicy dentystyczni Sawczak Aleksander i Gromczyk Maria, laborant dentystyczny szer. Guce Eligiusz, siostra Adamczyk Maria.

Apteka

Szef apteki mgr Kubiczek Józef

Pomocnik szefa mgr Karwowski Stefan, farmaceuci Szubert Wanda, Fryslak Wiktoria, sanitariusze: szer. Piotrowska Bronisława, kpr. Belda Stanisław i szer. Jeszke Edward.

W trudnym okresie organizowania od podstaw szpitala wiele zależało od sprawności kwatermistrzostwa kierowanego początkowo przez oddelegowanego z Armii Czerwonej mjr. Konstantego Dobrodusznego, a następnie mjr. Ryszarda Kamińskiego. Zastępcy komendanta do spraw materiałowych podlegały: dział administracyjny, którym kierował kpt. Oświęcimski Józef, sekcja finansowa z oficerami ppor. Jędrzejczak Czesławem i chor. Karpińską Krystyną,

dział żywnościowy kierowany przez ppor. Linkiewicza Kazimierza i dział mundurowy pod kierunkiem por. Świderczuka Stanisława.

Masowy napływ rannych i chorych, których liczba dochodziła do 700, powodował konieczność szybkiego uzupełniania braków kadrowych i rozbudowy poszczególnych oddziałów. Utworzono kolejne oddziały wewnętrzne, których ordynatorami zostali mjr Kazimierz Kraszewski i mjr Tadeusz Ignorowicz, zaczął funkcjonować drugi oddział chirurgiczny pod kierownictwem mjr Włodzimierza Piszela. Utworzono oddział akuszeryjno-ginekologiczny na 50 łóżek z ambulatorium, którym kierował kpt. lek. Władysław Rucki jako p.o. ordynatora. W ramach tego oddziału wydzielono pododdział noworodkowy i utworzono przychodnię dziecięcą, gdzie pracowali mjr lek. Knitter Tadeusz i por. lek. Józef Malesza. Dnia 14 maja 1945 roku powstał 20 łóżkowy oddział neurologiczny, którego ordynatorem został dr Feliks Rogulski. We wrześniu 1945 roku z 28 Polowego Szpitala dla Lekko Rannych z II Armii Wojska Polskiego przybywa wraz z zespołem mjr lek. Barbara Chaczikowa, która organizuje gabinet fizykoterapii. Utworzony został liczący 30 łóżek oddział okulistyczny, którego pierwszym ordynatorem został ppłk dr Witold Waligórski. Działający w ramach oddziału specjalnego oddział laryngologiczny wyposażono w 20 łóżek, jednak jego zaopatrzenie w sprzęt było bardzo ubogie. Podobnie w trudnych warunkach lokalowych i sanitarnych rozpoczęto pracę w 60 łóżkowym oddziale zakaźnym, przepełnionym chorymi na dur brzuszny i plamisty, wśród których z powodu niewystarczającego zaopatrzenia w leki, m.in. antybiotyki była bardzo duża śmiertelność. Duży napływ chorych zwłaszcza wenerycznie zmusił do zorganizowania filii oddziału dermatologicznego najpierw w Złotnikach, a następnie w Puszczykowie, zlikwidowanej jesienią 1946 roku. Od kwietnia 1945 roku w pomieszczeniach obecnego oddziału neurologicznego istniała kaplica, w której działalność duszpasterską prowadził ks. kpt. Michał Miczka¹².

Rozkazem 0233/Org. z dnia 06.IX. 1945 r. został określony etat Szpitala Okręgowego na 600 łóżek, zgodnie z którym w skład jednostki wchodziły:

1. Kierownictwo w składzie:

Komendant

Zastępca ds. polityczno-wychowawczych

Sekcja administracyjno-lekarska w składzie:

Zastępca ds. leczniczych, lekarz specjalista gimnastyki leczniczej, lekarz sanitarny

Sekcja polityczno-wychowawcza ze świetlicą

¹² Kronika Szpitala Wojskowego w Poznaniu, s. 8.

Kwatermistrzostwo

2. Dwa oddziały chirurgiczne na 120 łóżek z ambulatorium
3. Trzy oddziały wewnętrzne na 150 łóżek z ambulatorium i pomocą domową
4. Oddział skórno-weneryczny na 50 łóżek z ambulatorium
5. Oddział uszny na 30 łóżek z ambulatorium
6. Oddział oczny na 30 łóżek z ambulatorium
7. Oddział nerwowy na 40 łóżek z ambulatorium
8. Oddział zakaźny na 60 łóżek z ambulatorium
9. Oddział akuszerijno-ginekologiczny na 50 łóżek z ambulatorium
10. Oddział dziecięcy na 40 łóżek z ambulatorium
11. Izba przyjęć
12. Gabinet dentystyczny z ambulatorium i laboratorium techników dentystycznych
13. Gabinet rentgenologiczny
14. Gabinet fizjoterapeutyczny
15. Okręgowe Laboratorium
16. Laboratorium anatomo-patologiczne
17. Rejestratura
18. Apteka
19. Kuchnia
20. Pralnia
21. Pluton gospodarczy¹³.

W składzie osobowym było 237 żołnierzy, w tym 194 żołnierzy kontraktowych. Szpital posiadał 7 samochodów osobowych, ciężarowych i sanitarnych, 3 wozy parokonne i 6 koni taborowych¹⁴.

W dniu 13 grudnia 1945 roku ze względu na stan zdrowia odszedł ze stanowiska komendanta szpitala płk Teofil Kucharski, przekazując obowiązki komendanta ppłk Annie Ziemięć. Ppłk Ziemięć urodziła się w 1898 roku w Monasterze pow. Bracław, woj. Wileńskie i była narodowości polskiej. W roku 1924 ukończyła Uniwersytet w Moskwie i do 1941 roku pracowała jako lekarz asystent i docent Kliniki Uniwersyteckiej w Moskwie. W styczniu 1942 roku rozpoczęła służbę w Armii Czerwonej na stanowisku komendanta Szpitala Nr 5010, a od kwietnia 1944 roku służyła w Wojsku Polskim początkowo jako komendant Szpitala Polowego Nr 3 w I Armii, następnie od stycznia 1945 roku na stanowisku naczelnego

¹³ CAW, sygn. III 529, Etat Szpitala Okręgowego w Poznaniu.

¹⁴ Tamże.

internisty II Armii i od grudnia 1945 roku komendanta Okręgowego Szpitala Nr 3 w Poznaniu. W 1950 roku wróciła do ZSRR kontynuując pracę kliniczną. Odznaczona Krzyżem Grunwaldu III klasy, srebrnym i złotym Krzyżem Zasługi oraz licznymi medalami. Wysoko ceniona przez przełożonych, o czym świadczą charakterystyki służbowe wystawione przez Szefa Wydziału Służby Zdrowia DOW nr 3 i następnie Szefa Służby Zdrowia OW III płk Sameta, z którymi zgadzał się Dowódca Okręgu Wojskowego Nr III gen. dyw. Wsiewołod Strażewski. Według nich „/.../ ppłk Ziemięc podczas swej dwu i pół rocznej służby w Wojsku Polskim na odpowiedzialnych stanowiskach przyczyniła się znacznie do rozwoju i dobrego funkcjonowania służby zdrowia, czy to w okresie wojny w II Armii WP, czy też w okresie powojennym w okręgu. Na odpowiedzialnym i trudnym stanowisku Komendanta Szpitala Okręgowego potrafiła mimo bardzo ciężkich obiektywnych warunków zorganizować Szpital na odpowiednim poziomie. Ma duży autorytet u podwładnych. Wymagająca sumiennego wykonywania swoich obowiązków od pracowników, umie utrzymać dyscyplinę i karność. Interesuje się żywo zagadnieniami leczniczymi i gospodarczymi tak, że postawiła nasz główny zakład leczniczy na wysokim poziomie. Przyczyniła się w ten sposób do podniesienia lecznictwa i stanu sanitarnego w całym okręgu. Zorganizowała systematyczne szkolenie lekarzy i personelu pomocniczego dając nam do dyspozycji szereg wykwalifikowanych inspektorów i wykładowców do stałej współpracy z Wydziałem Służby Zdrowia i dla pracy w terenie. Ppłk Ziemięc nawiązała współpracę ze społeczeństwem miasta Poznania wykorzystując to do popularyzacji WP i Szpitala Okręgowego we wszystkich pracach natury polityczno społecznej. Nadaje się na komendanta szpitala nawet większego niż Szpital Okręgowy”¹⁵.

W roku 1947 ppłk Anna Ziemięc przekazała komendę szpitala ppłk Janowi Kryscie i przeszła do pracy na stanowisku nauczyciela akademickiego Uniwersytetu Warszawskiego, a w roku 1950 powróciła do ZSRR.

W początkowym okresie szpital poznański był typowym szpitalem przyfrontowym, leczącym głównie chorych i rannych żołnierzy. Ze względu na duży napływ rannych zorganizowano trzy oddziały chirurgiczne, a dla licznych chorych skórno-wenerycznych z powodu braku odpowiedniej liczby sal szpitalnych przystosowano na okres przejściowy

¹⁵ Archiwum Szpitala Wojskowego w Poznaniu, odpisy: Rozkazy dzienne z 1945 r.; Charakterystyka służbowa 19 lutego 1947 dla ppłk Ziemięc Anny; Charakterystyka służbowa 4 listopada 1947 dla ppłk Ziemięc Anny; Życiorys Ziemięc Anna; Raport z 24 lipca 1950 r. do Ministra Obrony Narodowej Ob. Marszałka Rokossowskiego; Raport ppłk Ziemięc z 12.01.1951 r. do Ob. Ministra Bezpieczeństwa Publicznego gen. dyw. Radkiewicza.

(ponad jeden rok) pomieszczenia w Złotnikach koło Poznania, a później w Puszczykowie. W miarę przyznawanych środków finansowych przeprowadzono remont zniszczonych części budynku uzyskując możliwość stopniowego, należytego rozwijania oddziałów szpitalnych. Od października 1947 roku cały budynek za wyjątkiem 7 pomieszczeń na pierwszym piętrze zajmowanych przez Zdrówną Opiekę Akademicką został zajęty przez szpital, co pozwoliło na zwiększenie liczby pomieszczeń polikliniki i komisji lekarskiej. Wszystkie pomieszczenia budynku zostały przejęte pod koniec 1951 roku¹⁶.

Poważnym problemem były braki kadrowe zarówno dotyczące obsady etatów lekarskich, jak i personelu średniego wobec masowego napływu rannych i chorych, których liczba w pierwszych miesiącach działalności szpitala dochodziła do 700, z czego większość leczono w oddziałach chirurgicznych. Po przejściu 1 i 2 Armii Wojska Polskiego na etaty czasu pokoju i stopniowego kierowania personelu służby zdrowia do okręgów wojskowych sytuacja kadrowa ulegała stopniowej poprawie. Według etatu No 21/20 projekt oficerskiej obsady etatowej Szpitala Okręgowego Nr 5 w Poznaniu pod koniec 1945 roku przedstawiał się następująco: ¹⁷

KIEROWNICTWO

Komendant Szpitala	ppłk Ziemięć Anna
Z-ca K-ta do spraw polit-wychowaw.	kpt. Orłowski Aleksander
Sekcja Administracyjno-Lekarska:	
Pomocnik K-ta Szpitala d.s. leczniczych	mjr Łepkowski Zygmunt
Lek. specj. gimnastyki leczniczej	mjr Kotkowski Antoni
Lekarz sanitarny	mjr Wodziński Piotr
Sekcja polityczno-wychowawcza	
St. wykładowca	por Kimak Bolesław
Wykładowcy:	por Kapuściński Jerzy
	chor. Borowski Leon
Instruktor propagandy	st. sierż. Sobolewski Czesław
Kierownik świetlicy	ppor. Gajek Aleksy
Kierownik biblioteki	sierż. Łuskacz Eleonora
Kwatermistrzostwo:	
Kwatermistrz	mjr Sinielnikow Wiktor

¹⁶ Kronika Szpitala, s. 17.

¹⁷ CAW sygn. 10411/38/3, Projekt etatu Szpitala Okręgowego nr 5 w Poznaniu.

Pomocnicy kwatermistrza:	por. Świderczuk Stanisław por. Wojciechowski Stanisław kpt. Andrzejewski Ludwik chor. Hansz Ludwik
Kancelista płatnik	por. Haltrech Natalia i sierż. Stejskal Marian
Referat finansowy:	
Kierownik referatu	kpt. Dzierżanowski Henryk
Kancelista-płatnik	ppor. Karpińska Jadwiga
Kancelaria:	
Kierownik kancelarii	sierż. pchor. Sawicki Stanisław
ODDZIAŁY CHIRURGICZNE	
Szefowie oddziałów:	mjr Rucki Władysław mjr Zagórski Władysław
Starszy ordynator	kpt. Nowacki Jan
Ordynatorzy:	kpt. Gerwel Waław kpt. Ślesiński Czesław kpt. Garczyk Leon
Siostry oddziałowe:	por. Adamczak Maria por. Krajewska Irena
TRZY ODDZIAŁY WEWNĘTRZNE	
Szefowie oddziałów:	mjr Kraszewski Kazimierz kpt. Kowalski Edward kpt. Białokoz Michał
Starszy ordynator	mjr Szajna Mieczysław
Ordynatorzy:	kpt. Skowroński Wojciech kpt. Gamska Zofia
Siostry oddziałowe:	chor. Bala Janina chor. Sobol Franciszka chor. Jaśkowiak Bronisława
ODDZIAŁ SKÓRNO-WENERYCZNY	
Szef oddziału	mjr Hawrylinka Witold
Starszy ordynator	mjr Gajek Włodzimierz
Ordynator	kpt. Kublinski Edmund
Oddziałowy	chor. Wilkowski Józef

ODDZIAŁ USZNY

p.o. szefa oddziału	mjr Taniewski Józef
Ordynator	mjr Małecki Jan
Siostra oddziałowa	chor. Kobylińska Janina

ODDZIAŁ OCZNY

Szef oddziału	ppłk Waligórski Witold
Siostra oddziałowa	chor. Porankiewicz Jadwiga

ODDZIAŁ NERWOWY

Szef oddziału	kpt. Rogulski Felicjan
Siostra oddziałowa	chor. Jankowska Jadwiga

ODDZIAŁ ZAKAŹNY

Szef oddziału	kpt. Perkowski Witold
Siostra oddziałowa	chor. Wodzianka Aniela

ODDZIAŁ AKUSZERYJNO-GINEKOLOGICZNY

Szef oddziału	mjr Prochorow Mikołaj
Starszy ordynator	kpt. Poznański Alfred
Ordynator	kpt. Bessek Daniela
Siostra oddziałowa	sierż. Pernach Maria

ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Szef oddziału	kpt. Witkowska Józefa
Siostra oddziałowa	por. Wołodzko Bogusława

IZBA PRZYJĘĆ

Szef Izby przyjęć	kpt. Kentzer Bogdan
Felczerzy:	chor. Jopek Izabela
	chor. Lewandowski Jan
	ogniom. Buchsbaum Zygmunt

GABINET DENTYSTYCZNY

Szef gabinetu	kpt. Domiszewski Paweł
Lekarze dentyści:	kpt. Zimetbaum Józef
	kpt. Zagórski Aleksander
Technicy dentystyczni:	chor. Mańkowski Stefan
	chor. Dobrowolska Maria

GABINET RENTGENOLOGICZNY

Szef gabinetu	ppłk Kozłowski Stanisław
---------------	--------------------------

Lekarz rentgenolog	kpt. Hermanowski Bogdan
Rentgenotechnik	chor. Depa Stefan
GABINET FIZYKOTERAPII	
Szef gabinetu	kpt. Abram Marian
Starsza siostra	chor. Pietkiewicz Wanda
OKRĘGOWE LABORATORIUM	
Szef laboratorium	kpt. Lesisz Marian
Lekarze laboranci:	kpt. Bereźnicki Jan
	kpt. Danecki Sylwester
Laboranci:	por. Kozłowski Piotr
	ppor. Glinkiewicz Hipolit
	chor. Baczkowski Tadeusz
LABORATORIUM ANATOMO-PATOLOGICZNE	
Lekarz anatomopatolog	mjr Olech Dominik
REJESTRATURA	
Szef rejestratury	chor. Sobczak Henryk
APTEKA	
Kierownik apteki	por. Karwowski Stefan
Starszy farmaceuta	por. Wainsztajn Dawid
KUCHNIA	
Siostra dietetyczna	chor. Solnicka Kazimiera

W roku 1946 po reorganizacji okręgów wojskowych zmieniono nazwę szpitala na Szpital Okręgowy Nr 3. Prowadzono prace remontowo-budowlane, doposażono w sprzęt oddziały i poliklinikę. Udało się zabezpieczyć pełną obsadę etatów lekarskich, których wykaz wraz z opiniami i wnioskami dotyczącymi poszczególnych lekarzy komendant szpitala przedstawiła w styczniu 1946 roku.

Zasady funkcjonowania szpitala i obowiązki personelu zostały precyzyjnie określone w 1946 roku przez komendanta szpitala w dokumencie „Tok pracy w oddziałach szpitalnych”¹⁸.

Pierwsze lata powojenne to okres ciągłych zmian kadrowych w Szpitalu spowodowanych reorganizacjami leczenia wojskowego, powrotami do ZSRR żołnierzy oddelegowanych do Wojska Polskiego z Armii Czerwonej, odchodzeniem do pracy cywilnej

¹⁸ CAW, sygn. 3735/39/3. *Tok pracy w oddziałach szpitalnych*, szpitalnych. 2-4.

części lekarzy niechętnie nastawionych do służby wojskowej w ówczesnych warunkach oraz kolejnymi powołaniami do służby lekarzy cywilnych. Już w roku 1945 nastąpiły pewne zmiany w stosunku do wyżej przedstawionego projektu oficerskiej obsady etatowej. Zastępcą komendanta do spraw leczniczych został mjr Piszcz-Gajek Włodzimierz, ordynatorem oddziału chirurgicznego kpt. Szymczyk Stefan, szefem oddziału wewnętrznego mjr Ignatowicz Tadeusz, a por. Białokoz Michał ordynatorem oddziału zakaźnego. Porucznicy: Kentzer Bogdan i Abram Marian zostali ordynatorami oddziałów wewnętrznych, a kpt. Neumann Jakub oddziału usznego. Stanowisko szefa oddziału skórno-wenerycznego objął kpt. Omieciński Stefan, a dotychczasowy szef kpt. Hawrylinka został ordynatorem tego oddziału. We wrześniu 1945 r. stanowisko szefa oddziału akuszerijno-ginekologicznego objął mjr Byliński Jerzy, starszym ordynatorem został kpt. Orsik Antoni, a siostrą oddziałową chor. Buszyńska Leokadia. Zmiany nastąpiły także na stanowiskach szefów: izby przyjęć – kpt. Danecki Sylwester i gabinetu fizjoterapii – ppłk Mazurek Józef. Ordynatorem oddziału dziecięcego została por. Gamska Zofia, a lek. dentysta kpt. Zołtyńska Rita-Halina skierowana została do pracy w gabinecie dentystycznym. Chor. Mroczek Alicja zastąpiła chor. Solnicką na stanowisku siostry dietetycznej. W laboratorium rozpoczął pracę por. Gimiński Antoni, natomiast odeszli: kpt. Danecki (szef izby przyjęć) i kpt. Bereźnicki¹⁹. Istotną była zmiana na stanowisku komendanta szpitala w roku 1947. Po zakończeniu służby w Wojsku Polskim i powrocie do Związku Radzieckiego ppłk Ziemięć Anny, komendantem został ppłk Jan Kryśka. Urodził się on 18.03.1905 r. w Bychawie pow. Lublin. Ukończył w 1923 r. gimnazjum w Lublinie, a w 1930 r. Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Przed wojną był żołnierzem zawodowym i jednocześnie pracował w Ubezpieczalni Społecznej. W 1939 r. odbywał służbę wojskową na stanowisku szefa sanitarnego Pomorskiej Brygady Kawalerii. W latach 1940-1944 pracował jako lekarz w Ubezpieczalni Społecznej w Jaworniku pow. Rzeszów, jednocześnie będąc lekarzem partyzantów o pseudonimie „Jarocho” z uznanym przedwojennym stopniem wojskowym – kapitan, w rejonie Dynów, Hyżka, Dubienko. W sierpniu 1944 r. w Rzeszowie wstąpił do Wojska Polskiego, początkowo będąc w dyspozycji Departamentu Służby Zdrowia. W kolejnych latach był zastępcą komendanta 64 Szpitala Ewakuacyjnego w Lublinie (02.10. – 20.11.1944 r.), komendantem Szpitala Garnizonowego Nr 7 w Lublinie (21.11.1944 r. – 02.10.1945 r.), komendantem Szpitala Ewakuacyjnego Nr 66 (03.02.1945 r. – 09. 1945 r.), od września 1945 r. do października 1947 r. pracował w Wydziale Służby Zdrowia OW 3, początkowo jako

¹⁹ CAW, sygn. 10411/38/3, Rozkazy dzienne Wojskowego Szpitala Okręgowego w Poznaniu VI – XI 1945 roku.

kierownik IV Sekcji, a następnie zastępca szefa Wydziału. W listopadzie 1944 r. awansowany do stopnia majora, a we wrześniu 1945 r. podpułkownika. W październiku 1947 r. obejmuje stanowisko komendanta Szpitala Okręgowego Nr 3 w Poznaniu. W lipcu 1949 r. został awansowany do stopnia pułkownika. W stan spoczynku przeszedł 28 kwietnia 1950 roku²⁰.

Dużym problemem ówczesnego Wojska Polskiego były niskie kwalifikacje zawodowe i poziom wykształcenia kadry zawodowej. W warunkach szpitala dotyczyło to przede wszystkim służb pomocniczych, gdyż kadra lekarska będąca podstawą funkcjonowania szpitala musiała posiadać wymagane kwalifikacje fachowe. W październiku 1946 r. został sporządzony przez komendanta Szpitala Okręgowego Nr 5 wykaz stanu oficerów i szeregowych według wykształcenia i pochodzenia społecznego (miało ono duże znaczenie dla kariery wojskowej w tamtym czasie)²¹. W szpitalu pracowało wtedy 83 oficerów, 36 podoficerów i 19 szeregowych. Spośród oficerów dwunastu ukończyło 7 klas szkoły powszechnej, siedmiu 2 klasy gimnazjum, dziewięciu posiadało tzw. małą maturę, ośmiu maturę, dwóch nieukończone studia wyższe i czterdziestu pięciu studia wyższe. Znacznie gorzej przedstawiał się stan wykształcenia podoficerów, z których tylko dwóch było po maturze, jeden tzw. małej maturze, ośmiu ukończyło 4 klasy szkoły powszechnej, dziewiętnastu 7 klas szkoły powszechnej, sześciu 2 klasy gimnazjum. Wśród szeregowych żołnierzy aż 11 ukończyło tylko 4 klasy szkoły powszechnej, siedmiu 7 klas szkoły powszechnej i jeden 2 klasy gimnazjum.

Stan kadry i żołnierzy służby zasadniczej według pochodzenia społecznego rodziców przedstawiał się następująco: oficerowie – 12 pochodzenia robotniczego, 12 rzemieślniczego, 16 chłopskiego, rodzice 32 należeli do tzw. inteligencji pracującej, 11 było wolnych zawodów; podoficerowie – 13 pochodzenia robotniczego, 9 chłopskiego, 10 inteligencja pracująca, 4 inne zawody; szeregowcy – 5 pochodzenia robotniczego, 2 rzemieślniczego, 5 chłopskiego, 5 inne zawody, 2 pracująca inteligencja. Według miejsca pochodzenia: z Poznania i powiatu poznańskiego pochodziło 27 oficerów, 4 podoficerów i 3 szeregowych; z lubelskiego 3 oficerów, 7 podoficerów i 4 szeregowców; z warszawskiego 11 oficerów i 2 szeregowych; ze Śląska 4 oficerów, 4 podoficerów, 1 szeregowy; z Krakowa 2 oficerów; z Częstochowy 3 oficerów; z łódzkiego 3 oficerów i 7 podoficerów; z bydgoskiego 11

²⁰ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Kronika Szpitala - Wyciąg z przebiegu służby płk Kryska Jana s. Pawła, odpis życiorysu ppłk Jana Kryska s. Pawła.

²¹ CAW, sygn. 10413/38/3, Wykaz stanu oficerów i szeregowych Szpitala Okręgowego nr 5 w Poznaniu, k. 38.

oficerów, 3 podoficerów, 1 szeregowy; 3 oficerów i 2 szeregowych pochodziło z Wilna; 7 oficerów ze Lwowa; z Tarnopola 5 oficerów, 3 podoficerów i 2 szeregowych²².

W latach czterdziestych szpital funkcjonował nie tylko w trudnej sytuacji kadrowej, ale także lokalowej i zaopatrzeniowej, o czym świadczą sprawozdania komendanta i opinie organów kontrolujących²³. Według nich szpital mieścił się w budynku nieprzystosowanym na cele szpitalne. Dlatego oddziały i poszczególne kancelarie jak i magazyny musiały z konieczności dostosować się do narzuconych ram rozplanowania budynku. Pokoje są małe, korytarze wąskie, długie i kręte. Cztery klatki schodowe i duża ilość zakamarków, jak również mało użytecznych dla szpitala ubikacji stwarzały warunki bardzo trudne do utrzymania całości w należytym ładzie, porządku i czystości. Praca w poliklinice i utrzymanie jej na odpowiednim poziomie wymagały kwalifikowanej obsady personalnej lekarskiej i pomocniczej. Ilość zgłaszających się dziennie dochodziła niejednokrotnie do 400 osób. Do tego dochodziły jeszcze wizyty w mieście i stałe pogotowie lekarskie nocne lekarza szpitalnego (lekarz dyżurny garnizonu). Ponadto lekarze szpitalni obsługiwali inwalidzkie komisje powiatowe i wojewódzkie, które odbywały się przez około 20 dni w miesiącu. Ponadto trzech lekarzy było zatrudnionych w Okręgowej Komisji Lekarskiej. Bardzo często lekarze szpitalni musieli wyjeżdżać na różnego rodzaju kontrole do poszczególnych jednostek. W okresie poboru i rejestracji kilku lekarzy ze szpitala było zatrudnionych w Rejonowej Komisji Uzupełnień. Musiano dokonać zmian na niektórych stanowiskach odnośnie zatrudnienia pracownika etatowego wojskowego zamiast kontraktowego, co podyktowane było koniecznością nie liczenia się niejednokrotnie z 8 godzinnym dniem pracy, koniecznością dyscypliny na tym stanowisku i większą odpowiedzialnością. Za konieczne uznano wprowadzenie etatu samochodu osobowego dla szpitala dla usprawnienia pracy dyżurnego chirurga, ginekologa i lekarza dyżurnego wyjeżdżającego do chorych w mieście, a przede wszystkim komendanta, który jest naczelnym lekarzem garnizonu i musi wyjeżdżać na kontrole jednostek garnizonu, w sprawach do załatwienie w Dowództwie Okręgu, władzach administracji cywilnej itp. Trudności gospodarcze i brak odpowiednich środków finansowych powodowały, że bardzo powoli i często własnymi środkami przeprowadzano prace remontowe i adaptacyjne pomieszczeń. Na początku 1946 r. została zbudowana suszarnia do bielizny, co usprawniło gospodarowanie bielizną szpitalną. Zostały urządzone szatnie w poliklinice i izbie przyjęć, dzięki czemu chorzy mogli wchodzić do gabinetów lekarskich bez odzieży wierzchniej. Również odwiedzający chorych korzystali z szatni i wchodzili na

²² Tamże, k. 41.

²³ Tamże.

oddziały w białych fartuchach. Własnymi siłami została odremontowana izba przyjęć, a następnie poliklinika. Izba przyjęć po remoncie posiadała osobne wejście i składała się z poczekalni, pokoju kancelaryjnego, gabinetu lekarskiego i osobnego pokoju przyjęć dla chorych zakaźnych. Obok izby przyjęć znajdowały się łazienki, gdzie chorzy korzystali z kąpieli, a na podwórzu ustawiono komorę dezynfekcyjną, w której dezynfekowano odzież przyjmowanych chorych. Odzież pacjentów przekazywano do magazynu mundurowego, a broń i cenne przedmioty oddawano upoważnionemu personelowi do depozytu w przystosowanych pomieszczeniach. Braki w zaopatrzeniu powodowały, że średnia temperatura w salach chorych w miesiącu styczniu 1946 r. wynosiła 17 – 18 stopni w czasie mrozów. W ciągu doby spalano 6 – 8 ton koksu, którego zapasy wystarczały w tym czasie tylko do 10 lutego. W dziale żywnościowym szpital dysponował zapasem tłuszczów i jarzyn na 2 miesiące, przydział dzienny mleka dla chorych wynosił 100 litrów, a w ostatnich dniach stycznia udało się uzyskać dla chorych wymagających żywienia dietetycznego mięso kurze. Jakość potraw dla chorych uległa znacznej poprawie pod względem kalorycznym i gatunkowym. Stosowano w szpitalu według przyjętej w wojsku nomenklatury 4 diety: ogólną, oszczędzającą, mleczną i mleczno-jarzynową. W wyremontowanej poliklinice znajdującej się na pierwszym piętrze leczono chorych wojskowych i ich rodziny, którzy mieli skierowania od lekarzy jednostek wojskowych. Funkcjonowało 10 gabinetów specjalistycznych, w których w miesiącu styczniu 1946 r. przyjęto ponad 6 tysięcy chorych: chirurgiczny 1137, wewnętrzny 1627, dentystyczny 1428, laryngologiczny 482, oczny 587, dziecięcy 169, skórno-weneryczny 812, neurologiczny 152, rentgenowski 610, ginekologiczny 55. W miejscach zamieszkania udzielono pomocy 67 chorym²⁴.

Pierwsze lata powojenne to także czas nasilonej walki ideologicznej, co szczególnie widoczne było w wojsku, gdzie prowadzona była intensywna praca polityczno – wychowawcza i partyjna, co nie ominęło także szpitala.

Pracę polityczno-wychowawczą prowadził zastępca komendanta, trzech lektorów i kierownik świetlicy. W styczniu 1946 roku wygłoszono 12 pogadanek programowych zarówno dla personelu, jak i dla chorych. Tematami pogadanek były m.in.: „P.K.W.N. i jego manifest”; „Czyny orężne Piastów”, „Od P.K.W.N. do Rządu Jedności Narodowej”; „Sukcesy demokracji powojennej w Europie”; „Jak powstało Państwo Polskie?”; „Demokratyczny front narodowy”; „Wielka bitwa pod Moskwą 1941-1942”; „Polityka zagraniczna Polski”. Co drugi dzień przeprowadzano gawędy z chorymi, które według sprawozdania komendanta szpitala

²⁴ CAW sygn. 10438/38/53, *Sprawozdanie komendanta Szpitala Okręgowego nr 5, styczeń – marzec 1946r.*

wzbudzały duże zainteresowanie, gdyż tematy czerpane były z życia politycznego i gospodarczego kraju. Codziennie w trakcie informacji politycznej omawiano aktualne zagadnienia dnia wykorzystując prasę centralną. W pracy z oficerami wykorzystywano prasę i wydawnictwa Głównego Zarządu Polityczno Wychowawczego Wojska Polskiego. Obowiązkowo rozwijano współpracę z ludnością cywilną, w ramach której nawiązano kontakt z Zakładami Metalowymi H. Cegielskiego, które objęła patronat nad szpitalem. Pracownicy fabryki obdarowywali chorych papierosami, kiełbasą i jabłkami oraz urządzali m.in. przedstawienia teatralne, a delegacja szpitala na masówce robotników firmy złożyła im gratulacje z okazji przejęcia przez państwo tej fabryki. Na terenie szpitala zorganizowano bibliotekę posiadającą 400 książek. Każdy oddział posiadał własną świetlicę, a także istniała ogólna świetlica ze sceną i zainstalowanym w styczniu 1946 r. aparatem filmowym. W kwietniu 1946 r. lektorzy przeprowadzali indywidualne rozmowy celem przygotowania chorych do Świąt Wielkanocnych. W dniu 20 kwietnia w uroczystym śniadaniu świątecznym uczestniczyli: dowódca Okręgu Wojskowego Nr 3 gen. dyw. Wsiewołod Strażewski, zastępca do spraw polityczno wychowawczych ppłk Adam Uziębło, ks. dziekan Żebrowski, a także przedstawiciele społeczeństwa i zakładów H. Cegielskiego²⁵.

W kolejnych latach w czasie zaostrzenia się sytuacji międzynarodowej, wzrostu napięcia w stosunkach między zwycięskimi mocarstwami oraz nasilenia walki ideologicznej w Polsce, zwłaszcza w okresie wyborów, personel szpitala uczestniczył w coraz liczniejszych szkoleniach, akcjach propagandowych i innych zajęciach nie mających wiele wspólnego z zasadniczymi zadaniami tego typu zakładu. Co miesiąc zastępca komendanta do spraw polityczno - wychowawczych składał raporty do Zarządu Polityczno Wychowawczego Okręgu Wojskowego oraz do Szefa Wydziału III Wiceministerstwa o nastrojach wśród kadry i chorych, dyscyplinie i stanie moralnym, wyszkoleniu politycznym, wyszkoleniu liniowym, pracy propagandowej, pracy nad ludnością cywilną i o sprawach gospodarczych²⁶.

W okresie przedwyborczym i w czasie wyborów w 1947 r. dodatkowo meldował o przebiegu akcji wyborczej, prowadzonej agitacji i sposobie głosowania w lokalu wyborczym na terenie szpitala. W okresie przedwyborczym prowadzono pracę polityczną z całym personelem i chorymi zachęcając do głosowania jawnego, w grupach, np. oficerowie z żołnierzami z poparciem listy Nr 3. Przedstawiano postacie kandydatów tej listy, zasady ordynacji wyborczej oraz osiągnięcia polityczne i gospodarcze, co miało zachęcić do głosowania na Blok Stronnictw Demokratycznych. Zorganizowano akcję zbierania podpisów

²⁵ CAW, sygn. 10422/38/3, *Sprawozdanie komendanta z pracy polityczno – wychowawczej w 1946 roku.*

²⁶ Tamże.

obywateli deklarujących się głosować na listę Nr 3 oraz zdecydowanie zwalczano wszelkie przejawy wyrażania innych opinii. Wykryto np. fakt przechowywania kartek wyborczych z numerem 5 i próby nakłaniania innych chorych do głosowania na listę Nr 5, co spotkało się z natychmiastową reakcją oficerów polityczno-wychowawczych likwidujących źródło, z którego chorzy otrzymywali te kartki. W raporcie zastępca komendanta dnia 10.02.1947 r.²⁷ meldował, że wielkie wrażenie wśród oficerów wywołało przemówienie Marszałka Polski Michała Żymierskiego i referaty członka KC PPR i Zastępcy Dowódcy III OW płk. Adama Uziembło, w których określono jasno stanowisko Stronnictw Demokratycznych wobec opozycji PSL i stanowisko jakie musi zająć pracownik państwowy, a tym bardziej oficer w wyborach do Sejmu Ustawodawczego. Referaty te według raportu wywarły duże wrażenie na tej grupie oficerów lekarzy, którzy odnosili się z pewną nieufnością do osiągnięć Bloku Demokracji i przekonali ich w dużej mierze, że oglądanie się na PSL jest szkodliwe dla państwa i jedyną drogą dla każdego uczciwego Polaka, a zwłaszcza oficera jest jego udział w odbudowie Polski Ludowej, którą kieruje obóz demokratyczny. Mimo, że oficerowie zostali uprzedzeni, iż głosowanie odbywa się tajnie, większość oficerów szpitala włożyła demonstracyjnie kartki z numerem 3. Około 6 oficerów (w raporcie wymienieni z nazwiska) głosowało w ten sposób, że odeszli od stołu komisji i na uboczu włożyli kartki wyborcze do kopert. Żołnierze i podoficerowie plutonu administracyjnego oraz kursanci szkoły podoficerów sanitarnych oświadczyli jednomyślnie, że pragną głosować na Blok Stronnictw Demokratycznych jawnie. W akcji, jaką podjęły partie zblokowane, związek zawodowy pracowników administracji wojskowej zorganizował wśród pracowników kontraktowych szpitala zbieranie podpisów tych, którzy zobowiązują się głosować na kandydatów listy Nr 3. na ogólną liczbę 247 pracowników sześciu odmówiło złożenia podpisu. Do urn wyborczych wojskowy personel szpitala i pracownicy cywilni udali się grupowo. Wśród osób wojskowych nie było wypadku uchylenia się od głosowania. Zorganizowano pochód pracowników cywilnych przed gmach Sztabu III OW, w którym wzięło udział 160 osób, wykazując zrozumienie ważności aktu jakim były pierwsze wybory do Sejmu Ustawodawczego. W tym stanie rzeczy można było zameldować o zrealizowaniu wytycznych pracy polityczno-wychowawczej oraz wysokim poziomie dyscypliny i stanu moralnego personelu szpitala²⁸.

W kolejnych miesiącach następuje nasilenie akcji propagandowej, szkolenia politycznego i obciążanie personelu medycznego sprawami nie związanymi z zasadniczą działalnością szpitala, co przy ciągle niekorzystnej sytuacji gospodarczej i trudnych

²⁷ CAW, sygn. 10428/38/3, *Raport zastępcy komendanta Szpitala Okręgowego nr 5 z 10 lutego 1947r.*

²⁸ Tamże.

warunkach pracy budziło niechęć wielu lekarzy do dalszej służby wojskowej. Według raportu z czerwca 1947 r.²⁹ zgodnie z wytycznymi położony był specjalny nacisk na „wykazanie znaczenia pogłębiania i umacniania jedności obozu demokratycznego, a zwłaszcza jedności klasy robotniczej – podstawy demokracji polskiej”³⁰. W przeprowadzanych pogadankach i referatach wskazywano na konieczność jedności klasy robotniczej jako gwarancji realizacji stojących zadań na odcinku życia politycznego i gospodarczego, przedstawiano prace sejmu nad ustalaniem budżetu i planu inwestycyjnego i starano się znaleźć zrozumienie dla ciągle rosnącego wzrostu cen i braków na rynku. Jednak oficerowie szpitala do podjętej walki ze spekulacją i drożyzną odnosili się z rezerwą, uważając, że akcja ta nie da oczekiwanych rezultatów. Oficerowie zadawali m.in. pytania: dlaczego przedsiębiorstwa prywatne są dochodowe? Podkreślano, że cały szereg zakładów państwowych pracuje deficytowo i pytano „Czy w tej sytuacji nie należałoby oddać pewnych gałęzi gospodarki do dyspozycji inicjatywy prywatnej?” Wywoływało niepokój czynników partyjno-politycznych. Przedstawiciele pionu politycznego zrzucali odpowiedzialność za trudną sytuację gospodarczą na działalność spekulantów, którzy „podobnie jak reakcyjne bandy podziemia są tymi, którzy niszczą osiągnięcia Polski Ludowej i hamują jej rozwój”³¹. Argumenty te nie znajdowały zrozumienia, a pracownicy kontraktowi nie związani dyscypliną wojskową głośno wyrażali swoje niezadowolenie. Jedna z pracownic stwierdziła, że „/.../ jest zupełnie zniechęcona, będąc wdową pracuje na utrzymanie dzieci, dla których ze względu na wysoką cenę chleba musi się sama poświęcać przychodząc do pracy bez śniadania. Brak chleba nie jest w jej domu rzadkością, nie mówiąc o innych artykułach spożywczych”³².

Braki w zaopatrzeniu w podstawowe artykuły żywnościowe były w wojsku tak wielkie, że Szef Zarządu Polityczno- Wychowawczego III OW w związku z wprowadzeniem nowych norm chleba dla całego stanu osobowego zarządził omówienie z żołnierzami w specjalnych gawędach przyczyny zmniejszenia racji chleba i jego zamiany na ziemniaki. Aparatowi politycznemu nakazano przy wszelkiego rodzaju dyskusjach wynikłych w związku ze zmniejszeniem racji chleba upolityczniać zagadnienie, wskazywać na jego źródła i wymagać zrozumienia od żołnierzy i przeciwstawiać się jałowym dyskusjom³³.

Szczególną uwagę nakazano zwracać na dyżury i kontrole kuchni po wprowadzeniu zamiany chleba na ziemniaki oraz dopilnować, aby normy były ściśle przestrzegane i aby

²⁹ CAW. sygn. 10428/38/3, *Raport zastępcy komendanta ds. pol.-wych. z 28 czerwca 1947r.*

³⁰ Tamże.

³¹ Tamże, *Sprawozdanie komendanta szpitala do zastępcy III OW ds. polityczno - wychowawczych z 4 czerwca 1947r..*

³² Tamże.

³³ CAW. sygn. 3/39/3744, *Meldunek komendanta szpitala z 20 grudnia 1945r.*

straty przy obieraniu ziemniaków nie przewyższały ustalonej normy. Trudną sytuację w zaopatrzeniu w podstawowe artykuły żywnościowe kadry i rodzin starano się rozwiązywać wydając specjalne asygnaty żywnościowe dla rodzin umożliwiające zakup określonej ilości towaru. W grudniu 1945 roku oficerowie i personel pełniący funkcje oficerskie otrzymali dla żon i rodzin asygnaty na comiesięczne zaopatrzenie według normy na osobę: chleb z mąki żytniej 6 kg, mąka pszenna 1 kg, kasze różne 1,5 kg, mięso 1 kg, tłuszcz 0,5 kg, herbata lub kawa 100 g., ziemniaki – jarzyny 12 kg, cukier 0,25 kg, sól 0,5 kg, wafle 0,5 kg, zapalki 2 pudełka, mydło 0,15 kg. Przy odbiorze tych asygnat należało zdać karty zaopatrzeniowe z urzędów miejskich oraz wnieść opłatę w wysokości 26, 70 zł na każdego członka rodziny³⁴.

Dla załagodzenia panujących wśród personelu nastrojów zintensyfikowano akcje propagandowe, nasilono częstotliwość różnych szkoleń, do udziału w których angażowano oficerów nie tylko jako biernych uczestników, ale także jako szkolących, włączano się do różnych form współpracy z ludnością cywilną i zaczęto poważnie traktować własne sprawy gospodarcze m.in. rozwijając gospodarstwo przykoszarowe i szpitalną spółdzielnię³⁵. W wyszkoleniu politycznym koncentrowano się na wynikających z uchwał sejmu i dekretu rządu zagadnieniach „walki z drożyzną” i spekulacją³⁶.

Kadra szpitala obciążona była poza normalną swoją pracą prowadzeniem różnego rodzaju szkoleń i udziałem w przedsięwzięciach w ramach jak to określano „Praca nad ludnością cywilną”. Przykładowo w miesiącu czerwcu 1947 roku przeprowadzono następujące szkolenia i akcje:

Wyszkolenie liniowe.

I. Zajęcia fachowe

- a) dla lekarzy – „Higiena pomieszczeń” kpt. Jan Bereźnicki
- „Służba zdrowia armii w polu” mjr Zygmunt Łepkowski
- „Leczenie ran i postępowanie z rannymi” mjr Władysław Zagórski
- Posiedzenia naukowo – lekarskie
- Referat „Ostry gościec stawowy” mjr Edward Kowalski
- Demonstracje chorych: kpt. Marian Abram „Złamanie kości miednicy” i „Guz krezki”
- Pokazy rentgenowskie: ppłk Kozłowski i kpt. Hermanowski
- b) dla pielęgniarek – „Higiena Żywienia” ppor. Glinkiewicz

³⁴ Kronika szpitala, s. 39.

³⁵ CAW., sygn. 10428/38/3.

³⁶ Tamże.

„Wstrząs pourazowy-postępowanie” kpt. Marian Abram
 „Przechowywanie, konserwacja i wydawanie materiałów
 sanitarnych” por. Stefan Karwowski

Konferencja sióstr – referat „Pielęgnacja jamy ustnej i odleżyn u ciężko chorych” ppor.
 Aniela Wodzianka

c) dla sanitariuszek – „Pielęgnacja chorego w szpitalu” chor. Izabela Jopek
 „Opieka nad ciężko chorymi” siostra Zawodna
 „Higiena pomieszczeń” kpt. Jan Bereźnicki
 „Opatrunek osobisty” kpt. Marian Abram

II. Szkolenie oficerów

Odbyło się przeszkolenie wojskowe i bojowe z zakresu musztry piechoty i wyszkolenia
 wojskowego dla wszystkich oficerów szpitala. Ćwiczenia odbywały się w terenie z
 programem:

- Natarcie
1. Drużyna strzelecka w natarciu.
 2. Zachowanie się drużyny strzeleckiej do czasu zajęcia pierwszej linii bojowej.
 3. Drużyna na podstawie wyjściowej do natarcia.
 4. Drużyna na linii ogniowej w natarciu.
 5. Przygotowanie się do szturm.
 6. Wykonanie szturm³⁷.

W dowództwie okręgu odbyła się gra wojenna, w której ze szpitala wzięli udział: mjr
 Zygmunt Łepkowski, mjr Władysław Zagórski, mjr Marian Lesicz, mjr Antoni Kotkowski.
 Odbył się także kurs dla lekarzy okręgu z zakresu przetaczania krwi i płynów
 krwiozastępczych zorganizowany przez Szefa Wydziału Służby Zdrowia Okręgu płk. Leo
 Sameta oraz Pełnomocnika Okręgu Wielkopolskiego PCK prof. Siengalewicza. Spośród
 lekarzy Szpitala referaty wygłosili: mjr Zagórski „Technika przetaczania krwi i płynów
 krwiozastępczych” i kpt. Ryszard Fidelski „Zarys historyczny leczenia krwią” oraz
 „Organizacja krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Polsce”. W oddziale chirurgicznym odbyły
 się pokazy przetaczania krwi i płynów krwiozastępczych.

Poza udziałem w szkoleniach fachowych lekarze wojskowi zmuszani byli do
 uczestnictwa w tzw. kołach pracy samokształceniowej skupiających w 1946 roku 41
 członków, w tym 13 oficerów starszych zorganizowanych w sekcjach pod kierunkiem płk.
 Stanisława Kozłowskiego i mjr Kamińskiego. W trakcie zajęć omawiano takie zagadnienia

³⁷ CAW, sygn. 10428/38/3, *Plan szkolenia ogólnowojskowego Szpitala Wojskowego III OW, Poznań 8 czerwca 1947r.*

jak m.in. „walka o handel”, „obronność państwa, granice na zachodzie”, „ rozmowa materialisty z idealistą”, „od demokracji liberalnej do demokracji ludowej”. Zajęcia prowadzili m.in. komendant szpitala płk Anna Ziemiec, lekarze – mjr Zygmunt Łepkowski, por. Hipolit Glinkiewicz i por. Żaboklicki. Codziennie oraz okresowo dla omówienia sprawy dyscypliny, przed rozpoczęciem zajęć z oficerami szpitala odbywały się odprawy. W ramach „pracy nad ludnością cywilną” w celu dobrego nastawienia wobec odrodzonego Wojska Polskiego oficerowie szpitala brali udział w zebraniach fabrycznych takich zakładów jak „Goplana”, czy „Cegielski”, wygłaszali pogadanki na temat różnych chorób, zwłaszcza rozpowszechnionych wtedy takich jak gruźlica, krzywica u dzieci, czy choroby zakaźne³⁸.

W czasie powojennego ogólnego niedostatku ważnym źródłem zaopatrzenia szpitala w żywność było posiadające bydło i trzodę chlewną gospodarstwo przykoszarowe mieszczące się w odległym o 53 kilometry Jaszkanie w powiecie śremskim. Było w nim 19 świń, 5 krów mlecznych, cielęta i drób. Mleko uzyskane z udoju krów sprzedawane było oficerom i podoficerom zawodowym w cenie 15 zł za jeden litr. Gospodarstwo liczyło 4 hektary całkowicie zagospodarowanych gruntów, skąd zaopatrywano szpital w niezbędne warzywa³⁹.

Jedną z jednostek organizacyjnych szpitala była spółdzielnia mająca ok. 1,3 mln. zł. obrotu miesięcznego, zaopatrująca członków przede wszystkim w deficytową wtedy mąkę, chleb po ½ kg dziennie w cenie 29 zł oraz owoce, jarzyny, wyroby mleczarskie i rzadziej mięso. Z wyrobów tekstylnych zaopatrywano w tanie materiały letnie, płótno i drobne artykuły. W okresie zimowym dostarczano za minimalną opłatą samochodami spółdzielczymi przydzielony na karty opałowe węgiel⁴⁰.

W sytuacji katastrofalnego stanu gospodarki, pogłębiających się braków w zaopatrzeniu w nawet podstawowe, niezbędne do życia towary, stałym wzroście cen i przy stosunkowo niskich zarobkach żołnierzy zawodowych, lekarze szpitala mimo nawału codziennych obowiązków służbowych (często mających niewiele wspólnego z pracą lekarza) zmuszeni byli podejmować prace dodatkowe poza szpitalem. Na wykonywanie tych prac trzeba było uzyskać zgodę Departamentu Służby Zdrowia MON lub dowódcy jednostki (komendanta), który powiadamiał Dowódcę Okręgu Wojskowego o wyrażeniu takiej zgody oraz czasie i miejscu pracy pozasłużbowej. W latach 1946 – 1947 dwudziestu lekarzy (w tym dwóch bez wymaganej zgody) szpitala wykonywało pracę pozasłużbową w różnych jednostkach poznańskiej służby zdrowia lub w prywatnych gabinetach. Według meldunku

³⁸ CAW 104 28/38/3, *Sprawozdanie z działalności polityczno – wychowawczej Szpitala Wojskowego III OW w Poznaniu styczeń – czerwiec 1947r.*

³⁹ CAW 104 32/38/1, *Kwaternistrzostwo*, s. 1-3.

⁴⁰ Tamże.

komendanta szpitala do Dowódcy III Okręgu Wojskowego byli to: kpt. Ryszard Fidelski – adiunkt Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu w Poznaniu; kpt. Tadeusz Knitter w Szpitalu św. Józefa - praca bezpłatna celem dokończenia specjalizacji; kpt. Ostapowicz – lekarz fabryczny Fabryki H. Cegielski Poznań (bez zgody przełożonych); ppor. Stefan Mańkowski – we własnym mieszkaniu (bez zgody przełożonych); ppłk Kozłowski – gabinet rentgenologiczny (własny) w Poznaniu; ppłk Waligórski – Ubezpieczalnia Społeczna w Poznaniu; ppłk Łepkowski – praktyka lekarska (własny gabinet) w Poznaniu; ppłk Małecki – Ubezpieczalnia Społeczna i gabinet prywatny w Poznaniu; ppłk Wojciechowski – oddział neurologiczny Szpitala Miejskiego w Poznaniu; ppłk Lesisz – lekarz domowy Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu; mjr Białokoz – prywatna praktyka, własny gabinet w Poznaniu; kpt. Kentzer – praktyka prywatna we własnym mieszkaniu w Poznaniu; kpt. Ślesiński – Ubezpieczalnia Społeczna w Poznaniu, kpt. Abram – lekarz pogotowia ratunkowego P.C.K.; kpt. Danecki – lekarz pogotowia ratunkowego P.C.K.; kpt. Stalewski – prowadzenie stacji przeciwgruźliczej w Szamotułach; kpt. Hoffman – Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Poznańskiego; por. Biliewicz-Stankiewicz – starszy asystent patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Poznańskiego.; por. Sikora – Ubezpieczalnia Społeczna w Poznaniu; por. Manikowski – asystent kontraktowy Uniwersytetu Poznańskiego⁴¹.

Bardzo trudne warunki życia i służby kadry szpitala w okresie powojennym, nadmierne przeciążenie różnymi dodatkowymi poza lekarskimi obowiązkami, których sensu często trudno było zrozumieć, upolitycznienie każdej działalności, ograniczone możliwości dodatkowego zarobkowania oraz pamięć o czasach dostatniego życia lekarzy przed wojną powodowały wśród znacznej części oficerów zniechęcenie do służby i chęć zmiany poprzez powrót do życia cywilnego. W przeważającej mierze nie zdawano sobie jeszcze sprawy z przyszłych skutków działań komunistycznej władzy w zakresie upaństwowiania kolejnych dziedzin życia gospodarczego i likwidowania przejawów prywatnej inicjatywy nawet w tzw. wolnych zawodach i sądzono, że poza wojskiem można będzie jeszcze funkcjonować zawodowo na normalnych zasadach. Według wykazu imiennego oficerów, którzy złożyli prośby o przeniesienie do rezerwy, do lipca 1948 roku 24 lekarzy szpitala wyraziło chęć zwolnienia się ze służby wojskowej. Byli to: ppłk Wojciechowski, ppłk Zagórski, ppłk Lesisz, ppłk Małecki, mjr Chylak Sergiusz, mjr Białokoz, mjr Gerwel, mjr Kowalski, mjr Domiszewski, mjr Kraszewski, kpt. Hoffman, kpt. Danecki, kpt. Ostapowicz, kpt. Abram,

⁴¹ CAW., sygn. 3749/39/3, meldunek komendanta szpitala do dowódcy kręgu z 22.12.1947r.

kpt. Hermanowski, kpt. Szulc, kpt. Knitter, kpt. Stalewski, kpt. Fidelski, kpt. Zimetbaum, kpt. Karwowski, ppor. Depa, ppor. Woda i ppor. Krajewska⁴².

Większość z tych oficerów stanowiła kadrę kierowniczą szpitala i odejście ich ze służby zagroziłoby funkcjonowaniu jego oddziałów. Z tego powodu szef służby zdrowia okręgu z reguły nie wyrażał zgody na opuszczenie szeregów wojska przez lekarzy. Co ciekawe takich przeszkód nie czyniono w stosunku do oficerów innych rodzajów wojsk, np. piechoty, artylerii, wojsk pancernych i zmotoryzowanych. Niektórzy z wymienionych wyżej lekarzy poznańskiego szpitala jeszcze do lat siedemdziesiątych pracowali w 111 Szpitalu Wojskowym na stanowiskach ordynatorów lub kierowników przychodni (płk Gerwel, płk Stalewski, płk Knitter), a płk Fidelski był profesorem, kierownikiem Katedry Fizjopatologii w Wojskowej Akademii Medycznej. W stosunku do niepokornych ówczesne władze wojskowe stosowały różne środki, które miały oddziaływać odstraszaingly na pozostałych. Jednemu z oficerów (mjr. Sergiuszowi Chylakowi) dopiero w 1948 roku, po złożeniu przez niego prośby o przeniesienie do rezerwy prokurator wojskowy Prokuratury Okręgowej III w Poznaniu zarzucił, że w 1942 r. w Tarnowie, będąc obywatelem polskim zgłosił swoją przynależność do narodowości ukraińskiej uprzywilejowanej przez okupanta, co stanowiło cechy przestępstwa z art. 1 § 1 Dekretu z 28 czerwca 1946 r. Zastosowano środek zapobiegawczy – trzymiesięczny areszt zapobiegawczy i wydano oficera ze służby⁴³. W tym czasie decyzję o zastosowaniu aresztu jako środka zapobiegawczego podejmował nie sąd, a prokurator, często jako czynnik polityczny, co było dodatkowym elementem zastraszania.

2. Problemy lecznicze i orzecznictwo wojskowo – lekarskie

W pierwszych miesiącach funkcjonowania w Szpitalu leczeni byli przede wszystkim ranni i chorzy, ofiary działań wojennych, których pierwszy transport przyjęto 6 kwietnia 1945 roku. Liczba chorych dochodziła do 700, z czego większość stanowili ranni przede wszystkim z ranami postrzałowymi, leczeni początkowo w trzech, później dwóch oddziałach chirurgicznych. W grudniu 1945 roku 246 łóżek szpitalnych zajętych było jeszcze przez rannych (1 uraz szczękowo-twarzowy, 3 neurochirurgiczne, 26 klatki piersiowej i brzucha, 13 kości i stawów, 49 ocznych, 49 usznych, pozostałe były urazami wielonarządowymi)⁴⁴. Poza typowymi dla służby wojskowej schorzeniami jak zapalenia płuc i oskrzeli, choroby układu

⁴² CAW., sygn. 10442/38/3, k. 2.

⁴³ CAW., sygn. 10442/38/3, *Działalność polityczno – wychowawcza Szpitala Wojskowego w Poznaniu styczeń – grudzień 1948 r.*, s. 7-8.

⁴⁴ CAW, sygn. 10421/38/3.

krążenia, zapalenia dróg moczowych, urazy zwłaszcza komunikacyjne, nerwice w tym jak to określano „wyczerpanie nerwowe”, do lecznicy trafiali liczni pacjenci z chorobami będącymi problemem całego powojennego społeczeństwa, żyjącego wiele lat w skrajnie niesprzyjających warunkach. Największa zachorowalność dotyczyła gruźlicy, durów, jaglicy, zimnicy i chorób wenerycznych. Największa śmiertelność występowała w przypadku gruźlicy i durów. Choroby weneryczne były tak rozpowszechnione w ówczesnym wojsku, że do ich leczenia w warunkach szpitala poznańskiego zorganizowano specjalne oddziały w Złotnikach, Puszczykowie i Puszczykówku koło Poznania. Jak wynika z rozkazów dziennych w październiku 1945 roku na 838 pacjentów leczonych w oddziałach szpitalnych, chorych wenerycznie było: 120 w Złotnikach, 34 w Puszczykowie i 68 w Puszczykówku. W grudniu 1945 roku, kiedy stan chorych szpitala wynosił około 600, chorych wenerycznie było od 145 do 169 (oddział w Złotnikach wtedy zlikwidowano)⁴⁵. Braki zaopatrzeniowe, przede wszystkim w penicylinę, o dostawy której podobnie jak streptomycyny trzeba było zwracać się aż do Departamentu Służby Zdrowia MON powodowały, że chorzy ci byli leczeni związkami arsenu (BAL – brytyjski antyluizyt), co powodowało liczne powikłania, zwłaszcza ze strony układu nerwowego wymagające często leczenia szpitalnego⁴⁶. W ramach działań profilaktycznych zarządzono obowiązkowe badania serologiczne na odczyn Wassermana u ciężarnych zgłaszających się do poradni i oddział ginekologiczno-położniczych⁴⁷.

Brak antybiotyków utrudniał także leczenie takich schorzeń jak zapalenie płuc i oskrzeli, zatok, szpiku kostnego, czy mięśnia sercowego. Jeszcze w roku 1948 przed leczeniem operacyjnym pacjenta-oficera w jednym z oddziałów klinicznych komendant Szpitala zwracał się do Szefa Departamentu Służby Zdrowia MON o przydział 3 mln. jednostek penicyliny, a każde użycie tego antybiotyku musiało być odnotowane w specjalnym wykazie z zaznaczeniem danych personalnych chorego. Takie braki powodowały m.in. zakażenia okołoporodowe i wypadki śmierci noworodków, co skłaniało rodzące do chęci odbywania porodów w klinice uniwersyteckiej, a nie w oddziale Szpitala Wojskowego.

Pacjentów zagrożonych gruźlicą i powodującą dużą wykruszalność z armii jaglicą po wstępnym leczeniu kierowano do komisji lekarskiej i następnie po zwolnieniu z wojska do leczenia w ośrodkach specjalistycznych. Znaczne zagrożenie dla sprawności wojska stanowiły w tym czasie dury – brzuszny i plamisty oraz w mniejszym stopniu błonica i zimnica. W grudniu 1945 r. i styczniu 1946 r. w oddziale zakaźnym leczono 20 pacjentów z

⁴⁵ Kronika Szpitala, Rozkazyienne: Nr 185, Nr 217, Nr 222, Nr 224, Nr 226, Nr 227 z 1945 roku.

⁴⁶ CAW IV, sygn. 3747/39/3.

⁴⁷ Tamże.

powodu duru brzuszego, 3 duru plamistego i 3 błonicy. W całym wojsku w ramach akcji profilaktycznej prowadzono szczepienie przeciw durowi i czerwonce oraz nakazano wzmożenie walki z wszawicą, powodującą szerzenie się duru. Sytuacja sanitarno-higieniczna w tym czasie była wręcz katastrofalna, o czym świadczy m.in. pismo Dowódcy Wojsk Lotniczych WP nr 13 ze stycznia 1946 roku (w języku rosyjskim) nakazujące w związku z 20% zawszeniem wojska, a w przypadku służby wartowniczej nawet 50% ścisłe kontrole wracających z przepustek, dopilnowanie korzystania z łaźni i pralni oraz meldowanie o skutkach działań profilaktycznych⁴⁸.

Po zakończeniu działań wojennych i przy dużych ruchach migracyjnych ludności zagadnieniem epidemiologicznym stała się zimnica. Sytuację w tym czasie pogarszały sprzyjające warunki terenowe wielu rejonów kraju, duża ilość chorych i brak środków do walki z tą chorobą. Dlatego zarządzono w III Okręgu Wojskowy, przeprowadzenie leczenia profilaktycznego tych żołnierzy, którzy w ostatnich latach chorowali na zimnicę, stosując atebrynę i chininę oraz dopilnowanie aby na terenie koszar, w magazynach, jak również w najbliższym sąsiedztwie koszar nie było odkrytych zbiorników wody z wodą stojącą. Nakazano także odymienie piwnic i pomieszczeń, w których zimują komary. W poznańskiej lecznicy szczęśliwie zanotowano niewiele przypadków tej choroby leczonych w oddziale zakaźnym⁴⁹.

Szpital w trudnych latach powojennych borykał się nie tylko z brakami środków leczniczych, trudnościami lokalowymi i zaopatrzeniowymi, ale także wyposażeniowymi w odpowiedni sprzęt medyczny, który często zdobywano wysiłkiem lekarzy jak np. w oddziale laryngologicznym. Poziom niedostatków wyposażeniowych obrazuje m.in. konieczność skierowania na badanie EKG jeszcze w 1948 r. żony szefa służby zdrowia OW III do szpitala kolejowego z powodu braku aparatu w lecznicy wojskowej. Jednak mimo tych wszystkich trudności i braków szpital stopniowo dzięki wysiłkowi kadry, postępującej poprawie warunków wyposażenia i zaopatrzenia oraz zrozumienia władz wojskowych konieczności stwarzania stosownych możliwości leczenia, wzmacniał swoją pozycję wśród podobnych jednostek tak wojskowej jak i cywilnej służby zdrowia⁵⁰.

Problemy lecznicze, rehabilitacyjne oraz związane z określaniem związku przyczynowego służby wojskowej ze stanem zdrowia odzwierciedlają orzeczenia wojskowej komisji lekarskiej. Do celów orzeczniczych w latach 1945 – 1954 pracowały na terenie

⁴⁸ CAW, sygn. 10421/38/3, rozkaz Dowódcy Wojsk Lotniczych nr 13 z 28.01.1946 r. do dowódców podległych mu jednostek w sprawie działań profilaktycznych.

⁴⁹ Tamże.

⁵⁰ CAW IV, sygn. 3747/39/3.

Szpitala dwie komisje: Okręgowa Komisja Lekarska i Garnizonowa Komisja Lekarska. W związku z kolejnymi reformami od 1954 roku istnieje tylko Garnizonowa Wojskowa Komisja Lekarska, która od roku 1978 nosiła nazwę Rejonowa Wojskowa Komisja Lekarska. Pierwszym przewodniczącym Komisji Okręgowej był ppłk Antoni Kotkowski, od którego przejął obowiązki w 1947 r. ppłk Stanisław Kozłowski⁵¹. W komisji tej pracowali lekarze: mjr Czesław Ślesieński, kpt. Sylwester Królak, kpt. Zawadzki, kpt. Jerzy Machowski, por. Śpioch, por. Michał i por. Wójcik. Pierwszym przewodniczącym Komisji Garnizonowej został ppłk Mikuła, po nim kierownictwo przejął płk Machowski,⁵² który dopiero w roku 1987 po przejściu w stan spoczynku przekazał kierowanie komisją płk Jaworskiemu. Po nim przewodniczącymi komisji byli kolejno: płk Andrzej Głowacki, płk Andrzej Wiliński i mjr Antoni Wojciechowski. W latach czterdziestych i pięćdziesiątych w Komisji Garnizonowej pracowali: kpt. Antoni Brablec, kpt. Kacper Dębosz, kpt. Królak, kpt. Tadeusz Rudkowski, mjr Sylwester Danecki, mjr Wacław Gerwel. Od lat sześćdziesiątych komisja pracowała przez okres kilkunastu lat w stałym składzie: przewodniczący - płk Jerzy Machowski, członkowie – ppłk Romuald Frencl, ppłk Bolesław Michalak, ppłk Wojciechowski Wojciechowski. Później w pracach komisji uczestniczyli lekarze: ppłk Mieczysław Pawlak, ppłk Grzegorz Bąk, ppłk Wojciech Michalak i mjr Janusz Obstalecki⁵³.

W latach czterdziestych komisje orzekały przede wszystkim w sprawach oceny zdolności do służby wojskowej, pogorszenia stanu zdrowia żołnierzy zawodowych i odwoławczych. Od czerwca do końca lipca 1945 r. orzeczenia dotyczyły głównie stanu zdrowia żołnierzy po różnych zranieniach wojennych – 143 przypadki oraz przebytych w czasie służby urazów, m.in. 4 urazy oka, 3 złamania żeber, 4 złamania kości kończyn, kilka urazów powierzchownych tułowia i kończyn. Poważny problem stanowiły choroby zakaźne i gruźlica. Dwóch żołnierzy zwolniono ze służby z powodu zimnicy, ośmiu po przebytych tyfusie i aż piętnastu z powodu gruźlicy. Ciekawe, że w tym czasie ciągłego narażenia na sytuacje stresowe i na służbę w trudnych warunkach bytowych stwierdzono tylko dwa przypadki wyczerpania nerwowego, jeden zapalenia mięśnia sercowego, jeden dróg moczowych, kilka przypadków zapalenia stawów, żył kończyn dolnych, rwy kulszowej i dwa wrzody żołądka⁵⁴. W następnych miesiącach, do lutego 1946 r. nadal największym problemem leczniczym i orzecznictwem były następstwa ran i urazów żołnierzy skierowanych do leczenia w kwietniu i maju 1945 r., zwłaszcza ran postrzałowych, urazów oczu, stanów po

⁵¹ CAW, 111, sygn. 1131/65/140, *Wojskowy Szpital Rejonowy - Rejonowa Wojskowa Komisja Lekarska*.

⁵² Tamże.

⁵³ Tamże.

⁵⁴ CAW, *Rejonowy Szpital Wojskowy w Poznaniu*, sygn. 32/39/3.

amputacji kończyn i różnego rodzaju złamań. W ponad 150 przypadkach orzekano z powodu przebytych zranień, najczęściej postrzałowych i urazów. Znacznie w tym okresie wzrosła liczba orzeczeń z powodu późnych następstw urazów, stresów i narażenia na niewygody służby w polu. Ograniczono zdolność do służby wojskowej lub zwolniono ze służby w 40 przypadkach choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, kilkunastu padaczki pourazowej, 44 psychonerwic, depresji i wyczerpania nerwowego, ponad 50 zapaleń mięśnia sercowego, nabytych wad serca i innych chorób układu krążenia, 53 zaburzeń widzenia i ślepoty spowodowanych urazami oraz zapaleniami, kilkudziesięciu zapaleń płuc i oskrzeli. Stwierdzono kilkanaście przypadków goścca i innych zapaleń stawów oraz kilka zapaleń nerek. Ponad dziewięćdziesięciu żołnierzy zwolniono ze służby z powodu gruźlicy, która w tym czasie stanowiła najczęstszą przyczynę zgonów i inwalidztwa w powojennym społeczeństwie. Nadal poważnym zagrożeniem były dury i jaglica. Stwierdzono 12 zachorowań na dur plamisty, ponad 70 na dur brzuszny i 15 na jaglicę. W przypadkach przebytego duru brzusznego pacjenta kierowano na urlop zdrowotny, po którym wracał on do służby. Następstwa rozpowszechnionych w latach powojennych chorób wenerycznych były powodem zwolnienia ze służby 9 osób⁵⁵. Można wnioskować, że słabe ogólne przygotowanie i braki w wyszkoleniu żołnierzy, którzy nagle zetknęli się z techniką wojskową było przyczyną rosnącej liczby orzeczeń z powodu stanów po przebytych urazach spowodowanych różnymi wypadkami na zajęciach służbowych. Jako ciekawostkę można przytoczyć dane o warunkach fizycznych ówczesnych żołnierzy badanych przez lekarzy komisji. Średni wzrost wynosił wtedy 165 cm, a waga 66 kg, co przy dzisiejszych warunkach poborowych (średni wzrost blisko 180 cm) i stawianych wymaganiach dyskwalifikowałoby większość tamtych ludzi jako kandydatów do służby w wielu rodzajach jednostek wojskowych⁵⁶. Warunki życia w tamtym trudnym okresie powodowały, że jakość żołnierskiego materiału była według ówczesnych dowódców niewystarczająca. Poza słabą budową ciała, lekarzy komisji niepokoiło występowanie licznych wad postawy, płaskostopia, a nawet wcielanie do służby poborowych po przebytej chorobie Heinego-Medina. Koniec lat czterdziestych cechuje się prawie całkowitym zakończeniem spraw orzeczniczych związanych z urazami wojennymi i wzrostem typowych dla „życia cywilnego”, po przejściu wojska na warunki służby w czasie pokoju, znaczącym spadkiem liczby zachorowań na jaglicę, dur, a nawet gruźlicę. Pojawiły się dość liczne przypadki typowego dla prób uniknięcia uciążliwej, długoletniej służby

⁵⁵ CAW. sygn. 61/39/53.

⁵⁶ *Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z 20.10.2006 r. w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej*, § 1, p. 4.

najczęściej symulowanego „moczenia nocnego” – 15 orzeczeń w miesiącach październik-grudzień 1947 roku⁵⁷. Komisje stwierdzały liczne, dochodzące często do kilkudziesięciu procent braki w uzębieniu i rozpowszechnioną próchnicę zębów ze znaczną utratą zdolności żucia, jednak mając na uwadze braki kadrowe wojska nie dyskwalifikowały w takich przypadkach badanego nawet jako kandydata na żołnierza zawodowego. Najczęstszym powodem ograniczenia zdolności do służby wojskowej były w tym czasie zapalenia stawów, choroby układu krążenia, psychonerwice (kilkadziesiąt roczne), rwa kulszowa, przewlekłe zapalenie ucha⁵⁸.

W roku 1947 jak wynika m.in. ze sprawozdania kwartalnego za czwarty kwartał Okręgowej Komisji Lekarskiej przy Okręgowym Szpitalu Nr 3 stan zdrowia kadry, a zwłaszcza żołnierzy służby zasadniczej nie był zadowalający⁵⁹. W tym czasie Komisja Okręgowa zajmująca się przede wszystkim oceną zdolności do służby wojskowej i sprawami odwoławczymi zbadała 270 żołnierzy służby zasadniczej, z czego 64 uznano za zdolnych do służby liniowej, 124 do służby nieliniowej, 6 czasowo niezdolnych do służby wojskowej, 44 zupełnie niezdolnych do służby wojskowej, 27 skierowała do leczenia szpitalnego, a 5 zwolniono czasowo od zajęć. Zbadano 5 członków rodzin żołnierzy zawodowych i 3 z nich skierowano do sanatorium w Otwocku (leczenie gruźlicy), a 1 do sanatorium w Rabce i 1 skierowano do protezowania dentystycznego. Spośród kadry zawodowej 1 zbadany podoficer okazał się zupełnie niezdolny do służby wojskowej, a z 41 oficerów 3 uznano za zdolnych do służby wojskowej, 6 zdolnych do służby z ograniczeniem, 1 zwolniono czasowo od zajęć, 3 uznano za czasowo a 5 zupełnie niezdolnych do służby, 2 skierowano do szpitala, 7 do sanatorium, 14 do protezowania dentystycznego. W pierwszej połowie roku 1948 (sprawozdania za 1 i 2 kwartał) następuje wyraźny spadek ilości stwierdzanych przypadków gruźlicy wśród rodzin kadry – na 44 przebadane osoby tylko 2 zostały skierowane do sanatorium w Otwocku, a 36 do innych: Kudowy, Buska, Rabki, Ciechocinka, gdzie leczono schorzenia narządu ruchu, układu krążenia i oddechowego. Wśród kadry zawodowej nadal stan uzębienia budził poważne problemy lecznicze i orzecznicze. Spośród 104 badanych w tym czasie oficerów i 33 podoficerów aż 26 skierowano do protezowania dentystycznego.

Zupełnie niezdolnych do służby uznano 7 oficerów i 14 podoficerów, do sanatorium skierowano 29 osób, za zdolnych do służby z ograniczeniem uznano 7 oficerów i 7 podoficerów, a 8 oficerów czasowo niezdolnych do służby. Kilkunastu skierowano do

⁵⁷ CAW, sygn. 61/39/53.

⁵⁸ Tamże.

⁵⁹ CAW, sygn. 10438/38/53.

leczenia szpitalnego i 29 do sanatoryjnego. Nieznacznie poprawił się stan zdrowia żołnierzy służby zasadniczej. W trzecim kwartale 1948 roku na 117 zbadanych żołnierzy 19 uznano za całkowicie niezdolnych do służby, 1 czasowo, a 77 za zdolnych do służby nieliniowej⁶⁰.

W związku ze zmniejszeniem stanu liczebnego wojska i tym samym liczby pacjentów szpitala oraz zmianą profilu leczenia z czasu wojny na pokojowy został przedstawiony nowy projekt etatu Okręgowego Szpitala na 400 łóżek z Polikliniką⁶¹:

I. ORGANIZACJA

1. Komenda.
2. Dwa oddziały terapeutyczne 100 łóżek
3. Oddział chirurgiczny 70 “
4. Oddział skórno-weneryczny 50 “
5. Oddział uszny 30 “
6. Oddział oczny 30 “
7. Oddział nerwowy 30 “
8. Oddział zakaźny 30 “
9. Oddział dziecięcy 20 “
10. Oddział położniczo-ginekolog. 40 “
11. Gabinet dentystyczny.
12. Gabinet rentgenologiczny.
13. Gabinet fizjoterapeutyczny.
14. Okręgowe Laboratorium Sanitarne-Higieniczne.
15. Pracownia kliniczna.
16. Laboratorium anatomo-patologiczne.
17. Apteka
18. Kuchnia.
19. Pralnia.
20. Pluton gospodarczy.

II. SKŁAD OSOBOWY.

Oficerów.....	71
Podoficerów zawodowych	9
Szeregowców	12

⁶⁰ CAW, sygn. 10438/38/53.

⁶¹ CAW, sygn. 10438/38/53..

Kontraktowych 235

III. KONIE.

Koni taborowych 2

IV. TRANSPORT.

Samochód ciężarowy 1,5 t. 2

Samochód sanitarny 2

Samochód osobowy 1

Wóz parokonnny 1

V. UZBROJENIE.

Pistoletów 65

Karabiny..... 5

Do roku 1949 szpital poznański był organizacyjnie i kadrowo zorganizowany według etatu szpitala okręgowego. W tym czasie kadrę jednostek organizacyjnych szpitala stanowili:⁶²

KOMENDA

Komendant Szpitala płk Jan Kryska,

Zastępca komendanta d.s. polityczno-wychowawczych por Halina Kappowa,

Wykładowcy w sekcji polityczno-wychowawczej: kpt. Henryk Dymarski, kpt. Henryk Manikowski, por. Edward Handke, por. Leon Borowski,

Kwatermistrz mjr Ryszard Kamiński,

Oficer mundurowy kpt. Stanisław Świderczuk,

Oficer żywnościowy por. Franciszek Podraza,

Oficer finansowy por. Jan Rossochacki,

Oficer kwaterunkowy ppor. Marian Stejskal,

Lekarze stażyści: por. Stanisław Hoffman, por. Wilhelm Olewiński, por. Zbigniew Ostapowicz,

Kierownik kancelarii ppor. Józef Wiśniewski.

IZBA PRZYJĘĆ

Kierownik kpt. Bogdan Kentzer

Instruktorzy sanitarni: por. Leon Garczyk, chor. Jadwiga Jasińska

ODDZIAŁY TERAPEUTYCZNE (2)

Szefowie oddziałów: mjr Kazimierz Kraszewski i ppłk Zygmunt Łepkowski

⁶² CAW, sygn. 10438/38/53.
CAW IV, 1131/65/140.

Starszy ordynator mjr Bogdan Hermanowski

Ordynatorzy: kpt. Jerzy Stalewski, por. Jarosław Billewicz-Stankiewicz

Etat siostry oddziałowej por. Anastazy Wroński

ODDZIAŁ CHIRURGICZNY

Szef oddziału ppłk Władysław Zagórski

Starszy ordynator mjr Wacław Gerwel

Ordynator kpt. Czesław Ślesięński

Siostra opatrunkowa ppor. Irena Krajewska

Siostra operacyjna ppor. Aniela Woda

ODDZIAŁ SKÓRNO-WENERYCZNY

Szef oddziału ppłk Witold Hawrylinka

Starszy ordynator kpt. Stefan Szulc

Ordynator kpt. Zbigniew Ostapowicz

Instruktor sanitarny ppor. Feliks Szydłowski

ODDZIAŁ USZNY I OCZNY

Szef Oddziału ppłk Witold Waligórski

Starszy ordynator ppłk Jan Małecki

Ordynator kpt. Marian Abram

Siostra opatrunkowa chor. Jadwiga Porankiewicz

ODDZIAŁ NERWOWY

Szef oddziału ppłk Edwin Wojciechowski

ODDZIAŁ ZAKAŻNY

Szef oddziału mjr Michał Białokoz

Ordynator kpt. Sylwester Danecki

Siostra oddziałowa chor. Wanda Pietkiewicz

ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Szef oddziału kpt. Tadeusz Knitter

ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY

Szef oddziału mjr Sergiusz Chylak

Siostra opatrunkowo-operacyjna ppor. Władysława Kasprowicz

GABINET DENTYSTYCZNY

Kierownik gabinetu mjr Paweł Daniszewski

Lekarz dentysta por. Józef Zimetbaum

Technicy dentystyczni: por. Stefan Mańkowski, por. Tadeusz Olejniczak

PRACOWNIA RADIOLOGII LEKARSKIEJ

Kierownik pracowni ppłk Stanisław Kozłowski

Rentgenotechnik por. Stefan Depa

GABINET FIZJOTERAPEUTYCZNY

Kierownik gabinetu mjr Edward Kowalski

OKRĘGOWE LABORATORIUM SANITARNO-HIGIENICZNE

Kierownik laboratorium ppłk Marian Lesisz

Lekarz laborant kpt. Daniela Bessek

Farmaceuci działu sanitarno-higienicznego: por. Witold Marcinkowski, por. Klemens Barczyński

Laborant por. Hipolit Glinkiewicz

PRACOWNIA KLINICZNA

Lekarz kpt. Jan Bereźnicki

Laborant chor. Urszula Lumbee

LABORATORIUM ANATOMO-PATOLOGICZNE

Lekarz anatomopatolog kpt. Ryszard Fidelski

APTEKA

Kierownik apteki Stefan Karwowski

Farmaceuci: por. Jerzy Sikora, por. Karol Chobot, por. Witold Mizgalski

W tym czasie warunki pracy szpitala nadal były bardzo ciężkie, występowały braki w wyposażeniu, zaopatrzeniu, niedociągnięcia organizacyjne i trudności kwaterunkowe. O skali problemów świadczą wyniki inspekcji przeprowadzonej w dniach 31.12.1947 r. do 05.01.1948 r. przez Szefa Wydziału Służby Zdrowia III OW płk Leo Sameta na zlecenie Dowódcy Okręgu Wojskowego⁶³. Celem inspekcji było zorientowanie się w całokształcie pracy i poziomie głównej placówki leczniczej Okręgu Wojskowego. Najwięcej uwagi poświęcono stanowi oddziałów szpitalnych i polikliniki. W oddziale chirurgicznym żadnych zastrzeżeń nie budziła fachowość i praca personelu, wszyscy chorzy leczeni byli odpowiednio do ich schorzeń. W przypadkach bardzo trudnych szef oddziału mjr Zagórski przeprowadzał badania konsultacyjne ze specjalistami klinik uniwersyteckich. Sale chorych były czyste, odpowiednio ogrzane, bielizna pościelowa i osobista czysta, chorzy nie skarżyli się na

⁶³ CAW, sygn. 10438/38/53, *Sprawozdanie Szefa Wydziału Służby Zdrowia z inspekcji Szpitala Wojskowego III OW przeprowadzonej w dniach 31.12.1947 – 5.01.1948r.*

wyżywienie, które było smaczne i w odpowiedniej ilości. Stwierdzono, że gabinety lekarskie i dyżurka pielęgniarek nie budzą zastrzeżeń, stołówka oddziałowa utrzymana jest w czystości. Leki w apteczce oddziału są uporządkowane i w ilości zapewniającej normalny tok pracy. W bloku operacyjnym były dobrze urządzone sale opatrunkowe i operacyjne, dające gwarancje należytego przeprowadzenia potrzebnych zabiegów. Na salach operacyjnych była odpowiednia temperatura, bardzo dobre oświetlenie, wystarczające urządzenia wodociągowo-kanalizacyjne. Instrumentarium w dostatecznej ilości, komplety potrzebne do nagłych operacji zawsze gotowe były do użycia. Zapasowe oświetlenie dla bloku operacyjnego t.j. lampy naftowe przygotowane było w wystarczającej ilości na wypadek przerw w dopływie prądu. Remontu wymagał aparat sterylizacyjny, niewystarczający dla potrzeb całego szpitala. Dyżurny personel bloku operacyjnego – chirurg i siostra operacyjna byli osiągalni na zadanie lekarza dyżurnego szpitala w ciągu kilku minut. Jako całość oddział chirurgiczny został oceniony jako dobrze zorganizowany i prowadzony przez szefa oddziału mjr Zagórskiego.

Duży problem dla oddziałów wewnętrznych w tych latach stanowili chorzy na gruźlicę. Na 42 pacjentów leczonych w czasie inspekcji w dwóch oddziałach internistycznych aż 11 żołnierzy było chorych na gruźlicę. Chorzy ci przebywali tam nie w celu leczenia, gdyż etat szpitali wojskowych nie przewidywał specjalnych oddziałów dla gruźliczo chorych, a jedynie byli skierowani z jednostek wojskowych celem przeprowadzenia demobilizacji, względnie skierowania na leczenie sanatoryjne w sanatoriach wojskowych, albo w zakładach cywilnych. Dla tych chorych musiała być zarezerwowana część łóżek celem zatrzymania ich w szpitalu przez okres potrzebny dla załatwienia wszystkich formalności i ewentualnego wszczęcia stosowanego wtedy leczenia odumą płucnową. W oddziałach praca personelu, wyposażenie w sprzęt i leki oraz wyżywienie chorych nie budziły zastrzeżeń. Sale chorych były czyste, bielizna pościelowa i osobista odpowiednie, oddziały posiadały magazyny podręczne na bieliznę, utrzymane w należyтым porządku.

W oddziale ginekologiczno-położniczym, mimo ciężkich warunków lokalowych, zupełnie nieodpowiednich dla tak specyficznego oddziału udało się wysiłkiem jego kierownictwa uzyskać konieczny minimalny standard leczenia. Oddział ginekologiczny oddzielono od położniczego, odseparowano zakażone przypadki położnicze, urządzono sale porodową. Praca lekarzy oddziału była bardzo wyczerpująca z powodu małego etatu – szef oddziału i jeden lekarz ordynator, np. w dniu inspekcji szef oddziału pracował bez przerwy od godziny 8 rano do 22 wieczorem. W razie potrzeby przeprowadzano konsultacje ze specjalistami kliniki uniwersyteckiej. W pracy lekarzom pomagały trzy odpowiednio wyszkolone akuszerki. Skromne było instrumentarium, pozwalające jednak na

przeprowadzanie niezbędnych zabiegów. Dla swoich operacji wykorzystywano oddział blok operacyjny oddziału chirurgicznego. Dyżurny ginekolog był zawsze osiągalny, nie stwierdzono skarg ze strony chorych na opiekę lekarską i pielęgniarską.

Dobrze pod względem leczniczym zostały ocenione oddziały neurologiczny, zakaźny, oczny, uszny i skórno-weneryczny. Chorzy byli odpowiednio leczeni i pielęgnowani, a w razie potrzeby zapraszano na konsultacje specjalistów z klinik uniwersyteckich.

Praktycznie nie istniał etatowy oddział dziecięcy, ponieważ w większości przypadków chore dzieci były przekazywane na inne oddziały specjalistyczne, w zależności od rodzaju schorzenia, natomiast specjalista chorób dziecięcych pracował głównie w poliklinice i w sali noworodków.

Gabinet rentgenologiczny obsługiwał oddziały szpitalne oraz chorych z polikliniki. Wyposażenie gabinetu było niewystarczające z powodu braku podstawowych części zapasowych, jak np. lamp, co przy bardzo dużym obciążeniu aparatów groziło wstrzymaniem pracy. Części te były trudne do nabycia na wolnym rynku. Gabinet posiadał wystarczającą ilość klisz zapewniającą normalny tok pracy. Obsada lekarska i personel pomocniczy były o wysokich kwalifikacjach i pracowały bez zarzutu.

Z kolei gabinet fizykoterapeutyczny obsługiwał oddziały szpitalne i poliklinikę. Wyposażony był w aparaturę umożliwiającą przeprowadzania naświetlań, gimnastyki leczniczej, masażu i kąpieeli parafinowych. Jednak i tutaj podobnie jak w gabinecie rentgenologicznym brakowało części zapasowych, zwłaszcza palników do lamp kwarcowych, a zakup ich był bardzo trudny. Zabiegi przeprowadzano na podstawie zaleceń lekarzy specjalistów z poszczególnych oddziałów i polikliniki pod kontrolą lekarza, kierownika gabinetu. Personel o odpowiednich kwalifikacjach sumiennie wykonywał swoje obowiązki.

Laboratorium wykonywało analizy dla oddziałów szpitalnych i polikliniki oraz prowadziło badanie wody, produktów spożywczych, prób krwi na odczyn Wassermanna, Vidala dla wszystkich jednostek okręgu. W laboratorium odczuwano brak wyspecjalizowanych lekarzy laboratoryjnych, niemniej jednak wyniki kontrolowane i porównywane z wynikami Państwowego Zakładu Higieny nie budziły zastrzeżeń.

Apteka zaopatrywała w leki i sprzęt sanitarny oddziały szpitalne oraz chorych polikliniki. Niewielkim uchybieniem było nie zastępowanie niekiedy lekarstw, których apteka nie posiadała innymi lekami o podobnym działaniu, co wynikało z jeszcze niezbyt skoordynowanej współpracy między lekarzami a personelem apteki.

Poliklinika według oceny inspekcji była najslabiej zorganizowanym punktem Szpitala Okręgowego. Stwierdzono, że niektórzy szefowie oddziałów za mało interesowali się pracą w

poliklinice, pozostawiając leczenie chorych swoim ordynatorom, a więc lekarzom o niższych kwalifikacjach od swoich. Podkreślano, że w ciągu miesiąca korzystało z polikliniki kilka tysięcy ludzi z całego Okręgu Wojskowego. Zdarzały się m.in. przypadki wzywania żołnierzy z odległych jednostek wojskowych, co kilka dni do zmiany opatrunków, co można było załatwić w ambulatorium jednostki lub przyjąć pacjenta w stan chorych szpitala. Lekarze mieli też trudności z łączeniem pracy w oddziałach z leczeniem pacjentów w poliklinice, co powodowało rozpoczynanie przyjęć o nieregularnych godzinach. Często niedostatecznie informowano lekarzy jednostek wojskowych o wynikach badań specjalistycznych oraz o dalszym postępowaniu i leczeniu chorych w jednostkach.

Izba przyjęć znajdowała się w nieodpowiednich pomieszczeniach, utrudniających normalny tok pracy, jednak ogólne warunki budynku szpitalnego i możliwości finansowe szpitala uniemożliwiały zmianę tego stanu rzeczy. Stwierdzono liczne niedociągnięcia w pracy wynikające m.in. z nieznanomości zmienianych przepisów dotyczących prowadzenia dokumentacji i sposobu przyjmowania chorych do leczenia szpitalnego oraz informowania lekarzy jednostek wojskowych o popełnianych przez nich błędach.

Dużo uwagi prowadzący inspekcję poświęcił sprawom gospodarczym. Uznano, że pod względem zakwaterowania zajmowany budynek nie nadaje się do celów szpitalnych, a szpital w tych warunkach jest bardzo trudny do prowadzenia. Dobrze było przygotowanie całego budynku do zimy. W należyтым porządku było centralne ogrzewanie, uszczelnienie i urządzenia wodociągowo-kanalizacyjne. Większość pomieszczeń szpitalnych była świeżo pomalowana, z wyjątkiem części oddziału wenerycznego i zakaźnego, które z tego powodu robiły wrażenie brudnych. W większości oddziałów szpitalnych nie było należyte rozwiązanie oświetlenia sal. W niektórych salach oświetlenie było tak słabe, że nie pozwalało chorym na czytanie, a nawet w czasie kontroli chorych przez lekarza dyżurnego nie można było należyte ocenić wyglądu pacjentów. Trudne warunki zaopatrzeniowe powodowały nie najwyższej jakości wyżywienie, na co często skarżyli się leczeni żołnierze. Norma lecznicza chleba i kartofli była rzeczywiście niższa, niż norma zasadnicza. Występowały też trudności z dostarczaniem ciepłych posiłków do oddziałów szpitalnych i dopiero w 1948 r. zainstalowano piecyki elektryczne lub gazowe w oddziałowych kuchenkach. Personel kuchenny był przeciążony m.in. z powodu dużej ilości diet leczniczych, w związku z tym często nie mógł korzystać z należytego mu odpoczynku. Cztery diety lecznicze nie zawsze miały uzasadnienie lekarskie, a komplikowały prace kuchni i przeciążały personel kuchenny. Bez zastrzeżeń funkcjonowały magazyny – żywnościowy i mundurowy. Prymitywna pralnia wymagała zmechanizowania, a warunki pracy były w niej bardzo ciężkie. Prymitywna była też

suszarnia, a koszt jej remontu uznano za zbyt wysoki. W okresie powojennej biedy ważnymi zagadnieniami były dla szpitala sprawy przydziału węgla personelowi mieszkającemu w ogrzewanym pomieszczeniu szpitalnym, problem ewentualnego przeplacenia za nabyte ziemniaki, normy chleba dla matek karmiących, przydzielenie im podwójnej ilości masła, mleka, cukru, marmolady i mięsa, a w razie potrzeby podwójnej ilości zupy i kartofli. Personel kontraktowy w tym czasie nie był uprawniony do żywienia i mógł otrzymać tylko zupę po wydaniu jej wszystkim chorym. Sprawy te zostały przekazane do Departamentu Służby Zdrowia MON celem uregulowania. Do Departamentu Służby Zdrowia oraz do Departamentu Żywnościowego MON zwrócono się również z wnioskiem o ustalenie zasad i kosztów żywienia nieetatowych zwierząt doświadczalnych używanych do badań w Okręgowym Laboratorium. Rozwijająca się biurokracja, kontrole Prokuratury Okręgowej dotyczące często „pseudoproblemów”, atmosfera narastającego zastraszania, nieufności i szukania w każdej dziedzinie życia społecznego działań wrogich sił powodowały stopniowy zanik inicjatywy pracowników i często zniechęcenie do służby wojskowej, co przejawiało się we wcześniej pokazanych prośbach o zwolnienia z armii⁶⁴.

Oceniono, że szkolenie personelu lekarskiego i pomocniczego odbywało się zgodnie z obowiązującymi instrukcjami, obejmowało oprócz ściśle fachowego także prace kwatermistrzowską i w całości stało na bardzo wysokim poziomie. Lekarze Szpitala Okręgowego brali czynny udział w posiedzeniach naukowo-lekarskich organizowanych przez kliniki Uniwersytetu Poznańskiego i na terenie szpitala.

Uznano w trakcie inspekcji w wnioskach ogólnych, że Szpital Okręgowy jako całość spełnia należycie swoje zadania i jest zakładem leczniczym na odpowiednim poziomie. Lecznictwo i pielęgnacja zapewniają chorym szybki powrót do zdrowia. Stwierdzono szereg niedociągnięć i usterek, które nie usunięte w porę mogłyby w przyszłości spowodować pewną dezorganizację w pracy. Miedzy innymi niejednolitość czasu zmian wieczornych i rannych dyżurów siostr wprowadzała pewien chaos w pracy oddziałów. Dopiero w trakcie inspekcji rozkazem Departamentu Służby Zdrowia wyznaczono siostrę przełożoną szpitala, co usprawniło kontrolę i nadzór nad pracą personelu średniego. Zalecono w bloku operacyjnym oddziału chirurgicznego zainstalować dodatkowe urządzenia do sterylizacji. Stwierdzono, że poliklinika okręgowa z powodu niedostatecznej organizacji pracy oraz kontroli i interwencji komendanta i szefów poszczególnych oddziałów nie była jeszcze na odpowiednim poziomie. Przy aktualnym systemie pracy żołnierze z jednostek Okręgu Wojskowego nie otrzymywali

⁶⁴ Tamże.

na czas dobrej porady i leczenia. Zalecono komendzie zainteresować i zmusić najbardziej wykwalifikowanych specjalistów do pracy w poliklinice oraz zapoznać personel polikliniki z obowiązującymi przepisami i nawiązać ścisłą współpracę z lekarzami jednostek wojskowych. Nakazano usprawnienie pracy izby przyjęć przez uzupełnienie szczegółowych instrukcji dla lekarza izby przyjęć, lekarzy dyżurnych i oficera inspekcyjnego szpitala.

W sprawach gospodarczych większość usterek i niedociągnięć dotyczyła zagadnień żywnościowych i kwaterunkowych, które w większości zdaniem kontrolującego mogła być usunięta w ramach szpitala przy odpowiedniej pracy i kontroli ze strony komendanta i aparatu kwatermistrzowskiego, szczególnie oficera żywnościowego i kwatermistrza.

W latach 1947-1948 nadal niepokój szefostwa wojskowej służby zdrowia budziła duża, chociaż z tendencją malejącą w stosunku do roku 1945 ilość przypadków gruźlicy. Od 1 października 1947 r. do 14 stycznia 1948 r. zdemobilizowano 25 chorych na gruźlicę żołnierzy, z czego przekazano 24 do opieki domowej, 1 zakładom Ubezpieczalni Społecznej. W tych miesiącach do leczenia przyjęto 41 chorych, w tym 7 oficerów, 2 podoficerów zawodowych i 32 szeregowców. Chorych przekazywano do dalszego leczenia ambulatoryjnego we właściwych przychodniach przeciwgruźliczych lub do specjalistycznych zakładów leczniczych. Do obserwacji i wstępnego leczenia przyjęto też 7 członków rodzin wojskowych i 2 urzędników Urzędu Bezpieczeństwa Publicznego⁶⁵.

W tym stanie rzeczy, kiedy na oddziale wewnętrznym stale przebywało kilkunastu chorych na gruźlicę, komendant szpitala zwrócił się w styczniu 1948 roku do Szefa Departamentu Służby Zdrowia MON z wnioskiem o stworzenie etatowego zamkniętego pododdziału gruźliczego w liczbie 20 łóżek z etatowym personelem pielęgniarskim i fizycznym jako filii oddziału zakaźnego⁶⁶. W uzasadnieniu wniosku komendant podkreślał, że tylko w ciągu czterech miesięcy (od października 1947 r. do stycznia 1948 r.) przeciętnie przyjmowano w stan chorych około 16 pacjentów z gruźlicą płuc miesięcznie. Chorzy ci rekrutowali się spośród oficerów, podoficerów zawodowych i ich rodzin, ale przede wszystkim z szeregowych służby czynnej. Chorzy na gruźlicę ze względu na charakter i sposoby leczenia ich choroby wymagali specjalnego trybu życia korzystnego dla siebie i nieszkodliwego dla innych, więc i specjalnego regulaminu, innego niż w pozostałych oddziałach szpitalnych stwarzającego konieczność utworzenia zamkniętego oddziału. Komendant zwracał uwagę, że gruźlica jako choroba zakaźna wymaga izolacji chorych, którzy nie powinni stykać się z innymi chorymi szpitala, co jest niemożliwe do

⁶⁵ Meldunek Komendanta Okręgowego Szpitala z Polikliniką nr 3, CAW, sygn. 3746/39/3

⁶⁶ CAW, sygn. 3746/39/3

przeprowadzenia przy umieszczeniu ich w otwartym oddziale chorób wewnętrznych. Bielizna, pościel, naczynia, ubrania chorych na gruźlicę muszą być oddzielone i osobno dezynfekowane. Uznano, że przebywanie wspólne chorych na gruźlicę z pozostałymi pacjentami jest przeciwwskazane nie tylko ze względu na obawę zakażenia, lecz także z uwagi na szkodliwe oddziaływanie na ich psychikę. Ludzie nie chorujący na gruźlicę żywią często przesadną obawę przed zarażeniem, co wyrażają niejednokrotnie w sposób przykry, dotykając boleśnie chorych i powodując załamanie psychiczne nieobojętne dla przebiegu leczenia. Personel obsługujący chorych na gruźlicę płuc nie powinien stykać się z chorymi nie gruźliczymi ze względu na możliwość przenoszenia zakażenia, musiał być specjalnie przeszkolony do obsługi tych chorych, pouczony o sposobach zapobiegania zakażeniu gruźlicą, okresowo badany i specjalnie wynagradzany. To wszystko powinno zadecydować o stworzeniu w szpitalu zamkniętego pododdziału gruźliczego, który chory mógłby opuścić jedynie w chwili wypisania ze szpitala oraz w wypadku udania się zawsze w towarzystwie pielęgniarki do badania rentgenowskiego, o ile oddział nie będzie posiadał własnego aparatu rtg. Pododdział gruźliczy powinien mieć swój etatowy personel pielęgniarski i pomocniczy, ze względu na sprawny tok pracy i wyszkolenie nie zatrudniony w innym miejscu. Pododdział ten w założeniu miał pod względem lekarskim i administracyjnym należeć do oddziału zakaźnego, stanowiąc jednak pod względem pomieszczenia i sprzętu kwaterunkowego oraz wyżywienia odrębną całość. Przewidywano przeznaczyć dla jego funkcjonowania 6 sal (4 męskie i 2 kobiece), węzeł sanitarny, kuchenkę rozdzielczą, pokój zabiegowy, dyżurkę pielęgniarek, magazyny bielizny - czystej i brudnej oraz wspólną z oddziałem zakaźnym pralnię. Personel pododdziału mieli stanowić: jeden lekarz z oddziału zakaźnego, pielęgniarka oddziałowa też z tego oddziału, cztery pielęgniarki etatowe, trzy sprzątaczk i praczka z oddziału zakaźnego.

Pomimo starań komendy szpitala i wsparcia ze strony kierownictwa służby zdrowia okręgu nie udało się uruchomić tego tak potrzebnego w ówczesnych warunkach pododdziału. W trakcie prac przygotowawczych nastąpiły istotne zmiany organizacyjne wojskowej służby zdrowia, szpital poznański w 1949 roku przestał być szpitalem okręgowym, stopniowo zmniejszała się ilość zachorowań na gruźlicę w wojsku, a najbardziej zaangażowany w tworzenie pododdziału mjr Białokoz w roku 1950 objął stanowisko komendanta 111 Szpitala Rejonowego. W roku 1951 udało się jemu zrealizować swoje plany (niestety już nie w Poznaniu) - został skierowany na stanowisko ordynatora oddziału gruźliczego Szpitala Okręgowego Nr IV.

3. Wzrost oddziaływania ideologicznego

Nasilenie walki ideologicznej w latach 1947-1949 miało także duży wpływ na funkcjonowanie szpitala wojskowego, którego kadrę trapiły nie tylko problemy lecznictwa, zaopatrzenia, radzenia sobie w trudnych warunkach okresu powojennego, ale również w dużej mierze przymusowy udział w różnych przedsięwzięciach natury politycznej. Pracownicy Szpitala podlegali ustawicznemu nadzorowi aparatu politycznego, oceniającego ich stan moralno-polityczny, reakcje na aktualne zagadnienia polityczne, nastroje na tle warunków materialnych, stopień wykształcenia politycznego oraz byli zmuszani do organizowania różnych prac o charakterze politycznym, nie mających jakiegokolwiek związku z realizacją podstawowych zadań jednostki leczniczej. Aparat polityczny szpitala obserwował też nastroje pacjentów, ich ocenę aktualnej sytuacji politycznej oraz wyniki szkoleń propagandowych i przekazywał regularne meldunki swoim przełożonym w OW o istniejącej sytuacji. Działania te były ściśle określone w okresowych wytycznych dla pracy polityczno-wychowawczej i dostosowywane do aktualnych wydarzeń krajowych i międzynarodowych. W wytycznych określano ogólne kierunki działań i tematykę szkoleń oraz określano rodzaje i tematykę raportów przesyłanych w każdym miesiącu do dowództwa Okręgu Wojskowego.

W roku 1948 zgodnie z wytycznymi należało m.in. zwrócić w pracy polityczno-wychowawczej szczególną uwagę na osiągnięcia i wzrost siły ZSRR – ojczyzny socjalizmu⁶⁷. Wedle wytycznych Głównego Zarządu Politycznego WP należało usilnie propagować rozwój gospodarczy Związku Radzieckiego, jego osiągnięcia w podnoszeniu dobrobytu i kultury szerokich mas, jego sukcesy w dalszym budownictwie socjalistycznym. Należało przy tym na każdym kroku podkreślać, że wszystkie te osiągnięcia warunkował ustrój socjalistyczny, który przez usunięcie wyzysku człowieka przez człowieka wyzwolił olbrzymią energię ludów radzieckich, pozwolił im wyjść z chaosu i zacofania kapitalistycznego na jasną drogę gospodarki planowej, drogę dobrobytu, kultury i postępu. Nastawienie się w pracy polityczno-wychowawczej na omówione wyżej momenty nie może osłabić zainteresowania zagadnieniami polityki międzynarodowej. W dalszym ciągu zarówno w pracy z oficerami, jak i szeregowcami nie wolno ani na chwilę spuszczać z oczu faktu toczącej się zarówno na arenie międzynarodowej jak i w poszczególnych państwach walki między obozem antyimperialistycznym i demokratycznym a imperialistycznym i antydemokratycznym. Dalej w wytycznych zalecano, aby bacznie śledzić i pilnie demaskować przed żołnierzami wszelkie

⁶⁷ CAW, sygn. 38/53/10444, Wytyczne szefa GZP WP do pracy partyjno-wychowawczej z 23.12.1948r.

pociągnięcia anglosaskich, a zwłaszcza amerykańskich imperialistów. Zrozumienie problemu istotnej klasowej treści walki o pokój winno przyczynić się do jeszcze dokładniejszego zrozumienia przez oficerów i żołnierzy czołowego stanowiska związku Radzieckiego w światowym froncie antyimperialistycznym. Cały korpus oficerski winien dołożyć usilnych starań dla dokładnego przestudiowania i przyswojenia sobie powyższych problemów, oraz dla przekazania ich żołnierzom. Z tych zagadnień wynikają dla każdego oficera Wojska Polskiego konkretne zadania w walce o nową, socjalistyczną Polskę. Wykonanie tych zadań jest zasadniczym obowiązkiem każdego żołnierza ludowego wojska, jednego z najważniejszych elementów Państwa Ludowego. Dobrze i sumienne wykonanie tych zadań będzie możliwe wówczas, gdy każdy oficer będzie je realizował z pełnym, wynikającym ze świadomości socjalistycznej oddaniem sprawie, z rewolucyjnym zapałem, gdy każdy oficer wyrobi sobie wewnętrzne przekonanie, że służba w ludowym wojsku oznacza czynne, bojowe włączenie się w walkę o Polskę socjalistyczną i nieodłączną od tego zaostrzoną walkę klasową z elementami kapitalistycznymi. Taką postawę należy wyrobić u każdego oficera, taka postawa winna stać się kryterium oceny walorów politycznych oficera. Jako główne zadanie całego aparatu polityczno-wychowawczego określono skoncentrowanie wszystkich wysiłków dla osiągnięcia w okresie zaostrzających się walk klasowych wielkiego napięcia ideowego, oraz aktywnej postawy klasowej w wojsku. Uznano, że w dotychczasowej pracy niedostatecznie przeciwstawiono się próbom ideologicznego nacisku środowiska kapitalistycznego w mieście i na wsi, nacisku ideologicznego burżuazji zarówno miejskiej jak i bogaczy wiejskich. W wytycznych wyrażono niepokój, że dopuszczono do tego aby wśród pewnej części korpusu oficerskiego wytworzyło się uczucie zazdrości w stosunku do pozycji materialnej środowisk kapitalistycznych, co w konsekwencji prowadziło do szukania z nim kontaktów rodzinnych i towarzyskich. Niektórzy oficerowie służąc w ludowym wojsku zamiast wyrobić sobie kult pracy, nienawiść do wyzysku, wewnętrzny pęd do przyspieszenia przebudowy socjalistycznej w kraju, upatrywali ideał awansu społecznego w pozycji kapitalistów, w ich sposobie życia, w ich środowisku. W rezultacie tego stwierdzano u pewnej części oficerów zły stosunek do służby wojskowej, a szczególnie do pracy ideowo-politycznej⁶⁸.

W okresie poprzedzającym powstanie PZPR nasilono działania propagandowe wskazujące korzystne perspektywy zjednoczenia obu partii robotniczych, jak to określano – na gruncie zbliżenia ideologicznego i nieugiętej woli bezwzględного zwalczania prawicy

⁶⁸ Tamże.

socjaldemokratycznej. Nakazano wskazywać na doniosłe znaczenie procesów jednościowych dla przyspieszenia odbudowy kraju i realizacji planu 3 letniego dla wzrostu siły i znaczenia państwa oraz szeroko spopularyzować polsko-radziecki układ gospodarczy i korzyści płynące dla gospodarki z otrzymanego od ZSRR kredytu⁶⁹.

Na bazie tego rodzaju wytycznych obciążano kadrę szpitala nie tylko biernym udziałem w różnego rodzaju szkoleniach i akcjach propagandowych, ale także ze względu na niewydolność aparatu politycznego i mierne przygotowanie fachowe jego personelu zmuszano do prowadzenia czasochłonnych zajęć z pracownikami i chorymi, nie mających nic wspólnego z działalnością leczniczą. Przykładowo – tylko w listopadzie 1948 r. lekarze i inni pracownicy medyczni szpitala prowadzili z chorymi i plutonem administracyjnym m.in. zajęcia o tematyce: „Walka klasowa na wsi” – kpt. Manikowski, kpt. Malesza „Zdobycze robotnika”- chor. Wroński „Budujemy Polskę sprawiedliwą” – kpt. Hoffman „Nowa treść sojuszu” – por. Manikowski; „Budujemy Polskę sprawiedliwą” – chor. Lube i „Międzynarodowa solidarność” – kpt. Manikowski⁷⁰.

Innym istotnym obciążeniem pozazawodowym była konieczność pracy w rozbudowanym w 1948 roku kole pracy społecznej, które w lutym 1948 r. liczyło 57 członków, w tym 15 oficerów starszych i 42 młodszych. Koło dzieliło się na 3 sekcje, którymi kierowali: ppłk Kozłowski, mjr Kamiński i mjr Wojciechowski⁷¹. Każda z sekcji odbyła w ramach comiesięcznych zebrań np. w miesiącu lutym zebranie poświęcone omówieniu tematu „Budżet Wojska Polskiego”. W związku z różnym poziomem dyskusji w poszczególnych sekcjach na miesiąc marzec przewidziano odpowiedzialnych za poziom dyskusji oprócz kierowników sekcji, mjr Wojciechowskiego, mjr Kamińskiego, por. Dymarskiego, por. Kappową i ppor. Borowskiego. Według oceny przewodniczącego koła i zastępcy d.s. polityczno-wychowawczych praca społeczna członków koła odbywała się w miarę zapotrzebowania sekcji polityczno-wychowawczej, a członkowie koła nie uchylali się od wyznaczonych zadań. Sekcja I w związku z omawianym tematem „Budżet Wojska Polskiego” zapoznawszy się z zagadnieniem budżetu własnej jednostki, na tle ogólnych rozważań o budżecie, postanowiła zrealizować we własnym zakresie oraz egzekwować od podwładnych jak najdalej posuniętą oszczędność w zużywaniu materiałów sanitarnych, w zużyciu wody i prądu elektrycznego. III sekcja wystąpiła na zebraniu z propozycją obarczenia członków sekcji opracowaniem zagadnień polityki zagranicznej. Na każdym zebraniu sekcji

⁶⁹ CAW, sygn. 10443/38/3, *Szkolenie polityczno - wychowawcze I – XII 1948r.*

⁷⁰ CAW, sygn. 38/53/10444.

⁷¹ CAW, sygn. 3/39/ 3750.

ma się odbyć krótka informacja prasowa odnośnie zagadnień będących przedmiotem zainteresowania sekcji. Zarząd koła zbierający się co najmniej co 2 tygodnie poza omówieniem spraw bieżących z kierownikami sekcji ustalał listę prelegentów, wyznaczonych tematów, terminy zebrań, typował prelegentów na pogadanki dla pracowników kontraktowych i chorych szpitala oraz przyjmował sprawozdania kasowe skarbnika. Koło obarczyło kpt. Stanisława Hoffmana funkcją opiekuna biblioteki szpitalnej. Szesnastu członków koła opracowało temat pogadanki „30-lecie Armii Radzieckiej” aby temat ten przedstawić w terenie. Pogadanki wygłosiło 4 oficerów: mjr Wojciechowski w świetlicy Szpitala Miejskiego, kpt. Fidelski w Dyrekcji Lasów Państwowych, por. Dymarski w czasie akademii śródmiejskiej i ppor. Borowski w czasie akademii w szpitalu.

Poza pracą w kole pracy społecznej żołnierze zawodowi należeli do różnych sekcji Wojskowego Klubu Sportowego i mieli brać czynny udział w jego sportowej działalności. Przykładowo w roku 1948 ppłk Stanisław Kozłowski należał do sekcji bokserskiej, piłki nożnej, strzeleckiej i lekkoatletycznej; podobnie ppłk Jan Kryśka, mjr Erwin Wojciechowski, ppłk Witold Waligórski, mjr Władysław Zagórski, mjr Jan Małecki i mjr Witold Hawrylinka; ppłk Kazimierz Kraszewski do sekcji piłki nożnej i strzeleckiej; kpt. Stanisław Hoffman i ppor. Stefan Mańkowski, st. sierż. Rymkiewicz i kpr. zaw. Nowaczyk do strzeleckiej⁷².

W latach 1948 – 1949 nasilono intensywność różnego rodzaju szkoleń dla kadry i pracowników kontraktowych, które to szkolenia często prowadzili lekarze oceniani przez aparat polityczny – np. jak wynika z raportu za maj 1948 r. „poziom wygłaszanych pogadanek dobry. Jedynie kpt. lek. Stalewski wykazał małe zainteresowanie i lekcja przez niego prowadzona /Górny Śląsk/ nie była na poziomie odpowiednim jego inteligencji i wykształceniu. Jednocześnie należy zaznaczyć, że temat ten wywołał ciekawą dyskusję odnoszącą się do stosunków polsko - czeskich”⁷³. W tym miesiącu dla oficerów starszych odbywały się w każdym tygodniu prasówki (środa godz. 8-9), w czasie których oficerowie kolejno referowali bieżące wypadki polityczne: ppłk Jan Kryśka – sytuacja przedwyborcza Włoch; ppłk Witold Waligórski – wymiana not między USA i ZSRR; mjr Zygmunt Łepkowski – problemy Palestyny, por. Kappowa – jedność organiczna. Dla pracowników kontraktowych w ramach planowanych zajęć przeprowadzono pogadanki: o jedności klasy robotniczej i pokazowe korzystanie z prasy. Odbyły się także zebrania organizacji społecznych: Związku Zawodowego Pracowników Cywilnych Administracji Wojskowej; koła Ligi Kobiet; koła PPR. W ramach szkolenia liniowego przeprowadzono 12 godzin zajęć

⁷² CAW, sygn. 3/39/3750, k.17.

⁷³ CAW, sygn. 10443/38/3, *Szkolenie polityczno-wychowawcze*.

na tematy: organizacja baonu i pułku; organizacja pułku i równorzędnego; organizacja dywizji piechoty i równorzędnych; wzmocniony baon w natarciu na obronę stałą; wzmocniony baon w obronie stałej. W miesiącu maju lekarze szpitala prowadzili także szkolenia dla pielęgniarek i sanitariuszek: kpt. Marian Abram – służba zdrowia dywizji w czasie wojny; kpt. Sylwester Danecki – segregacja i ewakuacja rannych; kpt. Czesław Ślesieński – zakres pomocy lekarskiej na etapach ewakuacyjnych, mjr Wacław Gerwel – organizacja pracy szpitali polowych; por. Jasińska podejście do rannych i chorych; ppor. Hipolit Glinkiewicz – higiena pomieszczeń. Odbywały się comiesięczne konferencje pielęgniarek np. w maju referat na temat higieny ciąży, porodu i położu wygłosiła położna Martyniuk. W każdym miesiącu odbywały się odprawy oficerów jednostki, pielęgniarek oddziałowych i salowych, gdzie oceniano wyniki szkolenia miesięcznego, stan dyscypliny i sprawy bieżące. Dwa razy w miesiącu na odprawie komendy szpitala omawiane były sprawy gospodarcze i sposoby właściwego zabezpieczenia chorych w okresie trudności gospodarczych (po wizytacji III wiceministra szpital został wyróżniony na odprawie w sztabie Dowództwa Okręgu jako bardzo dobrze pracująca jednostka)⁷⁴.

Regularnie sprawdzano wyniki prowadzonych szkoleń poprzez m.in. comiesięczne egzaminy, których oceny miały znaczący wpływ na przebieg dalszej służby i karierę wojskową egzaminowanych. Przykładowo w maju 1948 r. oficerowie do stopnia kapitana włącznie poddani byli egzaminowi mającemu na celu sprawdzenie wiadomości politycznych oraz stopnia przyswojenia treści numerów „Naszej Myśli”. Głównie poruszane były zjawiska z polityki wewnętrznej, a z polityki zagranicznej problemy Palestyny, wymiana not między USA i ZSRR, listy otwarte papieża do biskupów niemieckich oraz ich wydzwiewki z terenu Polski. Zespół egzaminowanych oficerów podzielono na trzy grupy, w których oficerowie w formie odpowiedzi na zadawane pytania zdawali sprawę ze swej orientacji odnośnie omawianych zagadnień. Wynik egzaminów: w grupie kapitanów dobry, poruczników dobry. Najślabsze wiadomości wykazali oficerowie w stopniach podporucznik i chorąży. Słaby wynik egzaminów tłumaczono dużym nasileniem pracy w okresie sprawozdawczym⁷⁵.

W kolejnych miesiącach przygotowywano tematy egzaminacyjne dostosowane do aktualnej sytuacji politycznej np. co jest Wam wiadomo o wynikach narad w sprawie Berlina przeprowadzonych w Moskwie i Berlinie; sytuacja wojskowo polityczna w Grecji; jaki cel miało zamordowanie gen. Jovanowicza w Jugosławii?; omówić sytuację gospodarczą i polityczną we Francji; o czym mówił minister Wyszyński na Zgromadzeniu ONZ?; jak

⁷⁴ Tamże.

⁷⁵ CAW, sygn.10443/38/3, k.28.

zakończył się kongres brytyjskich trade-unionów w Margata?; co wiecie o sierpniowym plenum PPR?; jakie formy spółdzielni produkcyjnych będą stosowane na wsi?; jakie formy walki stosuje reakcja w walce z obozem demokracji w Polsce?; na jakich tradycjach oprze się zjednoczona partia klasy robotniczej?; na czym polega nacjonalistyczne odchylenie w kierownictwie PPR?; co wiecie o przemówieniach ministra Minca i wicemarszałka Zambrowskiego na naradach aktywów gospodarczego i administracyjno – samorządowego?⁷⁶

Na podstawie wyników takich sprawdzianów znajomości zagadnień politycznych, komentarzy o aktualnych wydarzeniach i sytuacji gospodarczej, rozmów prowadzonych przez pracowników i pacjentów, obserwacji życia kadry i rodzin dokonywano oceny nastrojów żołnierzy, pracowników kontraktowych oraz członków rodzin kadry na tle warunków materialnych, bytowych i szkoleniowym. Była to tzw. ocena stanu moralno-politycznego, o którym co miesiąc zastępca komendanta szpitala d.s. polityczno-wychowawczych składał szczegółowy raport do szefa Wydziału Politycznego Okręgu Wojskowego. Aparat polityczny szczególnie interesował się nastrojami na tle warunków materialnych. Najwięcej trudności nastręczali pracownicy cywilni. Etaty nie odpowiadały trudnym warunkom pracy, zachodziły wypadki koniecznego przekraczania ustawowych godzin pracy, co od połowy 1948 r. stało się niemożliwe w związku z rozkazem III wiceministra ustalającego czas pracy. W tym stanie rzeczy zwrócono się do Departamentu Służby Zdrowia o zatwierdzenie nowych etatów. Personel cywilny, zwłaszcza średni czekał na zapowiedzianą nową siatkę płac, gdyż był gorzej wynagradzany niż średni personel w szpitalach cywilnych. Zrównanie wynagrodzenia przy podobnych warunkach pracy umożliwiłoby zatrudnienie brakujących 15 pielęgniarek. W tym czasie stwierdzano tendencje ucieczki z instytucji wojskowych do szpitali cywilnych, gdyż różnice uposażeń pobieranych w cywilnych instytucjach leczniczych (kliniki, szpitale miejskie, szpital ubezpieczalni) pogłębiały się z powodu wprowadzenia w tamtych instytucjach nowej siatki płac pracowników służby zdrowia⁷⁷.

Ze względu na wojskowy charakter szpitala najwięcej uwagi poświęcano siłą rzeczy nastrojom panującym wśród oficerów i podoficerów oraz żołnierzy niezawodowych. Dużo uwagi poświęcano nastrojom oficerów na tle warunków materialnych. W raporcie z maja 1948 r. informowano, że wśród oficerów słyszy się coraz częściej uwagi, że ich uposażenie jest niewystarczające. Daje się zauważyć u niektórych oficerów rozczarowanie, że jednocześnie z pragmatyką nie określono uposażenia wojskowych na przyszłość. Oficerowie skarżyli się na nawał pracy i oświadczaali, że plan szkolenia jest ustalony wielotorowo, nie ma

⁷⁶ CAW, sygn. 38/53/10444, *Sprawozdanie z działalności polityczno – wychowawczej I-VI 1948r.*

⁷⁷ CAW, sygn. 509/15758, k. 32 i n.

planu całokształtu kształcenia oficerów, co w rezultacie tworzy stan, że wyniki szkolenia będą słabe, bowiem niemożliwe jest przerobienie wszystkich tematów (szkolenie liniowe, szkolenie polityczne, doskonalenie medyczne, lektura bieżących wydawnictw lekarskich, udział w konferencjach lekarskich). Liczne delegacje służbowe, szczególnie chirurgów (mjr Gerwel, por. Moll, przy pozostawieniu do pracy w oddziale tylko mjr Zagórskiego) były częstą przyczyną zniechęcenia do pracy. Warunki pracy oficerów dodatkowo komplikowało to, że poza normalną pracą związaną z zabezpieczeniem szpitala (oddziałów i polikliniki) ci sami lekarze obsługiwali komisje poborowe w ramach delegacji służbowych, komisję inwalidzką, lekarską komisję okręgową, oraz dokonywali ekspertyz lekarskich na miejscu. Szpital w okresie poboru i rejestracji obsługiwał poza zwykłymi zajęciami zawodowymi szkolenia dla ok. 150 poborowych. W tym czasie w gabinecie rentgenologicznym jeden oficer-lekarz dokonywał około 70 prześwietleń na aparacie o słabej ochronie. Stwierdzano, że takie nasilenie pracy wzmagало zły nastrój lekarzy-oficerów i powodowało dodatkowe trudności w zwalczaniu go, zwłaszcza uwzględniając punkt widzenia lekarzy porównujących warunki życia w wojsku i kolegów lekarzy cywilnych. W tym czasie nie zgłaszali skarg ani zażaleń podoficerowie funkcyjni i ich nastrój nie przedstawiał trudności. Chorzy żołnierze skarżyli się na trudne warunki, w jakich znajdował się szpital, gdyż brak własnego skweru, względnie dziedzińca zmuszał ich do stałego przebywania w budynku wbrew wskazaniom lekarskim, kiedy w wielu przypadkach choremu zalecane było przebywanie na wolnym powietrzu. Już wtedy, w latach czterdziestych wnioskowano o przeniesienie szpitala do obszerniejszego, bardziej przystosowanego do wymagań szpitalnictwa budynku⁷⁸. Poza tym, warunki bytowe chorych oceniano jako zadawalające, wyżywienie, zakwaterowanie oraz opieka ze strony pielęgniarek były należyte. Jakość wyżywienia w szpitalu znacznie przewyższała wyżywienie w jednostkach liniowych.

W kolejnych miesiącach pogarszały się nastroje kadry zawodowej na tle warunków materialnych⁷⁹. Sprawą budzącą wiele zastrzeżeń były czynsze za mieszkania oficerów, zbyt wysokie w stosunku do zarobków i przy dużym obciążeniu podatkami oraz przydziały mieszkań. Brakowało mieszkań dla oficerów, gdyż mała ilość odremontowanych lokali nie wystarczała na zaopatrzenie wszystkich, którzy złożyli podania o przydział mieszkania. Na sześciu oficerów, którzy złożyli podania, w szpitalu otrzymało trzech, z tego kpt. Danecki musiał w doprowadzenie przydzielonego mieszkania do stanu używalności włożyć sumę pieniędzy przekraczającą jego możliwości finansowe. Nadal problem stanowiły częste

⁷⁸ CAW, sygn. 10443/38/3.

⁷⁹ CAW, sygn. 38/53/10444.

wyjazdy służbowe oficerów-lekarzy. Wyjazd służbowy, zwłaszcza na okres kilkunastu dni powodował komplikacje wynikające ze zwolnienia się z pracy dodatkowej, która uzupełniała skromne budżety domowe. W sumie w jednym z miesięcy 11 oficerów przebywało ponad 60 dni poza jednostką, czego bezpośrednim rezultatem było obciążenie innych dodatkowymi obowiązkami i kłopoty finansowe rodzin. Przykładowo kpt. Abram, oficer obarczony rodziną w ciągu 1949 r. przez kilka miesięcy przebywał poza Poznaniem w delegacjach służbowych, oderwany od odpowiedzialnej pracy kierownika gabinetu fizjoterapeutycznego. Przykrym echem odbiła się w szpitalu sprawa odkomenderowania trzech oficerów do prac związanych z rejestracją rezerw osobowych, którzy w tym czasie studiowali. Specjalnie przykry wydzźwięk miała sprawa ppor. Olejniczaka studenta pierwszego roku medycyny (późniejszego kierownika poradni stomatologicznej). Korzystnym zjawiskiem ekonomicznym dla oficerów stała się możliwość zakupienia „nietypowego sprzętu” zgodnie z rozkazem III wiceministra. Dzięki temu oficerowie mogli zaopatrzyć się w taki sprzęt, jak łóżka, krzesła, stoły i szafy. Na początku 1949 r. nastąpiła 10% podwyżka płac, jednak niepokój kadry zawodowej budził w dalszym ciągu wysoki czynsz mieszkaniowy, wzrost opłat za korzystanie ze środków miejskiej komunikacji i dotkliwe braki na rynku, zwłaszcza tłuszczu i mięsa. Rozkazem dowództwa OW zapewniono do odwołania przydział ½ kg. masła i 4 kg. mięsa miesięcznie, które oficerowie nabywają w jednostce, co okazało się niewystarczającym dla oficerów z rodzinami. Jak wynika z raportu miesięcznego stopień niezadowolenia z aktualnej sytuacji był tak wielki, że gdyby rozkaz o możliwości zaopatrzenia oficerów przez jednostkę w mięso i tłuszcz został zmieniony, to nastroje zmieniały się na gorsze. Stan niezadowolenia dawał się wyczuć z takich m.in. wypowiedzi: „osiągnięcia planu 3-letniego istnieją niewątpliwie, ale obok tego stwierdza się realny brak podstawowych produktów spożycia”. Innym niepokojącym zjawiskiem był brak dopływu nowych oficerów-lekarzy na miejsce ustępujących i w uzupełnieniu etatów, co wiązano z niewystarczającym uposażeniem w porównaniu do lekarzy pracujących w warunkach cywilnych. Lekarze wojskowi (najczęściej wcieleni do wojska wbrew swej woli) odczuwali jako niesprawiedliwość pozostawiania poza służbą wojskową nawet młodych lekarzy, którzy nie byli powołani do wojska w czasie wojny i nie pełnią służby wojskowej 15 miesięcznej po wojnie⁸⁰.

W związku z tym, że duży niepokój aparatu politycznego budził stan moralno-polityczny pracowników cywilnych, zostali oni poddani „wielostronnym działaniom”⁸¹. Oprócz systematycznych zajęć szkoleniowych 2 razy miesięcznie, prowadzonych zgodnie z

⁸⁰ CAW, sygn. 509/15758, *Działalność polityczno-wychowawcza styczeń – marzec 1949r.*

⁸¹ CAW, sygn. 38/53/104444.

wytycznymi, pracownicy byli objęci szkoleniem po linii związków zawodowych (jedno zebranie miesięcznie), koła pracowniczego PPR liczącego 40 członków (jedno zebranie miesięcznie), po linii Kobiet Rodzin Wojskowych i Pracowników Cywilnych Administracji Wojskowej (jedno zebranie miesięcznie). Wyniki tej pracy nie zadawały jednak sekcji politycznej szpitala. Wyrażano ubolewanie, że systematycznym szkoleniem trudno było objąć cały personel pracujący na trzy zmiany, przy związkach zawodowych i Lidze Kobiet nie przejawiających aktywności, niesystematycznie przychodzących wytycznych oraz nieodpowiedniej obsadzie stanowiska kierownika koła PPR. Trudności istniały też w uaktywnieniu żon oficerów zdominowanych w kole Ligi Kobiet liczbowo przez pracownice kontraktowe (135 do 20). Chcąc wyrównać braki w systematycznym szkoleniu, w trosce o światopogląd pracowników szpitala szefowie oddziałów na wniosek sekcji prowadzili szkolenia mniejszych grup pracowników kontraktowych. Ideą tego szkolenia było wysondowanie zasobu posiadanych wiadomości i zobowiązanie do czytania gazet w Szpitalu ze względu na słabą orientację w bieżących zagadnieniach oraz zasadniczy sprzeciw pracownic Szpitala do sprawy ich uspołecznienia i upolitycznienia i rzekomym utrudnieniem w dostępie do prasy z powodu trudnych warunków materialnych.

Aparat polityczny Szpitala interesował się także „stanem moralno-politycznym” i nastrojami żołnierzy pełniących służbę w jednostce, jak również przebywającymi tu na leczeniu oraz starał się je kształtować według swoich potrzeb. Jak wynika z raportów składanych w tym okresie problemem nastrożającym najwięcej trudności w specyficznych warunkach pracy w szpitalu była ocena nastroju chorych na tle aktualnych wydarzeń politycznych. Płynność stanu chorych uniemożliwiała właściwą ich ocenę moralno-polityczną, ciągłość pracy i kontrolę jej wyników. Dalszą trudnością była poza małymi wyjątkami, wprost nieprawdopodobna apatia i bierność chorych, o którą rozbijały się wszelkie wysiłki zmierzające do ich uaktywnienia. Wprowadzone zostały dla poprawy tego stanu rzeczy we wszystkich oddziałach codzienne informacje prasowe i gawędy polityczne. Oceniano, że dzięki tej formie pracy i wzmożonej propagandzie wzrokowej (hasła, gazetki, plakaty) oraz przystosowanym tematycznie imprezom (z ZMP i Służbie Polsce) nawet wśród chorych udało się po pewnym czasie wytworzyć atmosferę zainteresowania zjednoczeniem Partii, a także wytworzyć „napięcie ideologiczne”, czego przejawem były ciekawe często wypowiedzi na lekcjach programowych, świadczące o tym, że do świadomości chorych dotarło zagadnienie jedności ruchu robotniczego⁸².

⁸² CAW, sygn. 509/15758, k. 45 i n.

Uznano, że przeciwieństwie do chorych żołnierze etatowej obsady szpitala (pluton gospodarczy i wartowniczy) interesowali się bardziej zagadnieniami politycznymi i wykazywali stopniowy wzrost aktywności w szkoleniach. Najwięcej uwagi poświęcano sprawom zjednoczenia PPR i PPS, sytuacji w Berlinie, Chinach i strajkom we Francji. W ocenie aparatu politycznego wynikało to m.in. z działalności ZMP oraz wkładu Kompani Akademickiej, podchorążowie której prowadzili systematycznie wysoko oceniane prasówki i gawędy polityczne. Znając atmosferę służby wojskowej, różnicę stopnia jej trudności w jednostkach liniowych i szpitala wydaje się, że głównym powodem takich zachowań była jednak chęć nie narażenia się wszechwładnym wtedy oficerom politycznym, co mogłoby skutkować wyrzuceniem z w miarę spokojnej służby w szpitalu do jednostki liniowej przebywającej często kilka miesięcy rocznie na mało przyjemnych poligonach i strzelnicach. W celu dalszej poprawy stanu moralno-politycznego angażowano ciągle do prowadzenia lekcji programowych poza zasadniczą ich pracą oficerów szpitala, którzy i tak ze względu na fatalne warunki materialne w większości mieli dodatkowe prace w jednostkach cywilnej służby zdrowia. Kolizja między pracą pozasłużbową a zajęciami polityczno-wychowawczymi doprowadziła do kompromisowego ustalenia godzin lekcji żołnierskich w oddziałach szpitalnych na godziny od 19 do 21. Termin tych zajęć ustalono w porozumieniu z ordynatorami oddziałów, którzy nie zgłaszali zasadniczego sprzeciwu z punktu widzenia lekarskiego, gdyż nie kolidował on z regulaminem i ładem koszarowym szpitala. Przez ustępstwo na rzecz pracujących lekarzy uzyskano pozytywny stosunek do prac polityczno-wychowawczych, co podkreślano w sprawozdaniach, w których omawiano wpływ lekarzy na nastroje wśród chorych oraz na pracę polityczną oddziałów⁸³.

Duży problemem okazało się utrzymanie na odpowiednim poziomie dyscypliny wśród żołnierzy obsługi etatowej i chorych przebywających na leczeniu szpitalnym. Zdarzały się wypadki upicia i samowolnego oddalenia z miejsca zakwaterowania mimo stosowania surowych sankcji. Karanie aresztem było utrudnione przez fakt, że każdy z szeregowców służby czynnej pełnił odpowiedzialną funkcję w szpitalu i zamknięcie go w areszcie na przeciąg kilku dni utrudniało pracę danego wydziału. Stwierdzano, że żołnierz w godzinach popołudniowych pozbawiony opieki i nieobjęty szkoleniem liniowym zatracą należną postawę wojskową i zmienia się w urzędnika. Sprawa opieki nad plutonem poruszana była na zebraniu partyjnym organizacji oddziałowej szpitala. Żołnierze służący w szpitalu nie posiadali broni ani sprzętu szkoleniowego, który umożliwiłby wprowadzenie normalnego

⁸³ CAW, sygn. 509/15758.

szkolenia liniowego. Nie rozwiązywały problemu lekcje programowe oraz gawędy wieczorne, odczuwano brak odpowiednich podoficerów. Ujemnie na utrzymaniu dyscypliny odbijało się to, że funkcje magazynierów zamiast podoficerów zawodowych pełnili szeregowcy służby czynnej, co powodowało podejrzenie nadużyć, zwłaszcza, że mimo stałej kontroli zdarzały się wypadki pijaństwa z „niewiadomych funduszy”. Nadchodzące z dużym opóźnieniem zatwierdzenia orzeczeń Okręgowej Komisji Lekarskiej z DOW nie tylko obciążały statystykę szpitala zbytecznymi „łózkodniami”, ale także powodowały, że chorzy czekający na zatwierdzenie orzeczenia już bez leczenia w przewidywaniu demobilizacji stanowili element, nad którym specjalnie trzeba było czuwać z punktu widzenia dyscypliny.

Poważne trudności sprawiali szpitalowi rekruci, którzy po kilku lub kilkunastu dniach służby w jednostce znaleźli się w szpitalu, niezdyscyplinowani, jeszcze nie żołnierze, a już chorzy. Byli oni przedmiotem szczególnej troski i zlecano nadzór nad nimi szeregowym i podoficerom służby czynnej, którym powierzano zadania indywidualne.

Dużą trudnością w utrzymaniu dyscypliny na terenie szpitala było ograniczenie warty wojskowej i zastąpienie jej wartownikami cywilnymi. Wartownicy cywilni nie umundurowani, pełniący służbę w cywilnych ubraniach z opaską nie wzbudzali autorytetu wśród żołnierzy, a szczególnie wśród oficerów ze stanu chorych. Zdarzały się wypadki, że oficer nie reagując na interwencję wartownika bez zezwolenia wchodził na teren szpitala. Poważny problem stanowiły też pomieszczenia Akademickiej Opieki Lekarskiej na terenie Szpitala. Ciągły ruch osób cywilnych zgłaszających się do tej lecznicy dezorientował wartowników i nie pozwalał na prowadzenie systematycznej kontroli osób cywilnych przebywających na terenie szpitala⁸⁴.

Nasileni akcji propagandowych oraz działań mających przekonywać do obcej dla większości kadry szpitala ideologii nastąpiło w ostatnich miesiącach 1949 roku. Zorganizowany został komitet koordynacyjny wszystkich organizacji masowych działających na terenie Szpitala (PZPR, ZMP, TPPR, Liga Kobiet), który zdecydował o sposobie uczczenia 70 rocznicy urodzin generalissimusa Stalina⁸⁵. Zasadniczym momentem uroczystości w każdej z organizacji był referat, który miał ujmować najbardziej charakterystyczne momenty z życia generalissimusa. Szesnaście osób z personelu cywilnego pracowało na wskazanych materiałach, opracowując fragmenty działalności tow. Stalina. Oficerowie pomagali i kontrolowali dekoracje świetlic na oddziałach. Dekoracje świetlic organizacji masowych były w/g zastępcy komendanta d.s. polityczno-wychowawczych

⁸⁴ CAW, sygn. 509/15758.

⁸⁵ CAW, sygn. 509/15775.

wykonane wszędzie bardzo starannie, z należyтым akcentem politycznym. Dekoracja zewnętrzna była pomysłowa i wykonana starannie, z dużym nakładem pracy. Wynik egzaminu oficerskiego z tematyki biografii generalissimusa Stalina wykazał, że materiały zostały u znacznej większości oficerów należycie przyswojone. Pracownicy cywilni przyswoili sobie również zasadnicze momenty biografii rozpracowane w lekcjach odbywających się w ramach szkolenia pracowników kontraktowych. W miesiącu grudniu było do wykonania także ważne zadania gospodarcze – roczna inwentaryzacja, nad którą „prace przebiegały należycie dzięki jej politycznej podbudowie”. Z dzisiejszego punktu widzenia wiele sytuacji tamtego okresu ocenia się jako absurdalne, jednak w tamtym czasie politycznego terroru trzeba było wprowadzać w życie założenia i programy często niewiele mające wspólnego ze zdroworozsądkowym myleniem, czy pracą takiej jednostki jak szpital. Punktem wyjścia do włączenia się w wykonanie planu sześcioletniego była zgodnie z uchwałami III Plenum KC dyscyplina pracy. W grudniowym sprawozdaniu z pracy polityczno-wychowawczej z zalem stwierdzano, że szpital jest tylko instytucją usługową i nie ma zaszczytu produkowania. Jednak podkreślano, że szpitalna praca społecznie niezbędna jest również czynnikiem współdziałającym w wykonaniu planu 6-cio letniego. Dyscyplinę pracy personelu cywilnego miała podbudować współpraca czynnika społecznego. Związek zawodowy kontrolował punktualność i wykonanie zadań, rozpracowując przy pomocy aparatu politycznego trudny problem współzawodnictwa. Treścią pracy nad dyscypliną miał być socjalistyczny stosunek do pracy, gwarantujący wykonanie zadań jako części planu 6-cio letniego⁸⁶. Zdecydowano, że ten sam punkt widzenia zostanie narzucony przy omawianiu zagadnień dyscypliny z kadrą wojskową i chorymi. Czynniki ideologiczne wplatanowano nawet w szkolenia fachowe lekarzy odbywające się w ramach koła naukowego. Zalecono w referatach zawsze uwzględniać osiągnięcia nauki radzieckiej i ubolewano nad tym, że „czytelność posiadanych przez Szpital radzieckich naukowych czasopism nie jest dostatecznie spopularyzowana”, w związku z czym zagadnienie to stało się ważnym zadaniem w roku 1950. Jako godny podkreślenia fakt uznano, że w ramach czynu październikowego oficerowie gabinetu dentystycznego – tow. Zimetbaum, por. Olejniczak i por. Mańkowski odlali z gipsu popiersie tow. Stalina. Doceniając znaczenie szkolenia ideologicznego i zawodowego kadry podoficerów zawodowych, po przeanalizowaniu całokształtu pracy w tym kierunku oceniono, że na tym odcinku pracy rezultaty były bardzo słabe. Nacisk w tym kierunku był, jak to określono zbyt słaby, więc obecność na szkoleniach politycznych podoficerów zawodowych

⁸⁶ CAW, sygn. 509/15775.

była minimalna, a szkolenia zawodowe nie odbywały się. Stan moralno-polityczny szpitala odzwierciedlał według aparatu politycznego stosunek kadry do dekretu o wymianie waluty na nową. Wśród oficerów-lekarzy, którzy posiadali stosunkowo największą ilość gotówki fakt ten wywołał konsternację. Oficerowie usiłowali zgłaszać do wymiany sumy poprzez osoby trzecie, pomimo zapewnień przez aparat polityczny, że sumy zgłoszone do wymiany nie są ograniczone przepisami, ani nie mają być ujawnione. Robili to pragnąc prawdopodobnie z różnych przyczyn ukryć prawdziwy stan swego posiadania. W rozmowach indywidualnych i na zebraniach wyjaśniających były różne wypowiedzi, zależne od tego, jaką ilość gotówki kto posiadał. Miały one świadczyć o tym, że wielu z oficerów nie zrozumiało, względnie nie chciało zrozumieć słusznego założenia dekretu o wymianie pieniądza⁸⁷. Niektórzy, jak np. ppłk Łepkowski próbując wyrażać swoją opinię, nie narażając się jednocześnie politycznie twierdzili, że „wprawdzie wymiana była konieczna, ale wybrano zły okres, ponieważ jesienią każdy człowiek, czy to robotnik czy inteligent posiada pewną zaoszczędzoną gotówkę na zapasy zimowe, względnie na zimową odzież”.

Mimo wielu pozamerytorycznych obciążeń kadra szpitala dobrze wypełniała swój podstawowy obowiązek, jakim było niesienie odpowiedniej pomocy medycznej pacjentom. Jak wynika z okresowych sprawozdań o działalności leczniczej tylko w miesiącu styczniu 1948 r. w poliklinice przyjęto 3894 chorych i udzielono pomocy 46 pacjentom w ich domach⁸⁸.

Bardzo obciążone były także szpitalne oddziały, laboratorium i apteka. W dwóch oddziałach terapeutycznych zmniejszyła się w stosunku do lat poprzednich liczba chorych na gruźlicę, a przewagę stanowili pacjenci z wrzodami żołądka i dwunastnicy, wysiękowym zapaleniem opłucnej, ostrym gośćcem stawowym i chorobami układu krążenia. W oddziale chirurgicznym wykonano 28 operacji, w tym 1 tarczycy, 1 perforowanego wrzodu żołądka, 1 niedrożności jelit, zaopatrzone 4 rany postrzałowe i założono 9 szyn unieruchamiających. Problemem oddziału ocznego były liczne zapalenia spojówek, często z owrzodzeniem rogówki oka oraz kilka przypadków jaglicy. W styczniu 1948 r. wykonano 14 zabiegów operacyjnych, w tym 3 przypadki usunięcia ciała obcego rogówki i 1 zaćmy pourazowej. Lekarze oddziału laryngologicznego wykonali 48 operacji, m.in. plastyki nosa, resekcji przegrody nosa i usunięcia migdałków podniebiennych. Wśród pacjentów oddziału neurologicznego przeważały przypadki ostrego i przewlekłego zapalenia nerwów Oddział w

⁸⁷ CAW, sygn. 509/1775.

⁸⁸ W poszczególnych gabinetach przyjęto chorych: chirurgiczny – 311, wewnętrzny – 374, neurologiczny – 94, oczny – 302, laryngologiczny – 197, skórno-weneryczny – 295, dziecięcy – 177, ginekologiczno-położniczy – 184, dentystyczny – 925 i rentgenologiczny – 1035

dużym zakresie stosował leczenie fizykoterapeutyczne i rehabilitacyjne. W oddziale chorób zakaźnych przybyło 4 pacjentów (dur płamisty, płonica, świnka, róża), a w oddziale dziecięcym najpoważniejszym przypadkiem było płatowe zapalenie płuc u małego dziecka. Oddział ginekologiczno-położniczy składał się z trzech części: położniczej, ginekologicznej i niemowlęcej. W styczniu 1948 r. były 44 porody, 5 przypadków ginekologicznych leczono operacyjnie oraz kilkadziesiąt zachowawczo, obejmowały one przeważnie zapalenia przydatków. Każdej pacjentce w oddziale położniczym wykonywano podstawowe badania laboratoryjne, oraz krew na odczyn WR. Wszystkie noworodki otrzymywały szczepienia B.C.G., a rodzącym wykonywano badania na obecność gruźlicy. W 1948 roku nadal poważnym problemem leczniczym były choroby weneryczne. Tylko w miesiącu lutym w oddziale skórno-wenerycznym leczono z powodu rzeżączki 6 szeregowych, 2 podoficerów i 6 oficerów, a zakażonych kiłą 6 podoficerów i 40 szeregowych. Przeciążony pracą był gabinet fizykoterapeutyczny, w którym w miesiącu styczniu 135 pacjentom wykonano 1341 różnych zabiegów, a także codziennie w godzinach porannych prowadzono gimnastykę leczniczą dla chorych, z której korzystało ponad 30 pacjentów. Wykonano w styczniu 1948 r. w laboratorium 2254 badania 870 pacjentom – 1013 badań klinicznych, 302 bakterioskopowe, 221 bakteriologicznych, 611 serologicznych, 107 sanitarno-higienicznych. Apteka realizowała recepty oddziałowe i ambulatoryjne – przeciętnie 130 dziennie, z których większość stanowiły recepty złożone⁸⁹.

Lekarze i personel pomocniczy szpitala obciążeni licznymi obowiązkami pozazawodowymi organizowali w każdym miesiącu kilka szkoleń fachowych, istotnych w pracy leczniczej. Przykładowo w listopadzie 1948 r. oficerowie-lekarze Zagórski, Łepkowski, Gerwel, Abram i Ślesieński prowadzili dla lekarzy szkolenia na tematy: operacja wyrostka robaczkowego – film z objaśnieniami; regulamin służby zdrowia w zakładach leczniczych; zasady ewidencji i sprawozdawczości sanitarnej; przetaczanie krwi – film z objaśnieniami; wstrząs pourazowy – postępowanie; zapobieganie zakażeniom przyrannym; chirurgiczne leczenie ran – film z objaśnieniami. Lekarze ci wraz z pielęgniarką Ślesieńską przeprowadzili w tym miesiącu także szkolenia dla pielęgniarek na tematy: ratownictwo i pierwsza pomoc w nagłych wypadkach; leczenie oparzeń – film z objaśnieniami; łóżko, pościel i bielizna chorego; przeszczepianie skóry i obserwacja ran – film z objaśnieniami; narzędzia chirurgiczne – film z objaśnieniami. Odbyło się także posiedzenie naukowo – lekarskie, na

⁸⁹ CAW, sygn. 38/53/10446.

którym por. Jarosław Bielewicz wygłosił referat pt. „Streptomycyna” oraz przedstawiono przypadek chorego na gruźlicę leczonego Streptomycyną (ppłk. Łepkowskiego).

Problemy lecznicze, szkoleniowe, warunki bytowe i pracy oraz atmosfera polityczna były podobne w kolejnych miesiącach lat 1948/1949. W takiej atmosferze szpital po przeprowadzonych w Wojsku Polskim reorganizacjach rozpoczynał nowy rozdział w swojej działalności już jako 111 Szpital Rejonowy.

ROZDZIAŁ III

111 WOJSKOWY SZPITAL REJONOWY

1. Okres stalinizmu 1949 – 1956

W lipcu 1949 roku poznański szpital wojskowy w związku ze zmianami organizacyjnymi wojska i zmniejszeniem liczby okręgów wojskowych stracił rangę szpitala okręgowego i stał się jednym ze szpitali rejonowych istniejących w poszczególnych okręgach. Zmiana nazwy nie wiązała się ze zmianami w liczbie etatów lekarskich i oddziałów szpitalnych. W pierwszych miesiącach funkcjonowania szpitala nastąpiła zmiana na stanowisku komendanta, gdyż płk Jan Kryśka w kwietniu 1950 roku zakończył służbę wojskową. Obowiązki komendanta przejął na krótko - do listopada 1951 roku ppłk Michał Białokoz. Oficer ten, jak wynika z opinii szefa Oddziału Służby Zdrowia OW IV ppłk. Wadlewskiego¹ w żaden sposób nie przystawał do wymagań stawianych oficerowi na kierowniczym stanowisku w ówczesnej sytuacji politycznej. Ppłk Michał Białokoz urodzony w 1910 roku, był inteligenckiego pochodzenia, bezpartyjny, bez wykształcenia wojskowego w ludowym Wojsku Polskim. Według opiniującego jako komendant dużego szpitala wojskowego opierał swoją pracę wyłącznie na platformie koleżeńskich stosunków z lekarzami, nie był dowódcą w pełni tego słowa znaczenia. Jego wykształcenie wojskowe i poziom fachowy oraz wygląd zewnętrzny nie budziły zastrzeżeń. Wyniki pracy komendanta oceniono jako mierne ze względu na wyżej wskazane niedociągnięcia. Nadał podległemu Szpitalowi Wojskowemu cechy instytucji cywilnej, gdyż nie potrafił utrzymać właściwej wojskowej dyscypliny. W ocenie politycznej podkreślono, że był głęboko wierzącym katolikiem – klerykałem, o typowo mieszczańskiej psychice, jednak lojalnym wobec ustroju ludowego. Bardzo ambitny, o dużym poczuciu godności osobistej, bez nałogów, zdolny i inteligentny. Jego warunki materialne oceniano jako bardzo dobre, gdyż zajmował się prywatną praktyką. Nie chcąc tracić ze służby wprowadził nie odpowiadające wyobrażeniom o cechach, jakie powinien mieć komendant tamtej epoki, ale fachowca,

¹ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, *Opinia służbowa Michała Białokoza*, odpis.

których w wojsku brakowało uznano, że jako dobry specjalista chorób płuc powinien być wykorzystany na stanowisku ordynatora oddziału gruźliczego Szpitala Okręgowego. Z wnioskiem o przeniesienie ppłk Białokoza na stanowisko ordynatora Oddziału Gruźliczego Szpitala Okręgowego Nr IV wystąpił do Dowództwa Okręgu Wojskowego płk Flikierski – kwatermistrz okręgu.² W uzasadnieniu wskazywał, że ppłk Michał Białokoz pełniąc obowiązki komendanta szpitala nie wykazał dostatecznych kwalifikacji dowódczych, szczególnie ze względu na silne powiązanie ze specyficznym środowiskiem poznańskim i stosowaniu metod nie wojskowych, a źle pojętych koleżeńskich stosunków do podwładnych. W wyniku takiego postępowania nastąpiło rozluźnienie dyscypliny. Poza tym ppłk Białokoza cechował klerykalizm, co w połączeniu z klerykalnymi nastrojami panującymi wśród części personelu wpływało ujemnie na kształtowanie oblicza politycznego jednostki. Uznano, że ppłk Białokoz jako dobry specjalista chorób płuc z powodzeniem może być zatwierdzony na proponowane stanowisko, co nastąpiło zgodnie z rozkazem personalnym MON Nr 1220 z dnia 05.11.1951 roku. Ppłk Białokoz jeszcze jako ordynator oddziału zakaźnego poznańskiego szpitala bezskutecznie usiłował utworzyć w nim, w związku z licznymi przypadkami gruźlicy oddziału chorób płuc, którym chciał kierować, więc zaistniały stan rzeczy raczej był po jego myśli i mógł zająć się leczeniem zgodnie ze swoimi kwalifikacjami lekarza pulmonologa, bez obciążeń wymaganiami politycznymi.

Spośród kadry szpitala, niezbyt dobrze ocenianej przez władze wojskowe pod względem ideologicznym, o czym m.in. świadczy fragment uzasadnienia przeniesienia ppłk Michała Białokoza na inne stanowisko trudno było znaleźć oficera odpowiadającego wymaganiom stawianym przyszłemu komendantowi. W tej sytuacji, przy braku zaufania co do lojalności przede wszystkim starszego pokolenia, zwłaszcza Wielkopolan do nowej, nie zawsze uważanej za swoją władzy, podobnie jak w wielu podobnych przypadkach mających miejsce w ówczesnym wojsku i „resortach siłowych” sięgnięto do szczególnie lojalnych zasobów kadrowych. W dniu 5 listopada 1951 roku słuchacz Kursu Doskonalenia Oficerów Służby Zdrowia ppłk Michał Szereszewski rozkazem personalnym MON Nr 1220 zostaje powołany na stanowisko komendanta 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego³.

² Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Wniosek o przeniesienie oficera, odpis.

³ Eidelheit Michał s. Berischa urodził się w 1904 roku w Drohobyczu, gdzie ukończył szkołę powszechną i średnią. W latach 1925 – 1931 studiował medycynę na Uniwersytecie Karola w Pradze Czeskiej. Nostyfikował dyplom w Wilnie w 1934 r. Do roku 1937 pracował jako lekarz w Kuszewicy w woj. wileńskim, następnie do 1939 r. w oddziale dermatologicznym szpitala w Łodzi (specjalizacja) i prywatnie w Ozorkowie. W październiku 1939 r. wyjechał do Drohobycza, gdzie pracował jako dyrektor polikliniki, a po wybuchu wojny w 1941 r. przeniósł się do Nur Ata w rejonie Samarkandy, pracując tu do 1943 r. na stanowisku dyrektora szpitala rejonowego. W sierpniu 1943 r. zostaje powołany do tworzącego się w ZSRR Wojska Polskiego, gdzie początkowo służy w stopniu podporucznika w 2 Dywizji Piechoty jako dowódca pododdziału

Organizację i obsadę kadrową określił Etat Nr 21/143 Rejonowego Szpitala w Poznaniu na 400 łóżek z Polikliniką z kwietnia 1949 roku⁴.

Lata pięćdziesiąte to okres nie tylko wzmożonych przygotowań do działań wojennych, ale przede wszystkim wręcz monstrualnych nacisków ideologicznych ze strony rozbudowanego aparatu politycznego, kierującego się wytycznymi, że integralnym elementem pracy z żołnierzem współdecydującym o sile bojowej wojska, jak uzbrojenie i wyszkolenie bojowe jest działalność ideowo-polityczna. Od momentu powołania do życia Śląskiego Okręgu Wojskowego prowadził ją i o jej kształcie decydował Zarząd Polityczny Śląskiego Okręgu Wojskowego (do 1949 roku noszący nazwę Zarządu Polityczno – Wychowawczego), którego etat łącznie przewidywał 1 generała, 32 oficerów, 3 podoficerów, 8 szeregowców oraz 18 pracowników cywilnych, pracujących w 4 wydziałach: ogólno-organizacyjnym, personalnym, propagandy, pracy wśród oficerów, referacie zaopatrzenia, redakcji biuletynu „Zwyciężymy”, kancelarii, świetlicy i drużynie transportowo-gospodarczej⁵.

W pierwszych latach pięćdziesiątych uwaga aparatu politycznego skupiała się przede wszystkim na próbach wyjaśniania przyczyn narastających trudności gospodarczych i zaopatrzeniowych, zagrożeń wynikających z powstania RFN, straty jaka poniosła „postępowa część ludzkości” w związku ze śmiercią towarzysza Stalina oraz na przekonywaniu o konieczności skupienia się wokół programu partii i walce z „wrogą agitacją”. Niepokój budziły w 1952 r. nawet wypowiedzi lekarzy o sytuacji gospodarczej w kraju (ppłk Kowalski), „że za dużo mówi się o wrogach i spekulantach jako o tych, którzy są przyczyną naszych trudności aprowizacyjnych, bo w związku z tym sądzić by należało, że większość naszego narodu to wrogowie i spekulanci”⁶. Podkreślano jednak z zadowoleniem, że niektórzy młodszy oficerowie-lekarze (por. Dębosz i Machowski), którzy omawiając zagadnienia trudności aprowizacyjnych nawiązali do wrogiej propagandy i wagi, jakiej przeznaczają jej wrogowie Polski Ludowej, a której uległa nawet część klasy robotniczej, o

przeciwichemicznego, a od grudnia 1943 r. w stopniu porucznika jako młodszy lekarz 5 pułku piechoty. W 1944 r. zostaje starszym lekarzem tego pułku, w którym służył do marca 1946 r. awansując w 1944 r. do stopnia kapitana, a w 1946 r. majora. W latach 1946 – 1949 pracuje w Szpitalu Wojskowym Nr 4 jako ordynator i starszy asystent oddziału skórno-wenerycznego, gdzie awansuje do stopnia podpułkownika. W tym czasie 30.04.1948 r. zmienia nazwisko na Szereszewski (żona Halina Szereszewska, przed wojną członek KPP). Od lutego 1951 r. jest słuchaczem Kursu Doskonalenia Oficerów Służby Zdrowia, z którego zostaje skierowany na stanowisko komendanta 111 Szpitala Wojskowego. Komendantem był do stycznia 1957 roku. W latach 1957 - 1959 odbywał szkolenia w Wojskowym Centrum Wyszczolenia Medycznego i Wojskowej Akademii Medycznej, po których 25.08.1959 r. zwolniony został z zawodowej służby wojskowej. Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Szereszewski Michał, życiorys własny.

⁴ CAW, sygn. 1131/65/14057.

⁵ R. Majewski, *Z dziejów Śląskiego Okręgu Wojskowego*, Wrocław 1988, s. 105.

⁶ CAW, sygn. 1131/65/14065.

czym świadczy nie wykonanie w jednym kwartale założeń planu 6 letniego przez niektóre zakłady przemysłowe. W sprawozdaniach miesięcznych w 1952 r. narzekano, że pracownicy szpitala, w tym członkowie partii poza małymi wyjątkami nie wykazują najmniejszej chęci podniesienia swego poziomu ideologicznego, ani też nie przejawiają zapału do pracy partyjnej, a raczej starają się uchylać od zadań i obowiązków jakie nakłada na nich partia. Jak podkreślano większość oficerów szpitala jest nawet bardzo dobrze sytuowana materialnie ze względu na dodatkowe dochody, które niejednokrotnie przewyższają pobory otrzymywane w wojsku, a jednostka zaopatrzyła pracowników na okres zimowy w opał i ziemniaki, to jednak ich postawa ideologiczna budziła wiele zastrzeżeń. Stan moralno-polityczny w kolejnych okresach sprawozdawczych uznawano za niezadawalający⁷. Stwierdzano, że poważna część oficerów traktuje swoją pracę fachową z punktu widzenia atrakcyjności przypadków, przy braku poczucia odpowiedzialności za całokształt pracy na swym własnym oddziale. Miało to znajdować wyraz w zupełnym braku zainteresowania pracą polityczną z chorymi żołnierzami i niedostateczną troską o podniesienie kwalifikacji zawodowych personelu pomocniczego. Czynnikiem pogarszającym sytuację na „odcinku stanu moralno-politycznego” był według sprawozdań „potężny wpływ ideologii drobnomieszczańskiej i klerykalizmu oraz nadanie tym zjawiskom prawa obywatelstwa. Dotychczas w pomieszczeniach służbowych – gabinetach lekarskich i dyżurkach siostr brak portretów naszych dostojników, natomiast jest bardzo dużo przedmiotów kultu religijnego. Wypowiedź płk Kowalskiego, że gdyby nie było aparatu politycznego, miałby trzy godziny czasu więcej tygodniowo wyraża uczucia wielu oficerów”. Uznano, że zagadnienie było poważne, gdyż stanowisko lekarzy wpływało w decydującym stopniu na stan moralno-polityczny całej kadry i personelu pomocniczego. Poważnym mankamentem w stanie moralno-politycznym określano nagminne krytykowanie wszelkich zarządzeń i rozkazów dowództwa w sposób ironiczny i złośliwy oraz uprawiane przez wszystkich plotkarstwo, intrygi, kumoterstwo, co miało wpływać między innymi z głęboko zakorzenionego uczucia mieszczańskiego indywidualizmu. Na wzrost narzekań i ironicznych uwag ze strony oficerów pod adresem wyższego dowództwa wpływał brak podstawowych rzeczy, jak np. papieru i druków kart ambulatoryjnych, gorączkowych, historii chorób itp., co utrudniało pracę i zajmowało dużo czasu na mało produktywne zajęcia. Braków nie usunięto mimo kilkakrotnych interwencji w Wydziale Służby Zdrowia i Departamencie Służby Zdrowia. Oceniano w sprawozdaniach, że winę za ten stan rzeczy ponoszą organy służby zdrowia, które przez „karygodny, niedbały stosunek do tej sprawy psują poważnie pracę polityczną w szpitalu”. Takie oficjalne oceny

⁷ CAW, sygn. 509/58/15804.

zwierzchników w tamtym czasie świadczą o niezwyklej sile ówczesnego aparatu politycznego. Kadrze oficerskiej szpitala zarzucano, że nie interesuje się zagadnieniami politycznymi, co przejawiało się m.in. obojętnym stosunkiem do problemów Frontu Narodowego i VI Plenum KC PZPR. Żałowano, że oficerowie na tematy polityczne wypowiadają się bardzo dużo i chętnie w tzw. „swoim kółku” poza szpitalem, wykazując przy tym dużą znajomość wiadomości pochodzących z „Głosu Ameryki”. Oficjalne wypowiedzi większości oficerów na zajęciach politycznych uznawano jako deklaratywne, oparte wiernie na wiadomościach z prasy bez własnych myśli i wniosków. Dawał się również odczuć brak przekonania w prawdę tego, co się mówi. Jedynie nieco lepiej oceniano grupę młodych lekarzy, którzy w większym stopniu interesowali się zagadnieniami politycznymi w „znaczeniu pozytywnym” oraz brali bezpośredni udział w pracy politycznej.

Znacznie lepiej w tym czasie oceniano stan moralno-polityczny podoficerów zawodowych szpitala, chociaż niepokój budził ich dobór personalny. Na dziewięciu podoficerów trzech było podoficerami zawodowymi przed 1939 rokiem, dwóch uznawano za obcych klasowo, a jeden z powodu „kontaktu zagranicznego” został w 1946 roku usunięty ze szkoły oficerskiej.

W tym stanie rzeczy celem „usunięcia niedociągnięć na odcinku pracy szpitalnej” zwiększono intensywność szkoleń marksistowsko-leninowskich i fachowych odbywających się w godzinach 7.30 do 9.00, co powinno wpłynąć na styl pracy poszczególnych lekarzy zarówno w poliklinice jak i w poszczególnych oddziałach⁸.

W roku 1953 szkolenia marksistowsko-leninowskie oficerów obejmowały m.in. takie zagadnienia jak „aktualne problemy sojuszu robotniczo-chłopskiego”, „sytuacja gospodarcza kraju”, „o sytuacji międzynarodowej”, a dla chorych i żołnierzy „10-cio lecie powstania PPR”, „ofensywa, która wyzwoliła Polskę”, „w 28 rocznicę śmierci Lenina”, „armia amerykańska armią gwałcicieli i morderców”. Nasiloną została praca komitetu podstawowej organizacji partyjnej, której członkowie otrzymywali stałe zadania partyjne mające ich mobilizować i uaktywniać do działań w walce ideologicznej. Praca ta dawała mierne rezultaty wobec boleśnie odczuwanej sytuacji gospodarczej i zaopatrzeniowej, kiedy to np. zastępca komenda szpitala mjr. Marian Abram w 1952 r. jako o osiągnięciu godnym sprawozdania do dowództwa SOW meldował, że „na odcinku akcji oszczędnościowej jednostka nasza ma poważne osiągnięcia szczególnie jeżeli chodzi o dział żywnościowy. Do września 1951 r. oszczędność w chlebie wynosiła 17000 zł. – najpoważniejsze wyniki w oszczędzaniu przez kromkowanie chleba dla chorych ma oddział wewnętrzny II, który w ciągu roku 1951

⁸ CAW, sygn. 509/58/15804.

zaoszczędził chleba około 1 tony. Oszczędność ta odbywała się przez naprawdę wzorową gospodarkę na wymienionym oddziale”⁹.

Granice absurdu zostały osiągnięte po śmierci Stalina. Sprawozdanie o stanie moralno-politycznym w marcu 1953 r. jest tego najlepszym przykładem. „W związku ze śmiercią Wodza postępowej ludzkości, bojownika o wolność ludu pracującego, Chorążego Pokoju Światowego, współbojownika i genialnego kontynuatora Lenina, mądrego nauczyciela partii Komunistycznej i narodu radzieckiego, budowniczego komunizmu, wielkiego przyjaciela narodu polskiego przeprowadzono z całym stanem osobowym szereg gawęd o zasługach, jakie oddał tow. Stalin dla ludu pracującego całego świata. Na terenie tut. szpitala wzmocniono czujność rewolucyjną przeciwdziałając wszelkim próbom wrogiej agitacji. W pracy masowo politycznej zachowano energiczną aktywność i ofensywną postawę. W dniu 9.III.53 r. przeprowadzono zebrania Komitetu POP oraz zmobilizowano członków partii do wzmożonej czujności i oddziaływania na bezpartyjnych w kierunku skupienia ich wokół naszej partii i tow. Bieruta. W miesiącu sprawozdawczym całą pracę szkoleniową i polityczną poświęcono na zapoznanie całego stanu osobowego szpitala z życiem i działalnością wielkiego wodza całej postępowej ludzkości tow. Stalina. W pracy politycznej szczególnie mocno podkreślano rolę Generalissimusa Stalina w wyzwoleniu naszej ojczyzny, podkreślano rolę tow. Stalina w organizowaniu i wychowaniu Armii Radzieckiej i nauczyciela opiekuna Ludowego Wojska Polskiego, które pod jego naczelnym dowództwem u boku bohaterskiej Armii Radzieckiej walczyło z faszyzmem hitlerowskim i przyniosło wolność narodowi polskiemu”¹⁰.

Kolejne lata nacisków ideologicznych, odchodzenie z wojska starszych oficerów, zastępowanych przez młodych, kończących studia już po wojnie, ulegających zastraszeniu odnośnie kariery zawodowej i awansów wojskowych zaczęły przynosić pewne zadawalające aparat polityczny rezultaty. Pewnym jest, że wiele wystąpień w czasie różnych szkoleń i „masówek” miało czysto koniunkturalny charakter i nie oddawało rzeczywistych nastrojów kadry szpitala, jednak oficjalnie ich „duch” odbiegał od postaw dotychczas obserwowanych. Świadczą o tym m.in. sprawozdania miesięczne z pracy partyjno-politycznej 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego oceniające stan moralno-polityczny.

W roku 1954 według nich stan moralno-polityczny kształtował się wokół takich zagadnień jak II Zjazd PZPR, I rocznica śmierci tow. Stalina, I Narada Średniego Personelu

⁹ CAW, sygn. 1131/65/14065, *Sprawozdanie o stanie moralno – politycznym 111 Szpitala Wojskowego, maj 1953r.*

¹⁰ CAW, sygn. 509/15842.

Medycznego, Międzynarodowy Dzień Kobiet, Międzynarodowy Tydzień Młodzieży¹¹. W związku z II Zjazdem w oddziałach była prowadzona praca propagandowa i materiały ze zjazdu były omawiane z chorymi, w informacjach politycznych z oficerami, pracownikami cywilnymi oraz żołnierzami plutonu gospodarczego. Odnośnie II Zjazdu pracownicy cywilni oraz lekarze - oficerowie podejmowali indywidualne i zbiorowe zobowiązania celem uczczenia tego wydarzenia, a w trakcie szkoleń wyrażali swoje poglądy na temat aktualnej sytuacji w kraju. Niektóre z nich zostały przekazane przełożonym w dowództwie O.W. Przykładowo por. Strzyżewski stwierdził, że „II Zjazd PZPR wytyczył jasne zadania dla lekarzy w Polsce Ludowej i lekarze winni wzorować się na radzieckiej służbie zdrowia i z każdym dniem pogłębiać swoje kwalifikacje zawodowe oraz zwiększać troskę o naszych żołnierzy, którzy stoją na straży naszej Ludowej Ojczyzny”. Por. Kościński (dermatolog) zauważył, że „II Zjazd wykazał wielkie osiągnięcia polityczne, gospodarcze oraz aktywność mas pracujących w rządzeniu państwem, czego dowodem jest uchwała o Radach Narodowych, które są transmisją do mas i dzięki sojuszowi robotniczo-chłopskiemu dziś służba zdrowia ma należyte osiągnięcia. Nasz partia i rząd ludowy zawsze starały się i starają o socjalistyczną służbę zdrowia i my lekarze zaufania naszej partii i rządu musimy należycie wykonać. Widzimy jak wielkie przeobrażenia zaszły w naszym narodzie. Dla nas lekarzy zagadnienie służby zdrowia, które stawiane było na II Zjeździe jest zagadnieniem bardzo ważnym i służbę zdrowia nie możemy traktować po sklepiarsku, lecz musimy udzielić należytej pomocy naszym żołnierzom i chłopom pracującym na wsi, którzy nie mają możliwości leczyć się”. W podobnym duchu wyrażali się mjr Knitter (pediatra) i por. Skałbiana (laryngolog), którzy m.in. stwierdzali, że referat tow. Bieruta ma doniosłe znaczenie i analizując ten referat lekarze winni szczególną uwagę zwrócić na swoje oddziały, aby były one przykładem należytego stosunku do żołnierza, który stoi na straży twórczej i pokojowej pracy całego narodu. Pracę w służbie zdrowia należy według nich traktować nie tylko jako pracę zawodową, ale i społeczną i każdy lekarz przy wizycie jak i w rozmowach indywidualnych powinien wykazywać nasze osiągnięcia nie tylko na odcinku służby zdrowia, ale i na odcinku gospodarczym oraz politycznym.

Aparatowi politycznemu również zależało na kształtowaniu odpowiedniej postawy ideologicznej średniego i pomocniczego personelu medycznego. Przekonywano, „że podnieść poziom troski o chorego żołnierza można tylko wtedy, gdy obok lekarza stanie jego pomocnik i towarzysz pracy – ideowa, ofiarna pracująca nad sobą i dla dobra chorego, wymagająca wiele od siebie pielęgniarka”. Por. Glinkiewicz (pielęgniarka) przekonywała m.in., że „nasza

¹¹ CAW, sygn. 509/13862.

partia podobnie jak partie robotnicze całego obozu socjalizmu wysunęła wielkie, jednoczące twórcze hasło podniesienia stopy życiowej mas pracujących miast i wsi jako naczelne zadanie obecnego etapu budownictwa socjalizmu. Tak jak bohaterska klasa robotnicza i pracujące chłopstwo godnie wypełnili zdania, jakie stawia partia i my wzorując się na osiągnięciach bohaterskiej klasy robotniczej musimy zawsze i wszędzie dbać o naszych chorych, aby skrócić im czasokres leczenia i tym samym podnosić gotowość bojową naszych jednostek”¹².

W związku z rocznicą śmierci Stalina z całym stanem osobowym Szpitala przeprowadzono zajęcia na temat „ Stalin wielki przyjaciel i nauczyciel narodu polskiego, opiekun i nauczyciel ludowego Wojska Polskiego”. Odbłyły się również akademie żałobne z chorymi, na których wygłoszono referat „ Zycie i działalność tow. Stalina”. Na każdym oddziale studiowano życiorys i materiały o jego rewolucyjnej walce o dobro ludzi pracy.

W związku z I Naradą Średniego Personelu Medycznego przeprowadzono pracę propagandowo-agitacyjną, w wyniku której zostały przez personel szpitala podjęte liczne, dzisiaj wzbudzające raczej wesołość zobowiązania. Dla przykładu – sanitariuszki oddziału wewnętrznego zobowiązały się zabezpieczyć estetyczny wygląd oddziału przygotowując na sezon wiosenny skrzynki do kwiatów i zasiać kwiaty poza godzinami służbowymi. Ponadto zobowiązały się wycerować każda po 15 par skarpet żołnierskich również w godzinach pozasłużbowych. Sanitariuszki oddziału skórnoego podjęły się wycerować po 20 par skarpet każda i podartą bieliznę, a siostra oddziałowa tow. Hewusz podjęła się szkolić żołnierzy z zakresu chorób skórnych oraz wprowadzać w życie wskazania II Zjazdu PZPR. Personel kuchenny zobowiązał się znacznie polepszyć wyżywienie i 28 marca dla całego stanu osobowego żywionych szpitala wydać dodatkowy posiłek składający się z 2 pączków dla każdego z kawą mleczną, przygotowany z „materiałów oszczędnościowych”. Niezależnie od tego personel kuchenny zobowiązał się zwiększyć swe wysiłki w kierunku polepszenia jakości wyżywienia, zmniejszając ilość odpadków przy przygotowaniu surowców oraz kolektywnie wzmóc wysiłki w utrzymaniu czystości i przestrzeganiu ściśle higieny osobistej i przy przygotowywaniu pożywienia szczególnie zwracać uwagę na jakość przyrządzanych posiłków. Z okazji dnia kobiet zorganizowano uroczystą akademię, w której uczestniczyły pracownice Szpitala, oficerowie wraz z rodzinami. Nie wszystko jednak mimo zaangażowania aparatu politycznego w kształtowanie postaw kadry odbywało się po jego myśli, gdyż według meldunku w odbywającej się po akademii zabawie uczestniczyli tylko pracownicy cywilni. Oficerowie na zabawie nie byli z tego powodu, że oficerowie, a przeważnie lekarze to ludzie wierzący i obawiali się, aby przez to nie naruszyć obrzędów

¹² Tamże.

religijnych. Na zwróconą im uwagę twierdzą, że nie mają czasu, gdyż w domu zostały żony, dzieci oraz praca, a jak się okazuje część oficerów zamiast zbliżyć się do mas i oddziaływać na masy pozytywnie, to demoralizują młodzież, o czym podawano w poprzednich meldunkach¹³. W tym czasie nasilono także pracę ideologiczną z młodzieżą szpitala zrzeszając młodych pracowników i żołnierzy w Związku Młodzieży Polskiej. Prowadzone akcje wpłynęły według meldunków z tego okresu na wzrost świadomości wśród całego stanu osobowego, co daje się zauważyć na każdym odcinku tak pracy społecznej jak i zawodowej, co przejawiało się m.in. zorganizowaniem wyjazdów na poszukiwanie stonki ziemniaczanej i akcje żniwne do PGR-ów, w których uczestniczyło prawie 200 osób. Akcje ZMP miały przyczyniać się do współzawodnictwa pracy w szpitalu i pokazywać jak należy pracować dla dobra chorego żołnierza i walczyć o skrócenie czasu leczenia chorych, tym samym przyczyniać się do wzmocnienia ludowej ojczyzny¹⁴.

Od roku 1955 zauważa się, że nawet aparat polityczny wpadł w pewną rutynę w planowaniu zadań i ich realizacji, wyczuwalny jest brak dawnego entuzjazmu i nadmiernego zaangażowania w pracy ideologicznej. Według odgórnych wytycznych ustalane plany pracy zakładały m.in. uaktywnić masowe organizacje społeczne jak związki zawodowe, ligę kobiet, ZMP, skupiać wokół partii szeroki aktyw bezpartyjny, umocnić wzajemne zaufanie partyjnych i bezpartyjnych. W dalszym ciągu zwracać uwagę na należyte przeprowadzanie instruktaży do zajęć politycznych oraz wzmocnić kontrolę ich prowadzenia, wyciągając w stosunku do zaniedbujących się oficerów ostre konsekwencje służbowe. Nakazywano popularyzować osiągnięcia obozu pokoju i socjalizmu, wskazując wspaniały dorobek o pokój między narodami. W celu realizacji zadań wynikających z III Plenum PZPR zakładano mobilizację kadry oficerskiej i pracowników cywilnych do wzmocnienia wysiłku na swoich odcinkach pracy. Szablonowo organizowano różne uroczystości z okazji rocznic powstania Armii Radzieckiej, Wojska Polskiego, śmierci Stalina (już w znacznie skromniejszym zakresie, bez dawnego nadęcia). Prowadzono cotygodniowe szkolenia z chorymi i żołnierzami służby czynnej oraz informacje polityczne dla kadry zawodowej i pracowników cywilnych¹⁵. Również okresowe sprawozdania do Wydziału Politycznego SOW z tego okresu robią wrażenie zaliczania obowiązku brnięcia w ustalonym rytmie zakłamania i nieefektywnej pracy propagandowej wobec realiów ówczesnego życia. Składano meldunki o zorganizowaniu studiowania materiałów III Plenum, przeprowadzanych informacjach politycznych, zebraniach POP i ZMP, przygotowaniach do V Światowego Festiwalu

¹³ CAW, sygn. 509/13862.

¹⁴ CAW, sygn. 1131/65/14076.

¹⁵ CAW, sygn. 1131/65/14089.

Młodzieży i Studentów itp. Niepokój budził stan moralno-polityczny niektórych oficerów, z których wielu w tym czasie odbywało służbę wojskową wbrew własnej woli. Na przykład w sprawozdaniu za pierwszy kwartał 1955 r. zastępca komendanta melduje, że mimo trwającej akcji propagandowo-agitacyjnej oraz intensywnej pracy komendanta na odcinku dyscypliny część kadry podchodzi lekceważąco do tego zagadnienia. Nawet oficerowie członkowie partii jak kpt. Malesza i kpt. Daszkiewicz pomimo rozkazu Dowódcy Okręgu dotyczącego pracy dodatkowej i zarządzenia Departamentu Służby Zdrowia zabraniającego wszystkim oficerom lekarzom prowadzenia prywatnej praktyki, kontynuują pracę dodatkową w tej formie oraz w cywilnej służbie zdrowia. W uchwale podjętej w lutym 1956 r. na zebraniu sprawozdawczo-wyborczym podstawowej organizacji partyjnej stwierdzano, że obok osiągnięć w pracy partyjno-politycznej nie uniknięto szeregu braków i niedociągnięć, a w szczególności: niesystematyczna praca nad podnoszeniem poziomu ideologicznego towarzyszy partyjnych skutkowało tym, że poziom ten jest bardzo nierówny i wielu towarzyszy nie przoduje w pracy partyjnej i zawodowej; zbyt słaba walka z liberalizmem w organizacji partyjnej spowodowała, że nawet członkowie władz partyjnych systematycznie upijali się i nie wyciągnięto w stosunku do nich konsekwencji partyjnych; praca nad wzrostem szeregów partyjnych była słaba, a oddziaływanie wychowawcze na kandydatów partyjnych było niewłaściwe¹⁶.

Działania aparatu politycznego zatraciły swój momentami obłądny charakter po wydarzeniach czerwcowych 1956 roku. Plan pracy do sierpnia 1956 r. przewidywał jeszcze pracę polityczną wokół VII Plenum KCPZPR, wyjaśnianie i wcielanie w życie wskazań XX Zjazdu KPZR, pracę polityczną wokół aktualnej sytuacji międzynarodowej i przede wszystkim prace wyjaśniające o tragicznych wypadkach poznańskich¹⁷. Prace te miały „wskazywać na przyczyny tragicznych wypadków poznańskich i wrogą działalność imperializmu światowego, mobilizować cały stan Szpitala do wzmożonej czujności wobec wrogów ojczyzny i ostro potępiać prowokatorów zajść poznańskich”. Zalecono utrzymywanie stałego kontaktu z Wojewódzka Radą Związków Zawodowych celem spotkań przedstawicieli fabryk z rannymi żołnierzami. Ton wytycznych zmienił się po październiku 1956 roku oraz zmianach w kierownictwie partii, rządu i wojska. Od tego czasu praca aparatu politycznego nabrała charakteru informacyjno-szkoleniowego, a działalność propagandowa była bardziej wyważona.

W trudnym czasie lat pięćdziesiątych, usilnego szukania w każdej sytuacji wrogów będących przyczyną wszelkich niepowodzeń szpital podlegał licznym kontrolom, często

¹⁶ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Uchwała podjęta na zebraniu POP przy 111 W.Sz.R. w dniu 17.02.56 r.

¹⁷ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Plan pracy partyjno-politycznej za okres od 02.07. do 3.008.1956 r.

postrzeganych obecnie w kategoriach surrealistycznych. Przykładowo lustrację obejmującą stan sanitarny Szpitala i załatwianie chorych zgłaszających się do polikliniki przeprowadzał prokurator prokuratury wojskowej¹⁸. Między innymi sierpnia 1951 r. w sprawozdaniu z lustracji stwierdził, że stan sanitarny na terenie szpitala jest zadawalający z wyjątkiem kuchni, gdzie zauważono szereg „istotnych uchybień” wskazujących na brak nadzoru ze strony kwatermistrzostwa i lekarza dyżurnego, gdyż w kuchni było brudno, na szafkach i kotłach, w których gotuje się strawy i po kątach porzucane były różne brudne szmaty. Kłoc do rąbania mięsa był brudny z resztkami mięsa i kości, posypany z wierzchu solą. Personel kuchenny nie posiadał ręczników i mydła do mycia rąk. Chorzy w oddziałach skarżyli się na małą ilość wydawanych im świeżych jarzyn. Problem stanowiły dostarczane chorym przez ich rodziny paczki żywnościowe, zwłaszcza z przetworami mięsnymi, które szybko się psuły i ich spożycie groziło zatruciami pokarmowymi. Ciekawe są uwagi prokuratora dotyczące polikliniki Szpitala, gdzie według jego oceny jest czysto z tym, że „na korytarzach odczuwa się brak spluwaczek i popielniczek, na skutek czego niedopałki z papierosów i zapalki rzucane są przez czekających na podłogę”¹⁹. Chorzy zgłaszający się do polikliniki przyjmowani byli w rejestracji na podstawie skierowania z jednostek w godzinach od 8 do 12 i w dniu lustracji zgłosiło się ich 112. Po zarejestrowaniu chorzy zgłaszają się do właściwych lekarzy, a numery pokoi przyjęć podawane im są w rejestracji. Badanie chorych odbywało się sprawnie. Sprawom najistotniejszym dla sprawnego funkcjonowania szpitala, to jest wyposażeniu w odpowiedni sprzęt kontrolujący poświęcił najmniej uwagi, stwierdzając tylko, że nadesłany do szpitala autoklaw stoi bezużyteczny z powodu braku środków finansowych na uruchomienie. W tym przypadku nie było żadnych stanowczych wniosków pokontrolnych usunięcia braków, jak w przypadku prostych spraw typu zarządzenia codziennych kontroli stanu sanitarnego kuchni, uregulowania sprawy paczek żywnościowych i składania pisemnych meldunków.

Kontrole pracy leczniczej, zabezpieczenia warunków bytowych chorych i personelu były prowadzone przez przedstawicieli Oddziału Służby Medycznej SOW - w grudniu 1953 roku kontrolę przeprowadził jego szef płk Wadlewski²⁰. Według niego planowanie pracy komendanta, szefów oddziałów nie było postawione na należytych poziomach, co m.in. utrudniało zorganizowanie współpracy szpitala z lekarzami jednostek wojskowych w zakresie leczenia. Stan sanitarno-higieniczny rejonu szpitala nie budził większych zastrzeżeń, jednak stwierdzono pewne zaniedbania w tej dziedzinie, jak zaśmiecenie i brud w niektórych

¹⁸ CAW, sygn. 509/58/15805.

¹⁹ Tamże.

²⁰ CAW, sygn. 1131/65/14081.

poczekalniach polikliniki, oraz w sklepie handlowym. Szczególne zaniedbania zauważano w rejonie mieszkań personelu pielęgniarskiego na V piętrze budynku szpitalnego /nieoświetlone korytarze, brudne i częściowo nieczynne umywalnie i ubikacje/. Niedostateczna kontrola ze strony komendy szpitala rejonu pomieszczeń V piętra wykorzystywanych na mieszkania personelu pielęgniarskiego stwarzała możliwość przenikania na teren obiektu osób postronnych, co nie sprzyjało należytemu przestrzeganiu tajemnicy wojskowej i służbowej i według kontrolującego było sprzeczne z wymogami czujności politycznej. W salach chorych niepokoił kontrolera brak wyciągu regulaminu o zachowaniu się chorych, nie ustalenie dyżuru ozdrowieńców i nie przestrzeganie regulaminowego meldowania się ze strony personelu i chorych. W pracy izby przyjęć za istotne niedociągnięcie uznano brak gazet i wydawnictw w poczekalni i nie przyjmowanie chorych na leczenie szpitalne w godzinach pracy polikliniki przez lekarza dyżurnego w izbie przyjęć, lecz kierowanie chorych w tym celu do poszczególnych specjalistów w poliklinice. W organizacji pracy przychodni zastrzeżenia zgłoszono do czasu przyjęć pacjentów, gdyż większość gabinetów polikliniki rozpoczynała przyjęcia po godzinie 10, co powodowało zbędne wyczekiwanie chorych oraz „pośpiech i powierzchowność pracy lekarzy”. Oceniono, że praca przychodni ma często charakter formalny, żywiłowy, nie skierowany planowo na należyte załatwienie chorego i ułatwienie lekarzom jednostek zorientowania się, co do stanu danego chorego i właściwego z nim postępowania. Taki biurokratyczny styl pracy miał powodować wielokrotne zbędne kierowanie chorych do przychodni, często z odległych garnizonów, związane z przejazdami. Kontrola stwierdziła w oddziałach szpitala, a szczególnie w oddziale wewnętrznym braki zarówno w organizacji pracy personelu lekarskiego i pomocniczego, jak też w zabezpieczeniu należytego toku rozpoznawania i leczenia oraz w dokumentacji leczniczej. Zarzucono, że ordynator oddziału wewnętrznego nie kieruje właściwie pracą asystentów, nie obciąża ich pełną odpowiedzialnością za wydzielony odcinek pracy, nie dzieli się z nimi swym doświadczeniem, lecz wykazuje tendencję do nadmiernego i zbędnego obciążenia ich pracą i obowiązkami. Wskutek tego lekarze asystenci ograniczają się często do wąsko pojętej pracy lekarskiej, bez uwzględnienia całokształtu potrzeb oddziału oraz troski o warunki bytowe chorych. Pracę lekarską cechuje wyraźny zastój i skłonność do szablonu, niechęć do nowoczesnego ujęcia leczenia oraz lekceważenie obowiązujących w wojsku zasad dokumentacji. Uznano, że podobne braki wykazuje organizacja pracy personelu pielęgniarskiego, gdyż starsza siostra oddziału wykonuje znaczną część pracy obowiązującej zasadniczo siostry salowe, co ogranicza możliwość ich należytego szkolenia praktycznego. W pracy oddziałów szpitalnych stwierdzano brak realizacji zasady zespołowego rozpoznania i

leczenia, systematycznych konsultacji ogółu chorych przez zespół specjalistów szpitala oraz częste przypadki rozpoznania i leczenia w zakresie jednej tylko specjalności. Komendantowi szpitala i jego zastępcy wytknięto brak systematycznej kontroli toku pracy leczniczej i warunków leczenia chorych w oddziałach szpitalnych oraz nie wydzielenia w szpitalu pomieszczenia dla gabinetu gimnastyki leczniczej. Wiele zastrzeżeń miał kontrolujący odnośnie warunków bytowych i odżywiania chorych. Według niego praca komendy szpitala, aparatu politycznego i oficerów lekarzy, jak również pomocniczego personelu medycznego i aparatu zaopatrzenia nie wykazywała dostatecznej i systematycznej troski o całokształt zagadnień leczniczych i gospodarczych w szpitalu, co nie zapewniało chorym należytych warunków bytowych oraz ich żywienia. Nie były prowadzone zespołowe obchody komendy szpitala, aparatu politycznego, personelu medycznego i służb zaopatrzenia na oddziałach szpitalnych, co nie pozwalało zauważyć istniejących braków i nie prowadziło do przemyślanej pracy całego kolektywu szpitala nad ich usunięciem i poprawą warunków bytowych. Nie kontrolowano w szpitalu w dostatecznym stopniu organizację i przebieg żywienia chorych. Zbyt rzadko w oddziałach bywał szef zaopatrzenia żywnościowego i kierownik kuchni, którzy nie znali wystarczająco potrzeb indywidualnego żywienia ciężko chorych. Lekarze leczący nie współpracowali ściśle z tymi służbami w stworzeniu jak najlepszych warunków bytowych dla chorych w szpitalu. Z innych braków stwierdzono m.in. zaniedbaną, nieestetyczną stołówkę w oddziale wewnętrznym, stoły nie pokryte ceratą, względnie ceratą zniszczoną, brak należytej urządzanej stołówki dla oficerów, niedostateczną ilość krzeseł i taboretów oraz broszur, gazet, czasopism i haseł z dziedziny higieniczno-zdrowotnej w niektórych poczekalniach. Podkreślono, że obok niedociągnięć i braków, w niektórych oddziałach, szczególnie w chirurgicznym był wzorowy stan lecznictwa i wysoka troska o stosowne warunki bytowe chorych. Ducha epoki i warunków służby najlepiej pokazują wnioski kontrolującego²¹, które przytoczono poniżej.

„ Fakty powyższe świadczą, że wbrew obowiązującym zarządzeniom i wytycznym Szefa Departamentu Służby Zdrowia i Szefa Służby Medycznej OW komenda szpitala, aparat polityczny, leczniczy i służb tyłowych nie wyzbyły się jeszcze wadliwego stylu pracy, nie przestrzegają zasad należytego planowania i kontroli wykonania zadań stojących przed nimi. Natomiast stwierdza się w pracy tych ogniw kampanijność i często brak krytycznego stosunku do istniejących niedociągnięć. Na skutek niedostatecznego powiązania ze sobą pracy poszczególnych ogniw funkcjonalnych w szpitalu oraz nienależytego wyzyskania możliwości aparatu partyjno-politycznego, ZMP i aktywu, spośród personelu i chorych nie usunięto

²¹ CAW, sygn. 1131/65/14081.

dotychczas bez reszty formalnego i biurokratycznego stosunku niektórych pracowników szpitala do obowiązków służbowych i wykonywania zarządzeń przełożonych. W szczególności nie wykonuje się jeszcze należycie rozkazu MON Nr 017 i D-cy OW. IV Nr 0133 o zapewnieniu jak najlepszych warunków bytowych chorym w szpitalu. Fakty te nabierają specjalnej wymowy w obliczu historycznych uchwał VIII i IX Plenum KCPZPR zmierzających do jak najszybszego podniesienia ogólnego poziomu życiowego i warunków bytowych mas pracujących. W związku z wyżej przedstawionymi brakami należy: Przystąpić niezwłocznie do realizacji nie wykonanych a przytoczonych zarządzeń i wytycznych, w celu całkowitego przekształcenia wadliwego stylu pracy szpitala, zapewnienia racjonalnego planowania i kontroli wykonania planów. W szczególności przez skoordynowanie pracy Komendy Szpitala, aparatu partyjno-politycznego, lecznictwa i gospodarczego oraz zacieśnienie współpracy z aktywnym partyjnym, bezpartyjnym spośród personelu i chorych należy usunąć wszystkie wyszczególnione braki w pracy szpitala., a przez właściwą pracę wychowawczą, wzmożenie dyscypliny wojskowej i socjalistycznej dyscypliny pracy personelu stworzyć trwałe warunki całkowitego wykonania uchwał i zarządzeń Partii, Rządu i Min. Obrony Narodowej odnośnie zapewnienia wysokiego poziomu lecznictwa i warunków bytowych w wojsku”²².

Kontrole tego rodzaju z podobnymi mającymi charakter ogólników wnioskami, z zamykającym wszelkie możliwości dyskusji polityczno-ideologicznym podparciem, nie poruszające istotnych dla pracy i służby zagadnień były w wojsku typowe w całym okresie PRL-u, a w pierwszych latach realnego socjalizmu szczególnie częste i uciążliwe. Występowały zwłaszcza wtedy, gdy dowódcy nieopatrznie, jak to niekiedy miało miejsce w przypadku szpitala ośmielali się zwrócić do przełożonych z prośbami o przyznanie odpowiednich środków, sprzętu, czy kadr dla prawidłowej realizacji wyznaczonych zadań. Bardzo często poprzedzały one planowane zmiany w kierownictwie jednostki, które należało w jakiś sposób uzasadnić²³.

Lata pięćdziesiąte to okres stabilizowania się sytuacji kadrowej szpitala i dostosowywania kadr do potrzeb jednostki. Istotne zmiany następowały w składzie kadry kierowniczej, najczęstsze aparatu politycznego²⁴. W grudniu 1950 roku ze stanowiska zastępcy komendanta odeszła do dyspozycji Zarządu Politycznego OW IV por. Kappowa, a na jej miejsce skierowany został wykładowca z Oficerskiej Szkoły Wojsk Pancernych kpt.

²² CAW, sygn. 1131/65/14081.

²³ Tamże.

²⁴ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Kronika Szpitala, s. 72.

Styczyński²⁵, którego już w kwietniu 1952 roku zastąpił kpt. Andrzejczak²⁶, dotychczasowy sekretarz POP Szpitala. Zaledwie po dwóch miesiącach pracy na tym stanowisku zastąpił go kpt. Majdecki wykładowca w Centralnej Składnicy Uzbrojenia. Zastępcy komendanta mieli do pomocy pracowników sekcji politycznej, w której w latach pięćdziesiątych pracowali wykładowcy: chor. Suski, ppor. Górka, por. Abram i chor. Mańko – kierownik świetlicy. Równie często w tym czasie następowały zmiany na stanowisku kwatermistrza szpitala, na którym pracowali od 1950 r. kpt. Podraza, mjr Dzianachowski, por. Wągorzki. W roku 1951 etatowym zastępcą komendanta d.s. lecznictwa i jednocześnie kierownikiem polikliniki został ppłk Józef Dziurzyński, który 12 marca 1957 roku przejął obowiązki komendanta Szpitala, pracując na tym stanowisku tylko do listopada 1957 roku²⁷. Podpułkownik Dziurzyński urodził się 11.09.1898 r. w Stanisławowie. Od 1921 r. do czasu wysiedlenia przez Niemców w roku 1940 mieszkał w Poznaniu, gdzie jego ojciec był kierownikiem gazowni miejskiej. W czasie I wojny światowej służył w armii austriackiej początkowo jako żołnierz 20 pułku strzelców, później kursant w Oficerskiej Szkole Rezerwistów Piechoty, dowódca drużyny i po ukończeniu szkoły dowódców kompanii w Chełmie Lubelskim, na stanowisku dowódcy plutonu na froncie rosyjskim, czarnogórskim i w Albanii. Od lipca 1917 r. do marca 1919 r. przebywał we Włoszech, początkowo jako jeniec wojenny, następnie kandydat do Wojska Polskiego i oficer organizator. Po miesięcznym pobycie w roku 1919 w obozie ćwiczebnym we Francji (m. Lessey) jako dowódca plutonu rozpoczyna służbę w 54 Pułku Strzelców, a od maja 1920 r. do lutego 1921 r. służy w 6 Baonie Wartowniczym w Stanisławowie i Horodence na stanowisku dowódcy kompanii. Przeniesiony jako dowódca kompanii do 57 Pułku Piechoty WP. W Poznaniu służył do demobilizacji w sierpniu 1921 r. W latach 1921 – 1928 studiuje medycynę w Uniwersytecie Poznańskim. Po ukończeniu studiów pracował w Szpitalu Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, jako lekarz okręgowy i lekarz pogotowia oraz praktykował prywatnie. Zmobilizowany w 1939 r. odbywa służbę na stanowisku lekarza w jednostce artylerii, bierze udział w obronie Warszawy i po kapitulacji trafia do Oflagu IV A w Hohenstein. W styczniu 1940 roku zwolniony z innymi lekarzami oficerami rezerwy na mocy konwencji genewskiej. Po powrocie z niewoli zostaje wysiedlony z rodziną do Generalnej Guberni, mieszka początkowo w Krakowie, później w Suchedniowie pow. Kielce, gdzie pracuje jako lekarz okręgowy. W kwietniu 1945 r. zmobilizowany przez RKU Kielce i w stopniu kapitana zostaje przydzielony do Okręgowego Szpitala Nr 6 w Toruniu na stanowisko ordynatora oddziału wewnętrznego, skąd w październiku tego roku przeniesiony zostaje do 12

²⁵ CAW, sygn. 1131/65/14081, Rozkaz personalny nr 01 DOW IV z dnia 30.12.1950 r.

²⁶ Tamże, Rozkaz personalny MON nr 335 z dnia 04.IV.1952.

²⁷ Tamże. Rozkaz Personalny MON nr 978 z dnia 20.09.1950 r.

pułku piechoty w Pleszewie na stanowisko młodszego lekarza pułku. W latach 1946 -1951 służy kolejno w: 12 BAC w Biedrusku jako szef służby zdrowia brygady, 4 pułku saperów – szef służby zdrowia brygady, naczelny lekarz pułku (awansowany do stopnia majora), sztabie DOW III – st. pomocnik szefa Wydziału Służby Zdrowia, następnie z-ca szefa Wydziału, Centrum Wyszkożenia Kwatermistrzowskiego (ppłk) – st. lekarz jednostki, wykładowca, 111 szpital Rejonowy – ordynator oddziału zakaźnego, następnie z-ca komendanta d.s. lecznictwa, jednocześnie kierownik polikliniki, komendant (płk). Zwolniony z wojskowej służby zawodowej z powodu osiągnięcia 60 roku życia - Rozkaz Personalny MON Nr 0549 z dnia 10 listopada 1958 r.²⁸

Kolejne opinie służbowe przedstawiały płk Dziurzyńskiego jako zdyscyplinowanego oficera – lekarza, dobrego administratora, dokładnego i systematycznego w pracy, o wielkim poczuciu obowiązku i odpowiedzialności. Był wymagającym od siebie i od swych podwładnych, bardzo dobrze wyszkolonym zarówno w medycynie jak też w zagadnieniach ogólnowojskowych. Politycznie lojalnie i przychylnie ustosunkowany do aktualnej rzeczywistości, biorący czynny udział w pracy i szkoleniu politycznym, systematycznie pogłębiający swoje wiadomości polityczne. Miał dobre wyniki w szkoleniu politycznym, jednak przeszkodą w jego rozwoju politycznym było bardzo silne przywiązanie do wiary i kościoła. Bezpartyjny, bezwzględnie uczciwy, o wielkim poczuciu godności osobistej, bez nałogów, cieszący się autorytetem u przełożonych i podwładnych. Życie rodzinne nienagane, poza służbą cały czas wolny spędza w otoczeniu domowym, w gronie rodzinnym, nie prowadząc żadnego życia towarzyskiego. Dużo uwagi w ocenie opiniującego poświęcał wychowaniu swych 3 dzieci, udostępniając im odpowiedni materiał polityczny. On i rodzina głęboko wierzący i praktykujący katolicy, jednak otwarcie i szczerze osądza księży rozpolitykowanych i wrogich Polsce Ludowej. W roku 1949 prowadził życie bardzo skromne, utrzymując się z poborów wojskowych, jednak zadowolony ze swej sytuacji materialnej. W ocenie przydatności służbowej (w roku 1949) - jest dobrym oficerem zawodowym odrodzonego WP, zajmowanemu stanowisku z-cy Szefa Służby Zdrowia OW odpowiada, mógłby być wysunięty na wyższe stanowisko: jak Szef Wydziału Służby Zdrowia OW, Komendant Szpitala Okręgowego, jeśliby nie zły stan zdrowotny²⁹. Opinię wystawił płk Salomon-Kwatermistrz III OW.

Podobnie oceniał płk Dziurzyńskiego w okresowych opiniach służbowych komendant szpitala płk Szereszewski, stwierdzając m.in., że „/.../ jest on pracowitym,

²⁸ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, życiorys mjr lek. Dziurzyński Józef. Wyciąg z akt personalnych płk Dziurzyńskiego Józefa.

²⁹ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, *Opinia służbowa ppłk Dziurzyński Józef*.

zdyscyplinowanym i sumiennym oficerem, posiadającym duże doświadczenie w zakresie administracji szpitalnej, dobrze wywiązującym się ze swoich obowiązków służbowych. Mocno przywiązany do szpitala, co wynika z długoletniej pracy i przyzwyczajenia się do kadry oraz personelu cywilnego. Wyszkołenie i zdolności fachowe na wysokim poziomie, posiadane wiadomości stara się w taktowny sposób przekazywać podwładnym. W pracy politycznej aktywnego udziału nie bierze, lecz wszelkie zarządzenia i wytyczne stara się realizować zgodnie z linią polityczną partii i rządu. Jest jednym z nielicznych oficerów, który systematycznie prenumeruje i studiuje książki i czasopisma o tematyce polityczno-wojskowej, przez co podnosi swój poziom wiadomości politycznych i zawsze jest zorientowany w aktualnych zagadnieniach politycznych i gospodarczych kraju. Do zmian zachodzących w kraju ustosunkowany pozytywnie, podkreślając zawsze słuszność założeń teoretycznych, krytycznie natomiast ustosunkowuje się do niektórych zagadnień praktycznych. Ma spokojny i zrównoważony charakter, jego stosunek do podwładnych jest nacechowany taktem i wyrozumiałością. Wszelkie polecenia stara się wykonywać możliwie dokładnie”³⁰.

Po zakończeniu służby wojskowej przez płk Dziurzyńskiego komendantem szpitala został płk Paweł Niziołek, który na tym stanowisku pracował do 1970 roku³¹.

W tym czasie nastąpiło kilka istotnych dla pracy szpitala zmian kadry kierowniczej oddziałów. W roku 1950 ordynatorem oddziału chirurgicznego został mjr Wacław Gerwel, który na tym stanowisku pracował do 1970 roku. Starszym asystentem i jednocześnie kierownikiem ambulatorium został por. Rudnicki, a asystentami od 1952 r. kpt. Przychodzki, por. Brablec i od 1953 r. por. Lorkiewicz. Ważnym momentem w pracy tego oddziału było w

³⁰ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Okresowa opinia służbowa na płk Dziurzyńskiego Józefa.

³¹ Płk Paweł Niziołek urodził się w 1910 roku w Brzozowie, woj. Rzeszów, gdzie ukończył szkołę średnią. Po zakończeniu studiów na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w 1937 r. odbył roczny staż w 5 Szpitalu Okręgowym w Krakowie, po którym pracował w powiatowym ośrodku zdrowia w Odrzywole, pow. Opoczno na stanowisku kierownika³¹. W sierpniu 1939 r. zmobilizowany, odbywał służbę w 4 pułku piechoty legionów w Kielcach jako lekarz batalionu. Bierze udział w obronie Warszawy w 1 komp. sanitarnej jako dowódca plutonu, a od 27 września do 18 października 1939 r. pracuje w oddziale chirurgicznym szpitala ujazdowskiego, po czym wraca do pracy w powiatowym ośrodku zdrowia w Odrzywole. W marcu 1945 r. zostaje powołany do służby wojskowej, początkowo w dyspozycji Wydziału Personalnego Departamentu Służby Zdrowia, a od kwietnia 1945 r. odbywał służbę w 16 baonie medyczno-sanitarnym 13 Dywizji Piechoty jako dowódca plutonu segregacji. Od listopada 1945 r. do lutego 1946 r. jest lekarzem izby chorych 16 pułku w 13 dywizji piechoty, następnie do listopada 1946 r. służy początkowo w 10 Oddziale WOP jako starszy lekarz, później w 11 Oddziale na stanowisku szefa służby zdrowia. 18 listopada 1946 r. skierowany do służby dowództwie IV OW – do czerwca 1950 r. kierownik sekcji profilaktyki i lecznictwa, zastępca szefa Wydziału Służby Zdrowia, do listopada 1951 r. – starszy pomocnik szefa Wydziału, do grudnia 1956 r. – starszy pomocnik d.s. organizacyjnych i planowania szefa Oddziału Służby Zdrowia, do lipca 1957 - szef Oddziału Służby Medycznej Kwatermistrzostwa Śląskiego OW, do listopada 1957 r. - słuchacz kursu doskonalenia oficerów w Wojskowym Centrum Wyszkołenia Medycznego, po ukończeniu którego został komendantem 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego. Zwolniony z wojskowej służby zawodowej z powodu osiągnięcia 60 lat życia z dniem 15.12.1970 r. Archiwum 11 Szpitala Wojskowego, Rozkaz personalny MON nr 0288 z dnia 28.07.1970 r, *Przebieg służby wojskowej i pracy cywilnej płk Paweł Niziołek*.

1955 r. przybycie do szpitala pierwszego anestezjologa kpt. Jana Toboły na etat starszego asystenta oddziału chirurgicznego. Wprowadził on do codziennej praktyki nowoczesne znieczulenie ogólne dotchawicze z zastosowaniem środków zwiotczających mięśnie. W roku 1950 pod kierownictwem dr Gimińskiego i mjr Bereźnickiego laboratorium szpitala przekształca się w pracownię kliniczną, w której stopniowo zaczęły powstawać nowoczesne działy jak biochemiczny, bakteriologiczny, immunologiczny. W latach 1954 -1957 utworzono przy oddziale zakaźnym nieetatową pracownię bakteriologiczną, którą prowadził kpt. Degórski. W roku 1952 w zmniejszonym do 50 łóżek oddziale wewnętrznym pierwszym na zwolnione przez ppłk Łepkowskiego stanowisko ordynatora wyznaczony zostaje mjr Czapiewski, który kieruje oddziałem przez kolejnych 20 lat. Oddziałem wewnętrznym drugim jako ordynator od 1951 r. do 1962 r. kierował ppłk Kowalski. W roku 1953 nastąpiła zmiana na stanowisku ordynatora oddziału okulistycznego – po zakończeniu służby wojskowej przez ppłk Waligórskiego ordynatorem oddziału został ppłk Zwyrzykowski pracujący do 1977 r. Mjr Małecki, dzięki którego wysiłkom zmodernizowano oddział laryngologiczny (zbudowano blok operacyjny z dwiema salami, salę endoskopową, kabinę do badania audiometrycznego słuchu, uzupełniono instrumentarium) po habilitacji przeszedł w 1954 r. do pracy w Akademii Medycznej w Łodzi, a stanowisko ordynatora objął kpt. Mozolewski. Jego zasługą było dalsze unowocześnianie instrumentarium oraz wprowadzenie nowych metod operacyjnych, szczególnie w leczeniu chorób zatok przynosowych. W listopadzie 1956 r. ordynatorem na krótko został mjr Bittner, a następnie ppłk Rochowicz, który pozostał na stanowisku do 1965 r. Przyczynił się on do uruchomienia w 1958 r. gabinetu audiometrycznego. Po przeniesieniu ppłk Wojciechowskiego do Krakowa nastąpiła zmiana ordynatora oddziału neurologicznego – został nim kpt. Daszkiewicz. W styczniu 1955 r. ordynatorem ponownie został, pełniący jednocześnie funkcję specjalisty okręgowego płk Wojciechowski, któremu do pomocy przydzielono por. Klichowskiego, a w 1957 r. po zwiększeniu liczby łóżek w oddziale do 30 jako asystenta kpt. Perza. Po kilku zmianach na stanowisku ordynatora oddziału zakaźnego - 1948-1950 mjr/ppłk Białokoz, 1950-1951 kpt. Abram, 1951-1952 kpt. Czapiewski, ordynatorem został w 1953 r. ppłk Jerzy Stalewski pracujący na tym stanowisku do 1974 r. W roku 1954 przydzielono mu do pomocy na stanowisku st. asystenta kpt. Degórskiego. Na początku lat pięćdziesiątych poprawiło się także wyposażenie oddziału dermatologicznego, bowiem uzyskano nowy sprzęt do diagnostyki i terapii. Przy oddziale urządzono ambulatorium z gabinetem zabiegowym i dużą poczekalnią dla chorych. Zwiększono w związku z tym obsadę etatową oddziału kierując na stanowiska asystentów w 1951 r. kpt. Kościńskiego i w 1953 r. por. Paluszyńskiego. Po okresie rozbudowy i wyposażeniu w

nowoczesny sprzęt gabinetu stomatologicznego oraz pracowni protetycznej mjr Domiszewskiego na stanowisku kierownika zmienił ppłk Józef Zimetbaum. W tym czasie pracowało tu 3 lekarzy, 2 techników, 3 pielęgniarki i 2 salowe. Leczone wtedy rocznie około 7 tysięcy pacjentów³².

W latach pięćdziesiątych wzmocniona została obsada kadrowa poszczególnych oddziałów oraz uzupełniono zespół służb pomocniczych w składzie: kpt. Złotowski – szef zaopatrzenia żywnościowego (1950 r.), kpt. Staniewski – oficer kwaterunkowy (1951), por. Grząślewicz – pomocnik komendanta ds. technicznych (1952), por. Dworczyński – pomocnik kierownika sekcji organizacyjnej (1953). Po ukończeniu stażu (od lipca 1951r.) etaty stażystów zmieniono na młodszych asystentów³³. Do pracy w oddziałach zostali skierowani w lekarze: por. Dębosz Kacper do oddziału wewnętrznego, por. Posłuszny początkowo do oddziału usznego, a następnie chirurgicznego, por. Kościński do dyspozycji dowódcy SOW, następnie do oddziału dermatologicznego, por Rutkowski do oddziału chirurgicznego. Obsadę etatową izby przyjęć wzmocniono w 1952 r. dwoma felczerami: por. Pikuła i por. Rzekiecki. Do pracy w rozbudowywanym oddziale laryngologicznym (określanym wtedy jako uszny) poza kończącym staż por. Posłusznym skierowani zostali: w roku 1952 por. Guz i w 1953 roku por. Skałbania. Oddział okulistyczny zasiłił por. Bittner w roku 1950. W latach 1949-1950 rozbudowany został oddział ginekologiczny. Powstała sala zabiegowa, blok porodowy i oddział noworodkowy z sala wcześniaków. Nastąpiła także poprawa zaopatrzenia w sprzęt medyczny, co pozwoliło poszerzyć zakres zabiegów i operacji ginekologicznych. Rocznie odbierano około 500 porodów i przeprowadzano do 50 operacji. W roku 1953 otwarto systematycznie modernizowaną przychodnię ginekologiczną, w której udzielano ponad 4 tys. porad rocznie. Od 1949 r. Szef Służby Zdrowia WP zezwolił na przyjmowanie do odbycia porodu pacjentek spoza wojska, co znacząco wpłynęło na liczbę przyjęć. Taki stan rzeczy wymagał odpowiedniej obsady kadrowej. Pracujący w oddziale od 1949 r. lekarze mjr Chylak, kpt. Kentzer i kpt. Szulc zostali wsparci przez skierowanie do pracy w 1952 r. por. Życkińskiego i por. Gutowskiego. Oddział noworodkowy był konsultowany przez kpt. Witkowską, kpt. Drybańskiego, mjr Knittera i por. Maleszę.

Ustabilizowany pod koniec lat pięćdziesiątych stan kadry, zwłaszcza kierowniczej i jej zwiększające się kwalifikacje zawodowe pozwalały, mimo trudności tamtego okresu,

³² Tamże.

³³ Rozk. org. w spr. organizacji szpitali nr 00376 DOW IV z 12.07.1951r.

stopniowo wzmacniać znaczenie szpitala jako jednostki leczniczej w wojsku i w mieście Poznaniu. W roku 1956 w szpitalu pracowało 75 żołnierzy zawodowych³⁴.

Katastrofalna sytuacja gospodarcza kraju lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych miała decydujący wpływ na realizację zgłaszanych do Oddziału Służby Zdrowia OW i do Departamentu Służby Zdrowia MON przez komendę szpitala potrzeb inwestycyjnych, remontowych i organizacyjnych³⁵. Od roku 1953 planowano wymianę nietypowego sprzętu szpitalnego na odpowiadający wymogom dla tego rodzaju jednostki. Zgłaszano potrzebę wybudowania specjalnego budynku dla polikliniki, co pozwoliłoby urządzić w gmachu szpitalnym wodolecznictwo, gabinet gimnastyki leczniczej, pododdział ortopedyczny i urologiczny. Kolejnymi ważnymi inwestycjami, które chciano realizować były kostnica i zakład anatomo-patologiczny oraz budowa garaży dla samochodów sanitarnych, które ze względu na ich stan techniczny nie dawały się uruchomić zimą. W latach 1955 - 1956 wnioskowano o środki na ukończenie remontów w szpitalu po ułożeniu instalacji sygnalizacyjnej i radiofonicznej. W roku 1956 biorąc pod uwagę ciężką sytuację kraju odstąpiono od planu zbudowania polikliniki i w związku z rozformowaniami i przenoszeniami niektórych jednostek wojskowych proponowano przydzielić szpitalowi na poliklinikę, magazyny i dla potrzeb administracji budynek sąsiedniego pułku KBW i niektórych pomieszczeń byłego Centrum Wyszkołenia Służb Tyłów. Argumentowano, że byłoby to korzystne dla wojska i dla miasta, gdyż chcąc zachęcić lekarzy wojskowych do służby należało zróżnicować przypadki chorych, co jest możliwe tylko przez powiększenie liczby łóżek ponad potrzeby ściśle wojskowe, więc do 600 w 111 WSR. Za konieczne uznano utworzenie laboratorium biochemicznego z odpowiednim etatem, gdyż już w tym czasie

³⁴ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego. *Obsada etatowa 111WSR 1956*, Byli to następujący żołnierze zawodowi: ppłk Abram Marian, ppłk Bereźnicki Jan, kpt Bittner Wiktor, kpt Berger Jan. por. Banaszak Antoni, kpt Bryła Roman, płk Chylak Sergiusz, mjr Czapiewski Atanazy, kpt Czekajewski Tadeusz, płk Dziurzyński Józef, kpt Dębosz Kacper, kpt Degórski Andrzej, kpt Frencel Romuald, por. Depa Stefan, Fahrenholz Henryk, płk Gerwel Wacław, ppłk Gajewski Franciszek, por. Glinkiewicz Hipolit, por. Gutowski Zdzisław, kpt Grząślewicz Józef, płk Hawrylinka Witold, ppłk Hermanowski Bogdan, por. Junik Piotr, kpt Józwiak Jerzy, płk Kowalski Edward, ppłk Knitter Tadeusz, mjr Kościński Roman, por. Krajewska Irena, por. Klichowski Longinus, kpt Kłokowski Stefan, kpt Kudła-Chwiłowicz Wiesław, mjr Machowski Jerzy, kpt Mildner Emil, por. Mańkowski Stefan, por. Malesza Józef, kpt Marczewski Maksymilian, mjr Miciukiewicz Włodzimierz, mjr Miłkuła Brunon, kpt Olejniczak Tadeusz, por. Pietkiewicz Wanda, por. Płaszczymąka Franciszek, kpt Perz Stanisław, mjr Przychodźki Michał, kpt. Patelski Jerzy, mjr Rudnicki Paweł, mjr Rossochacki Jan, por. Rzekiecki Zygmunt, kpt Rzepecki Ludwik, płk Rochowicz Alfons, por. Rajski Leopold, ppłk Stalewski Jerzy, mjr Świderczuk Stanisław, mjr Strzyżowski Józef, płk Skąpska-Łabęcka Anna, por. Sobstyl Józef, mjr Sturmer Henryk, kpt Skałbana Jan, kpt Sobkowiak Henryk, kpt Tobiła Jan, mjr Wieliczko Mikołaj, por. Wodzyńska Aniela, por. Wroński Anastazy, płk Wojciechowski Erwin, mjr Wierzbński Andrzej, ppłk Zimetbaum Józef, kpt Złotowski Stanisław, kpt Zaidlewicz Włodzimierz, sierż. Domek Tadeusz, sierż. Ciechanowski Wacław, sierż. Bilewski Jan, st. sierż. Kurzawski Henryk, st. sierż. Marcinkowski Czesław, st. sierż. Majewski Czesław, st. sierż. Nowaczyk Bronisław i plut. Królak Zenon.

³⁵ Kronika Szpitala, *Specjalne notatki lata 1953-1961*.

szpital bez tego rodzaju badań nie mógł prawidłowo pełnić swojej roli. Istniała potrzeba pilnej wymiany aparatów elektrokardiograficznych, ponieważ posiadane na skutek długotrwałego użytkowania często się psuły. W sprawach kadrowych uznano za najpilniejsze obsadzenie przez odpowiednio wykwalifikowanego lekarza-analityka stanowiska kierownika laboratorium w związku z przewidywanym odejściem ze służby ppłk Bereźnickiego.

Mimo istniejących trudności udało się zrealizować wiele prac remontowych i adaptacyjnych różnych obiektów, jednak ambitnych i bardzo potrzebnych szpitalowi planów inwestycyjnych nie zdołano urzeczywistnić. Pod koniec roku 1954 wyremontowano hydroformię, co usprawniło doprowadzanie wody do wyższych kondygnacji budynku. Oddano też do użytku salę gimnastyczną, wprowadzając nie kompletnie wyposażoną. Przeprowadzano też bieżące remonty oddziałów szpitalnych. W roku 1955 rozpoczęto działania mające poprawić warunki pracy polikliniki przez przeniesienie gabinetów skórno-wenerycznego i ocznego. Poszerzono izbę przyjęć, zradiofonizowano szpital i założono sygnalizację świetlno-dźwiękową. Wybudowano stację transformatorową oraz zainstalowano agregat o 1/3 mocy koniecznej szpitalowi. Udało się w pobliżu szpitala uzyskać garaż dla samochodów sanitarnych. Większość pielęgniarek mieszkających dotychczas na terenie szpitala została przeniesiona do nowego internatu. Kilka oddziałów szpitalnych było wyłączonych przez kilka miesięcy z pracy z powodu bieżących remontów. Pod kierownictwem kpt. Patelskiego organizowano laboratorium biochemiczne.

W roku 1956 zakończone zostały prace związane z przeniesieniem kwatermistrzostwa, sekcji politycznej i administracji do pomieszczeń na V piętrze, zwolnionych przez przesiedlone do internatu pielęgniarki. Znacznie powiększone zostało ambulatorium dziecięce, które stało się samodzielną komórką wyłączoną z ogólnego ruchu polikliniki. Oddziałowi chirurgicznemu przydzielono dodatkowe pomieszczenia, co pozwoliło zorganizować gabinet urologiczny, drugą salę opatrunkową oraz podzielić oddział na odcinki: chirurgii „miękkiej”, urologiczny i ortopedyczny. Wybudowanie tlenowni umożliwiło zaopatrywanie w tlen początkowo tylko oddziału noworodków bez posługiwania się butlami tlenowymi. W kolejnym etapie w tlen zaopatrywane zostały chirurgia, laryngologia i położnictwo.

Okresowe sprawozdania kierowane przez komendanta szpitala do szefostwa służby zdrowia OW pokazują występujące w tym czasie problemy lecznicze i organizacyjne jednostki. W latach pięćdziesiątych kwartalnie w gabinetach polikliniki przyjmowano średnio ponad 40 tysięcy pacjentów. Przykładowo w trzecim kwartale 1954 r. w poliklinice przyjęto w poszczególnych gabinetach pacjentów: gabinet chirurgiczny – 2264, wewnętrzny – 2624,

neurologiczny – 2723, oczny – 4327, gabinet położniczo-ginekologiczny – 1437, dentystyczny – 7184, rentgenologiczny – 12771, dziecięcy - 2317³⁶.

Sprawozdania charakteryzowały pracę poszczególnych oddziałów szpitalnych, wyniki leczenia oraz występujące braki i trudności. W tym czasie w Szpitalu funkcjonowały oddziały: chirurgiczny, wewnętrzny, skórno-weneryczny, laryngologiczny, oczny, chorób nerwowych, zakaźny, dziecięcy, położniczo-ginekologiczny, pracownia kliniczna, gabinet fizykoterapeutyczny i apteka³⁷.

W oddziale chirurgicznym leczono miesięcznie do 150 pacjentów, z których dużą część stanowili pacjenci po przebytych urazach i oparzeniach najczęściej związanych ze służbą wojskową. Liczna była grupa leczonych z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego i przepuklin. Sporadycznie operowano guzy tarczycy, żylaki, zmiany nowotworowe. Zakładano kilkadziesiąt opatrunków gipsowych i unieruchomień szynowych. Do znieczuleń ogólnych używano inhalacji eterem i chloretylem. Przetaczano miesięcznie kilka litrów krwi konserwowanej. Średni czas leczenia wynosił kilkanaście dni. W oddziale wewnętrznym przyjmowano miesięcznie ok. 130 chorych (podobną ilość pacjentów wypisywano po zakończonym leczeniu). Przeważały schorzenia układu oddechowego - zapalenia płuc, oskrzeli, układu ruchu – liczne w tych latach przypadki gośca, pokarmowego - zwłaszcza choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy oraz choroby układu krążenia – niewydolność wieńcowa, zawały serca, choroba nadciśnieniowa. W leczeniu stanów zapalnych w szerokim zakresie wprowadzono stosowanie trudnych do zdobycia w latach czterdziestych i na początku pięćdziesiątych antybiotyków, zwłaszcza penicyliny i streptomycyny. Średni czas leczenia podobnie jak w przypadku oddziału chirurgicznego wynosił kilkanaście dni³⁸.

Problemem podstawowym oddziału skórno-wenerycznego w dalszym ciągu była rosnąca liczba przypadków ostrej rzeżączki – do 30 miesięcznie i nadal występujące zachorowania na kiłę – kilka miesięcznie. Występowały zapalenia jąder i najądrzy będące wynikiem powikłania rzeżączki. Wśród żołnierzy występowały liczne zachorowania na grzybicę stóp, spotykano świerzb i wypryski zapalne skóry. Stałym problemem leczniczym oddziału dermatologicznego była (i jest do dzisiaj) łuszczyca. Leczenie chorób wenerycznych prowadzono według wytycznych Departamentu Służby Zdrowia MON stosując dostępną już wtedy penicylinę z zadawalającymi wynikami. Przy współpracy z terenowymi władzami służby zdrowia wykrywano ok. 40% źródeł zakażeń, które poddano leczeniu. W związku z licznymi przypadkami grzybicy oddział skórno-weneryczny nawiązał współpracę z

³⁶ CAW, sygn. 509/58/15861, *Sprawozdanie działalności 111WSR lipiec-wrzesień 1954r*, s. 3-4..

³⁷ CAW, sygn. 509/15843, *Sprawozdanie z działalności leczniczej 111 WSR 1954r.*

³⁸ Tamże..

Instytutem Przeciwgrzybicznym. W oddziale był duży ruch chorych – kwartalnie leczono prawie 300 chorych, a średni czas leczenia wynosił około 20 dni³⁹. W oddziale laryngologicznym leczono w ciągu miesiąca około 60-80 pacjentów, którzy przebywali w oddziale przeciętnie kilkanaście dni. Najczęściej wykonywane były leczenia operacyjne przegrody nosa, zatok szczękowych i czołowych, migdałków podniebiennych, polipów i ucha środkowego. Wykonywane były także bronchoskopie, a zachowawczo najczęściej leczono zapalenia uszu i górnych dróg oddechowych. Miesięcznie w trakcie zabiegów operacyjnych przetaczano kilka litrów krwi konserwowanej. Chorzy przebywali na leczeniu w oddziale ok. 20 dni. W oddziale ocznym najczęstszymi przypadkami były stany zapalne rogówki, ropnie powiek i zapalenia tęczówki oraz naczyńówki. Występowały urazy i ciała obce gałek ocznych. Najczęstszymi zabiegami operacyjnymi były leczenia zezów, usuwanie ciał obcych, gradówek i różnych narośli. Miesięcznie w oddziale leczono około 30 chorych, średnio przez 15 dni. W oddziale neurologicznym leczono około 25 chorych miesięcznie, średnio przez 20 dni. Najczęściej byli to pacjenci po urazach związanych ze służbą wojskową, z których wielu było kierowanych do dalszego leczenia w Klinice Neurochirurgicznej w Poznaniu. Leczono też wielu pacjentów z dyskopatią, rwą kulszową, stanami zapalnymi nerwów obwodowych, zapaleniami opon mózgowych i padaczką. W latach pięćdziesiątych znacznie zmienił się w stosunku do poprzedniej dekady profil leczenia w oddziale zakaźnym. Zniknęły prawie całkowicie pod koniec dekady takie schorzenia jak dury, czerwotka, błonica, a gruźlica przestała stanowić zagrożenie społeczne. Wśród kilkudziesięciu chorych leczonych w każdym miesiącu (średnio kilkanaście dni) najczęściej występowały: angina i ropnie okołomigdałkowe, nieżyty żołądkowo-jelitowe, zapalenie przyusznicy, stany grypowe. Zdarzały się pojedyncze przypadki różni, płonicy i błonicy. Oddział dziecięcy nie został w szpitalu rozwinięty, więc przypadki wymagające hospitalizacji kierowano do leczenia w cywilnych zakładach leczniczych lub w zależności od rozpoznania do odpowiednich oddziałów szpitala. Ambulatoryjnie najczęściej leczono nieżyty dróg oddechowych, zapalenia oskrzeli, ospę wietrzną, pojedyncze przypadki krztuśca i płonicy. W oddziale ginekologiczno-położniczym przebywało miesięcznie około 100 pacjentek, a czasokres pobytu wynosił około 10 dni. Przeprowadzano ok. 30 porodów, w tym pojedyncze kleszczowe i operacyjne (cesarskie cięcie). Wykonywano także kilkanaście operacji ginekologicznych oraz prowadzono leczenie zachowawcze np. różnych stanów zapalnych. Poważnym utrudnieniem w pracy oddziału była niepełna obsada etatowa lekarzy, którzy poza pracą w oddziale

³⁹ CAW, sygn. 509/58/15861.

obciążeni byli przyjęciami w poliklinice i zabezpieczaniem 2 razy w tygodniu ambulatorium położniczo-ginekologicznego w Biedrusku⁴⁰.

Ważną rolę w działalności leczniczej szpitala zawsze spełniał gabinet fizykoterapeutyczny, zwiększający stopniowo zakres i liczbę zabiegów. W latach pięćdziesiątych korzystało z jego usług do 250 pacjentów miesięcznie, którym wykonywano prawie 2 tysiące różnych zabiegów. Najczęściej leczono stany po przebytych urazach, schorzenia układu nerwowego, ginekologiczne i przypadki goścca stawowego. Personel gabinetu fizykoterapeutycznego kierował i kontrolował przeprowadzanie gimnastyki porannohigienicznej w oddziałach szpitalnych. Najwięcej wykonywano zabiegów za pomocą diatermii krótkofalowej, parafinowych, światłolecznich i masaży. Istotnym elementem zabezpieczenia diagnostycznego była pracownia kliniczna, w której wykonywano w ciągu miesiąca około 3 tysiące badań klinicznych, 300 badań bakteriologicznych i 400 serologicznych. Liczba wykonywanych badań wzrastała w okresie wyjazdów dzieci na kolonie letnie i przyjęć kandydatów do szkół oficerskich. Dzięki uzyskanym odpowiednim środkom finansowym zakończono urządzenie działu biochemicznego w laboratorium, co pozwoliło rozszerzyć zakres badań do poziomu odpowiadającemu randze szpitala⁴¹. Szpital był zaopatrywany w materiały lecznicze i leki przez aptekę, która również zabezpieczała potrzeby pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Według oceny sprawozdawców apteka poza małymi wyjątkami (niektóre materiały jednorazowego użytku, Antistin, Euphyllina) nie odczuwała braków. W aptece wykonywano miesięcznie około 4 tysiące recept prostych i 2,5 tysiąca złożonych. Jako najważniejsze z wydawanych leków, których ilość dokładnie wykazywano uznawano Penicylinę krystaliczną w ampułkach po 200 tys. jednostek (niewielkie dawki w początkowym okresie jej stosowania były skuteczne w leczeniu wielu schorzeń) – miesięczne zużycie około 650 sztuk i Penicylinę oleistą po 300 tys. jednostek – miesięczne zużycie około 130 sztuk⁴².

Występujące w tym czasie ogólnokrajowe braki i fatalny stan gospodarki miały wpływ na jakość pracy szpitala, w którym często brakowało podstawowych rzeczy do prawidłowego funkcjonowania. Sprawozdania komendy szpitala pokazują istniejące „coraz bardziej dotkliwie dające się we znaki” trudności⁴³. Tak np. niemożliwym było utrzymanie należytej czystości w szpitalu przy „śmiesznie niskich przydziałach środków na jej utrzymanie oraz na higienę”. Szpital przy swoich będących w złym stanie podłogach i ramach okiennych

⁴⁰ CAW, sygn.509/58/15861.

⁴¹ Tamże.

⁴² CAW, sygn. 509/15843., CAW, sygn. 509/58/15861.

⁴³ Tamże.

otrzymał na cały 1954 rok 140 kg pasty oraz 75 kg proszku do mycia. Skalę problemu pokazuje przykład oddziału położniczego, który w tym czasie otrzymał na miesiąc 1 kilogramową paczkę sody i pół kilograma proszku. Ilość ta miała służyć do utrzymania w czystości sali porodowej, dwóch sal zabiegowych, trzech łazienek i ubikacji oraz sal chorych. Wielkim utrudnieniem był brak wody na piątym piętrze i częściowo na czwartym, przy przeciągającej się budowie hydroforni. Znajdujące się w eksploatacji samochody sanitarne marki Phenomen wymagały stałych napraw, a samochód osobowy Skoda miał miesięczny limit 500 km, co było niewystarczające szczególnie w okresie funkcjonowania obozów ćwiczebnych w Biedrusku ze względu na konieczność kontrolnych wyjazdów do nich. Limit ten nie wystarczał nawet na wyjazdy służbowe na terenie Poznania lekarza garnizonu, którym był komendant szpitala. Bardzo uciążliwe były braki w zaopatrzeniu w sprzęt kwaterunkowy. Szpital posiadał przeważnie taborety drewniane typu koszarowego, używane zarówno w poliklinice, jak i na oddziałach szpitalnych. Przy braku odpowiednich środków sprzęt ten był trudny do utrzymania w czystości. Dotyczyło to również stołów i części szaf. Specjalne trudności stwarzał brak druków historii chorób i ksiąg chorych.

Lekarze szpitala poza wykonywaniem zasadniczych obowiązków w bardzo trudnych ówczesnych warunkach obciążeni byli wieloma dodatkowymi zajęciami. Uczestniczyli w różnego rodzaju szkoleniach najczęściej mającymi niewielki związek z doskonaleniem umiejętności lekarskich, po których poddawani byli sprawdzianom, od wyników których zależał w dużej mierze przebieg ich dalszej kariery wojskowej. Do ich obowiązków należało także konsultowanie izb chorych jednostek wojskowych w rejonie szpitala oraz Szpitala Obozowego w Biedrusku. Neurologi przeprowadzali wizytacje szpitali psychiatrycznych w Kościanie, Gnieźnie-Dziekance, Obrzycach, Gorzowie i w Poznaniu, konsultując leczenie znajdujących się tam żołnierzy. Dwa razy w tygodniu lekarze: okulista, neurolog, laryngolog, ginekolog, dermatolog i rentgenolog konsultowali pacjentów leczonych w Szpitalu Obozowym w Biedrusku.

Szpital Obozowy został zorganizowany w latach czterdziestych i funkcjonował do 1956 roku mając za zadanie udzielanie specjalistycznej pomocy medycznej żołnierzom, rodzinom wojskowym i pracownikom cywilnym jednostek przebywających w tych latach kilka miesięcy w roku na szkoleniach poligonowych. Szpital w Biedrusku⁴⁴ posiadał dwa oddziały – chirurgiczny i chorób wewnętrznych oraz ambulatoria. Przyjęcia ambulatoryjne odbywały się codziennie w ambulatorium chirurgicznym, wewnętrznym i gabinecie stomatologicznym. Cztery razy w tygodniu czynne było ambulatorium pediatryczne.

⁴⁴ CAW, sygn. 509/58/15861.

Początkowo ambulatoria i oddziały znajdowały się w jednym budynku, a od końca 1954 roku do oddzielnego budynku przeniesione zostały ambulatoria, laboratorium i apteka. W oddziale chirurgicznym poza małymi zabiegami wykonywano też operacyjne leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego, przepuklin, żyłaków podudzi, a nawet kilka amputacji znacznie uszkodzonych kończyn. Stosowano narkozę ogólną eterową i chloretylową oraz znieczulenia miejscowe. W oddziale chorób wewnętrznych najczęściej leczono anginy, nieżyty dróg oddechowych, zapalenia płuc i oskrzeli, nieżyty żołądka i przypadki zaostrzeń choroby gośćcowej. Oddziały szpitalne i ambulatoria w leki i materiały sanitarne zaopatrywała apteka, która również wykonywała recepty lekarzy jednostek będących na poligonie. Laboratorium szpitala wykonywało do 400 podstawowych analiz w ciągu miesiąca. Odczynniki do badań i sprzęt laboratoryjny uzupełniane były ze szpitala poznańskiego. Szpital Obozowy utrzymywał ścisły kontakt ze 111 Szpitalem Wojskowym, od którego otrzymywał niezbędny sprzęt i którego specjaliści udzielali jemu fachowej pomocy. Szpital ten współpracował z pułkowymi punktami medycznymi oraz izbami chorych na terenie Biedruska i poligonu. Podobnie jak w 111 Szpitalu odczuwano tutaj także braki w sprzęcie kwaterunkowym, w tym takim podstawowym jak stoliki i taborety. W latach pięćdziesiątych komendantem Szpitala Obozowego w Biedrusku był mjr Marian Abram.

2. Szpital podczas tragicznych wydarzeń Poznańskiego Czerwca 1956 roku.

Znaczącym w historii Poznania i dla 111 Szpitala epizodem lat pięćdziesiątych były wydarzenia czerwca 1956 roku. Ofiarna praca personelu Szpitala w pamiętnych czerwcowych dniach została przedstawiona we wspomnieniach jednego z oficerów – chirurgów niosących pomoc poszkodowanym w walkach⁴⁵. Oficer ten zastrzegł sobie nie ujawnianie nazwiska. Według jego relacji ze skutkami walk w szpitalu zetknięto się już około godziny 11, kiedy to do sali opatrunkowej oddziału chirurgicznego wbiegł mężczyzna, niosąc na rękach młodego chłopca. Położył go na stole opatrunkowym i okazało się, że chłopiec już nie żyje. Nie wiadomo jak zginął i jak dostał się do szpitala, czy został przywieziony karetką, czy przyniesiony. Po stwierdzeniu zgonu chłopca zabrano z oddziału. Około południa karetka przywiozła mężczyznę ze zmasakrowaną głową, który natychmiast został przeniesiony do

⁴⁵ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego w Poznaniu, „Zygmunt”, *Gdzie umarł kpr. Zygmunt Izdebný*, mps.

oddziału chirurgicznego. Przywieziono go z dworca głównego, gdzie rzekomo został zlinchowany przez tłum. Był nieprzytomny, pokrwawiał, miał płytki oddech i niewyczuwalne na obwodzie tętno. Obrażenia były tak ciężkie, że po kilkunastu minutach nie odzyskawszy przytomności zmarł. Zmarłym był kpr. UB Zygmunt Izdebný (nie figuruje on w spisie chorych oddziału chirurgicznego z powodu nagłości zgonu). Nazwisko pierwszej ofiary wydarzeń, młodego chłopca którego zwłoki trafiły na chwilę do oddziału jest nieznane. Oficer w swych wspomnieniach zastanawia się, czy nie był to Romek Strzałkowski. W szpitalu wydano kadrze zakaz opuszczania jednostki. Napływ rannych cywilnych i wojskowych zwiększył się w godzinach popołudniowych i wieczornych. Rannymi na noszach obłożono salę opatrunkową i korytarz, w ich własnych ubraniach, z prymitywnymi opatrunkami zakładanymi jeszcze w mieście. Jeden z czterech obecnych na chirurgii lekarzy przeszedł do izby przyjęć, aby pomóc w segregacji i na oddział kierować w pierwszej kolejności rannych wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej. W dniu 28 czerwca przyjęto do leczenia w oddziale chirurgicznym 20 rannych: 11 żołnierzy, 1 przedstawiciela UB i 8 cywilów. Wszystkich trzeba było operować, względnie opracować chirurgicznie. Najwięcej było postrzałów kończyn, były też obrażenia klatki piersiowej, głowy i postrzały brzucha. Nowy potok rannych zaczął napływać na drugi dzień od godzin porannych. Większość rannych stanowili żołnierze ściągnięci do Poznania z Biedruska, których zgrupowanie w parku Kasprzaka zostało ostrzelane z okien sąsiednich budynków. Przywieziono 11 rannych żołnierzy, w tym kilku ciężko. 29 czerwca zapowiedziano w szpitalu wizytę premiera Cyrankiewicza, w związku z czym na osobnych salach umieszczono żołnierzy i cywilów. Premier odwiedził tylko sale rannych żołnierzy. W szpitalu leczono 5 rannych z Oficerskiej Szkoły Wojsk Pancernych, 1 z Centrum Wyszkołowania Kwatermistrzowskiego, pozostali byli z innych jednostek odbywających wtedy ćwiczenia poligonowe w Biedrusku – jednostki z Gubina, Krosna, Opola i Kęszycy. Spośród cywilów zmarły dwie osoby – młodzi około 20 letni ludzie (Nowak Bogdan i Błażej Henryk). Zmarł także 1 żołnierz z OSWPanc. (Ficek Ryszard). Dwom poszkodowanym trzeba było amputować kończyny dolne w obrębie uda. Pomocy poszkodowanym udzielali chirurdzy: płk Gerwel, mjr Przychodzki, mjr Strzyżowski, por Marczewski i siostra operacyjna Krajewska.

Wyciąg nazwisk i danych o urazach z księgi przyjęć chorych oddziału i księgi zabiegów.

Pacjenci przyjęci do leczenia 28 czerwca 1956 r.:

1. szer. Cendrowski Franciszek ur. 1934 r., j.w. 2894 – rana cięta za uchem lewym i rany odłamkowe grzbietu, wypisany ze szpitala 03.07.1956 r.

2. szer. Szot Józef ur. 1934 r., j.w. 3610 – rany odłamkowe palców lewej ręki, 05.07. 1956 r. skierowany do dalszego leczenia ambulatoryjnego
3. szer. Anda Mieczysław j.w. 3610 – uraz czaszki, wstrząs mózgu, 07.07 1956 r. przekazany do leczenia neurologicznego
4. pchor. Musielak Henryk ur. 1935 r., OSWP – złamanie postrzałowe kości piszczelowej lewej, 30.10.1956 r. skierowany do dalszego leczenia w Łądku Zdroju
5. szer. Ficek Ryszard ur. 1935 r., OSWP – rana szarpana ramienia, postrzał rzepki lewej, zespół dolnego nefronu, zmarł 07.07. 1956 r.
6. pchor. Karwik Jerzy ur. 1936 r., OSWP – rana postrzałowa prawej kończyny dolnej, 22.08.1956 r. skierowany na urlop zdrowotny
7. os. cyw. Nowak Bogdan – złamanie postrzałowe obu kości podudzia lewego, wstrząs mózgu, zmarł w godzinach wieczornych w dniu przyjęcia do szpitala
8. szer. Staszyszyn Jan ur. 1933 r., j.w. 2429 – postrzał klatki piersiowej, 23.07. 1956 r. skierowany do dalszego leczenia w oddziale neurologicznym
9. sierż. Przybyzień Zdzisław ur. 1932 r., j.w. 2429 – postrzał przedramienia prawego, przeniesiony 24.08. 1956 r. do szpitala więziennego w Poznaniu
10. szer. Kaleta Jan ur. 1935 r., j.w. 2894 – postrzał okolicy stawu barkowego lewego, przeniesiony 23.07. 1956 r. do oddziału neurologicznego
11. kpt. Kosakiewicz Zygmunt ur. 1922 r., j.w. W.P.S. Poznań – postrzał uda i głowy, wypisany ze szpitala 12.07.1956 r. z zaleceniem udzielenia 14 dni zwolnienia z zajęć
12. plut. U.B. Hałubowski Henryk ur. 1928 r. – uraz czaszki, rana postrzałowa ręki lewej, przeniesiony 05.07.1956 r. do szpitala U.B.
13. os. cyw. Pietruszki Mieczysław ur. 1919 r. – postrzał okolicy lędźwiowej, wypisany ze szpitala 25.07.1956 r. z zaleceniem 14 dni zwolnienia z pracy
14. os. cyw. Błażej jak Henryk – rana postrzałowa uda prawego, klatki piersiowej i brzucha, zmarł 05.07.1956 r.
15. os. cyw. Roszak Zygmunt ur. 1931 r. – rana postrzałowa jamy brzusznej, przestrzał kolana prawego, wypisany ze szpitala 03.08.1956 r. z zaleceniem udzielenia 14 dni zwolnienia z pracy
16. os. cyw. Michalak Zygmunt ur. 1928 r. – rana postrzałowa barku lewego i jamy brzusznej, wypisany ze szpitala 14.07.1956 r. z zaleceniem udzielenia 14 dni zwolnienia z pracy

17. os. cyw. Budzyński Wojciech – rana postrzałowa stawu kolanowego prawego, zwolniony ze szpitala 14.09.1956 r.
18. os. cyw. Kotlarski Franciszek ur. 1931 r. – rana postrzałowa uda prawego i kości udowej, rana postrzałowa uda lewego, wypisany ze szpitala 12.07.1956 r. do dalszego leczenia ambulatoryjnego
19. os. cyw. Zimny Mieczysław – rany postrzałowe ramienia lewego, rany stopy prawej bez uszkodzenia kości, wypisany ze szpitala 17.07.1956 r. do dalszego leczenia ambulatoryjnego
20. plut. Hamerczewski Władysław j.w. 4215 – rany postrzałowe lewej kończyny dolnej (tkanek miękkich), 12.07.1956 r. przeniesiony do Szpitala Obozowego Biedrusko

Przyjęci do leczenia 29 czerwca 1956 r.

1. szer. Michalski Mieczysław ur. 1935 r., j.w. 2894 – przestrzał okolicy stawu łokciowego prawego, przeniesiony 12.07.1956 r. do Szpitala Obozowego Biedrusko
2. pchor. Maj Mieczysław, ur. 1935 r., j.w. CWST - rana postrzałowa brzucha z uszkodzeniem wątroby, wypisany ze szpitala 16.08. 1956 r. z zaleceniem udzielenia 30 dni urlopu wypoczynkowego
3. szer. Jaska Jan ur. 1935 r., j.w. 2894 – złamanie kości śródstopia prawego, 12.07.1956 r. przeniesiony do Szpitala Obozowego Biedrusko
4. st. szer. Nowak Antoni ur. 1934 r., j.w. 5812 – pęknięcie kostki lewej, wypisany ze szpitala 02.07.1956 r. z zaleceniem zwolnienia przez 14 dni z zajęć fizycznych
5. pchor. Cypierski Gerard ur. 1933 r., j.w. OSWP – postrzał przedramienia prawego, 05.08. 1956 r. wypisany ze szpitala do leczenia ambulatoryjnego
6. pchor. Golan Jan ur. 1933 r., j.w. 1204 – postrzał jamy brzusznej, 03.09.1956 r. przeniesiony do dalszego leczenia w szpitalu klinicznym w Łodzi
7. por. Klimczak Walerian ur. 1932 r., j.w. OSWP – postrzał płuca prawego, leczony w szpitalu do 23.07.1956 r.
8. sierż. Warikowicz Bronisław j.w. 2045 – złamanie postrzałowe kości promieniowej lewej, rozległa rana szarpana okolicy ramieniowej, 25.08.1956 r. wypisany ze szpitala z zaleceniem zwolnienia z zajęć przez 4 tygodnie
9. szer. Jeż Ignacy j.w. 2045 – rana postrzałowa prawej nogi – amputacja kończyny
10. kpr. Godawa Piotr ur. 1933 r., j.w. 2045 – rany postrzałowe uda i przedramienia prawego, wypisany ze szpitala 06.07.1956 r. do leczenia ambulatoryjnego

11. szer. Ziański Bogusław ur. 1935 r., j.w. 3434 – rana postrzałowa uda i podudzia lewego, 19.07.1956 r. wypisany ze szpitala do jednostki wojskowej⁴⁶.

Dokładna liczba rannych w czerwcowych walkach na ulicach Poznania nie jest znana, gdyż w szpitalach cywilnych z powodu obaw przed represjami Urzędu Bezpieczeństwa Publicznego nie prowadzono ścisłej ewidencji poszkodowanych. Część lżej rannych cywilów zdolnych do opuszczenia szpitali starała się możliwie najszybciej bez ujawniania swoich danych osobowych oddalić w bezpieczne miejsca. Jak pokazały późniejsze postępowania ówczesnych władz obawy te były w pełni uzasadnione.

3. Rozwój bazy szpitalnej

W roku 1958 rozpoczęty został zaplanowany na dwa – trzy lata remont kapitalny szpitala. W pierwszej kolejności przeprowadzono prace remontowe w oddziałach operacyjnych. Zakończono organizowanie laboratorium biochemicznego, którego kierownictwo przejął kpt. Wroński. Rozbudowane zostały pomieszczenia fizykoterapii, dzięki czemu można było włączyć dodatkowe zabiegi lecznicze. Od 1959 r. zaczęto do leczenia w szpitalu częściej przyjmować osoby cywilne, głównie ubezpieczone, co pozwoliło poszerzyć w oddziałach zabiegowych zakres prowadzonych operacji, a w dwóch oddziałach internistycznych (ordynatorzy po rozdzieleniu oddziału w 1959 r.: płk Kowalski i mjr Czapiewski) spotykać się z problemami leczniczymi nie często występującymi w wojsku – wieś, przemysł. W kolejnych latach kontynuowany był przedłużający się remont budynku szpitalnego i ukończony został w 1961 r, remont polikliniki. W trakcie prac remontowych poszerzono i unowocześniono pomieszczenia kuchenne oraz kotłownię. Pracownię analityczną przeniesiono do polikliniki łącząc ją w jedną całość z pracownią biochemiczną. Uruchomiona została w poliklinice pracownia rentgenowska oraz poszerzono i unowocześniono aptekę. Udało się także wyremontować pomieszczenia magazynowe przy ul. Ułańskiej i postawić tam nowy płot oraz wybudować wartownię i dwie myjnie samochodowe. Dotychczasową chlewnię przy ul. Ułańskiej zaadoptowano na magazyn kwaterunkowo-budowlany o łącznej powierzchni ok. 400 m. kw. Przed budynkiem szpitalnym została ułożona nowa kostka brukowa i zamontowana brama wjazdowa na podwórko, a na terenie ogrodu uruchomiona fontanna. W związku z koniecznością prowadzenia drobnych napraw i prac konserwatorskich zaplanowano utworzenie specjalnej służby z odpowiednim warsztatem. Jako poważny brak uznawano istnienie na potrzeby organizowanej w szpitalu

⁴⁶ Archiwum 111 WSR Poznań, *Księga przyjęć 1956r.*

jednostki Terenowej Obrony Przeciwlotniczej tylko jednej płytkiej studni, z której wodę trzeba było pompować ręcznie. Sporządzone w 1961 r. plany budowy zbiornika wodnego dla TOPL nie doczekały się realizacji, a remont urządzeń schronowych w piwnicach przeciągał się latami. W roku 1961 bardzo opieszale przebiegały prace remontowe. Zdołano oddać do użytku oddział skórno-weneryczny, okulistyczny, część pomieszczeń administracyjnych, część oddziałów wewnętrznych. Na rok 1962 zaplanowano budowę dźwigów dla celów gospodarczych i do przewozu chorych leżących. Remont większości pomieszczeń szpitalnych został zakończony w 1962 r. – do remontu pozostały: sala widowiskowa, pomieszczenia akumulatorni i TOPL. Całkowite zakończenie remontów zostało zaplanowane na rok 1963, a remontowane siłami własnymi pomieszczenie TOPL zostały zaplanowane jako tymczasowe szatnie dla pracowników. W szpitalu odczuwano dotkliwy brak pomieszczeń dla warsztatów (stolarski, ślusarski, elektryczny) i magazynów produktów żywnościowych. Oceniano, że szpital jest wyposażony w typowy sprzęt kwaterunkowy tylko w 15 %, łóżka nietypowe były prawie wszystkie. Sprzęt i aparatura lekarska starzejące się, niekiedy jeszcze polskie. Katastrofalny był stan autoklawów i sterylizatorów, grożący zaistnieniem niemożności sterylizacji, przy braku części zamiennych do aparatów, gdyż posiadany sprzęt był produkcji niemieckiej lub amerykańskiej, a polskie autoklawy jeszcze nie odpowiadały obowiązującym normom. Sytuację zaczęto poprawiać w następnym roku montując autoklawy zakupione w Czechosłowacji. Brak odpowiednich pomieszczeń magazynowych powodował, że część zaopatrzenia bieżącego była składowana łamiąc przepisy w obiekcie zapasów nienaruszalnych (N)⁴⁷. Prace gospodarcze wykonywali w tym czasie żołnierze plutonu gospodarczego, którego skład był zbyt mały, aby podołać stawianym zadaniom, przy braku pieniędzy na zatrudnienie odpowiedniej liczby pracowników cywilnych na stanowiskach technicznych i robotniczych. Wiele lat bezskutecznie komenda szpitala zwracała się do Oddziału Służby Zdrowia SOW o zmianę tego stanu rzeczy, zwłaszcza o przyznawanie środków pieniężnych według potrzeb szpitala, a nie według rozeznania wojskowych zakładów kwaterunkowo-budowlanych. W roku 1963 wykonano kosztem 900 tys. zł nową elewację budynku szpitalnego i zakończono jego remont kapitalny rozpoczęty w roku 1959 oraz uruchomiono dwa nowe dźwigi – jeden o nośności 100 kg dla transportu środków spożywczych i drugi o nośności 450 kg do przewozu chorych. Montaż wszystkich dźwigów szpitalnych zakończono dopiero w 1967 roku. Inwestycjami zrealizowanymi w kolejnym roku były: wykonanie posadzki w podwórzach szpitalnych, cieplarnia w ogrodzie, magazyn butli tlenowych, zamontowanie podgrzewacza wody na 3000 litrów, wymiana kotła grzewczego w

⁴⁷ Kronika Szpitala, specjalne notatki, lata 1961-1970.

kotłowni szpitalnej i roboty blacharskie przy rynnach. Całkowity koszt tych przedsięwzięć wyniósł 204 tys. zł⁴⁸. Po przebudowie pomieszczeń sterylizacyjnych w oddziale chirurgicznym i zamontowaniu tam czeskich urządzeń okazało się, że sprzęt ten się często psuje, gdyż wymagał stałego ciśnienia wody, co przy stanie poznańskich wodociągów było niemożliwe. Koniecznym stało się więc zainstalowanie w szpitalu dodatkowych hydroforów. Nowe pompy w kotłowni i hydroforni podwyższające ciśnienie wody oraz zmiękczacze wody zostały uruchomione w roku następnym. W roku 1965 szpital otrzymał część zamawianego wyposażenia kwaterunkowego, m.in. 100 typowych łóżek, co jedynie częściowo zabezpieczyło aktualne potrzeby i nowoczesne, jednolite meble do apteki. Niewystarczająca była liczba środków transportu tak sanitarnego – dwie sanitarki obsługiwane przez kierowców, żołnierzy o małym doświadczeniu, jak i gospodarczego. Dalsze prace remontowe i uzupełnianie niezbędnych sprzętów prowadzono w latach 1967 - 1968. W sali widowiskowej założona została wentylacja, wykonano remonty sieci instalacyjnej kotłowni, pralni i kuchni, łącznie z malowaniem pomieszczeń, przełożone zostały w 60 % dachówki na głównym budynku. Całkowity remont dachu zrealizowano w 1968 roku. Z zaopatrzenia kwaterunkowego Szpital otrzymał 400 krzeseł, 15 biurków lekarskich, 16 foteli, 60 szpitalnych stołów i metalowych szafek trzyłóżkowych oraz 5 typowych szpitalnych łóżek. W roku 1967 przeformowano 40 łóżkowy oddział ginekologiczno-położniczy na 30 łóżkowy oddział ginekologiczny, a rok później podzielono oddział chirurgiczny na 70 łóżkowy oddział chirurgii ogólnej (ordynator płk Gerwel) i 40 łóżkowy chirurgii urazowej (ordynator ppłk Przychodzki). W związku z tym wykonane zostały prace remontowo-adaptacyjne tych oddziałów. W roku 1969 po wykonaniu remontu przeniesiono ostatecznie oddział chirurgii urazowej na miejsce oddziału ginekologiczno-położniczego, a oddział ginekologiczny umieszczono na zapleczu oddziału chirurgicznego. Z części oddziału chirurgii ogólnej wydzielono pomieszczenia dla drugiej sali operacyjnej i odnowiono cały blok operacyjny. W obu oddziałach wewnętrznych wydzielona została jedna sala dla intensywnej terapii⁴⁹.

W tym czasie poważnym problemem był brak odpowiedniej liczby miejsc w internacie, co uniemożliwiało właściwe zakwaterowanie pielęgniarek etatowych i kierowanych na szkolenia oraz lekarzy stażystów i skierowanych do objęcia stanowisk oficerów nie posiadających kwater stałych. Brakowało też pomieszczeń na zakwaterowanie żołnierzy plutonu gospodarczego. Taki stan rzeczy powodował trudności w pozyskaniu odpowiedniej liczby pielęgniarek i innego personelu średniego tak ważnego dla prawidłowej

⁴⁸ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, *Historia Szpitala (bardzo krótko)*, s. 37.

⁴⁹ Tamże, s. 32-33.

pracy oddziałów szpitalnych. Aż do 1970 r. nie udało się uzupełnić objętego obowiązującymi normami sprzętu kwatermistrzowskiego. Dopiero wtedy, po wielu staraniach szpital otrzymał w 1970 r. bardzo potrzebny nowoczesny aparat rentgenowski TUR 700 oraz kolejne aparaty EKG. Dla punktu krwiodawstwa zakupiony został samochód „Nysa”. Uzupełnienie obsady etatowej lekarzy pozwoliło na pracę poradni dermatologicznej, chorób wewnętrznych, chirurgicznej, laryngologicznej, pracowni rtg i apteki w godzinach popołudniowych. Ułatwiło to znacząco dostęp do leczenia specjalistycznego szczególnie pacjentom z odległych garnizonów, z których dojazd do Poznania w tamtych latach był utrudniony⁵⁰.

4. Problematyka personalna i działalność usługowo - lecznicza

Na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych największą troską komendy szpitala było zapewnienie odpowiedniej do potrzeb obsady etatowej średniego personelu medycznego i gospodarczego. Wprawdzie oddanie do użytku internatu dla pielęgniarek (mimo licznych występujących w nim braków) stanowiło pewną zachętę do pracy w szpitalu, jednak przy dużej konkurencji zwłaszcza płacowej i co w tamtym czasie miało niebagatelne znaczenie dla słabo uposażonego personelu medycznego, indywidualnych „dowodach wdzięczności” praktykowanych przez pacjentów szpitali cywilnych znalezienie odpowiedniej liczby pielęgniarek było poważnym problemem. Według komendy⁵¹ brak mieszkań dla pracowników cywilnych, szczególnie pielęgniarek uniemożliwiał dobór odpowiednich sił pielęgniarskich. Budynek, w którym mieszkała część pielęgniarek posiadał większość izb o małym metrażu, często przechodnich i brakowało w nim odpowiedniej ilości łazienek i ubikacji. Nie było w nim kuchni i pralni a mieszkało w nim ponad 40 osób, podczas gdy ze względu na warunki nie powinna ich liczba przekraczać trzydziestu. W takiej sytuacji mieszkaniowej zdaniem komendanta nie mógł szpital pozyskać odpowiednio wyszkolonych pielęgniarek, a znaczna część będących na etacie w szpitalu po pewnym czasie składała z tego powodu wypowiedzenie. Dalszą bardzo dotkliwą trudnością była sprawa nierealnych już w tamtym okresie etatów średniego personelu szpitala, szczególnie przy rosnących wymogach leczenia i pielęgnacji chorych. Przykładowo pod koniec lat pięćdziesiątych w oddziale chirurgicznym były trzy etaty sióstr operacyjnych i dwa etaty opatrunkowych, jeden ambulatoryjnej i jedenaście salowych. Stwarzało to ciągłe trudności w pracy oddziału ze względu na konieczność rozwinięcia dwóch sal opatrunkowych – ropnej i czystej, gipsowni

⁵⁰ Tamże, s. 12 – 14.

⁵¹ Archiwum Śląskiego Okręgu Wojskowego, sygn. 12946/65/18.

oraz gabinetu urologicznego. W tym czasie wszystkie oddziały chirurgiczne szpitali poznańskich posiadały przynajmniej cztery etaty, co przy 8 godzinnym dniu pracy i dniach wolnych mogło zapewnić właściwą pracę na salach operacyjnych, bez ewentualnego płacenia za kosztowne nadgodziny. W ambulatorium chirurgicznym jedna pielęgniarka poza udziałem w zabiegach chirurgicznych prowadziła też ksiązkę administracyjną, a w 80 łóżkowym oddziale, gdzie niekiedy trzeba było rozwinąć nawet 100 łóżek 11 pielęgniarek salowych nie mogło zapewnić najlepszej pielęgnacji chorym.

W tym czasie rozwinięto pracownię analityczną szpitala dobrze wyposażoną w sprzęt, wykonującą badania na potrzeby oddziałów i ambulatorium. Jednak z powodu szczupłego etatu personalnego nie można było w pełni wykorzystać jej możliwości. Dla zabezpieczenia należytej pracy i pełnego wykorzystania pracowni komendant wnioskował o zwiększenie etatu o 4 laborantów⁵². Podobne trudności kadrowe dotyczyły innych jednostek organizacyjnych Szpitala. W oddziale wewnętrznym 100 łóżkowym było tylko 14 etatów pielęgniarek salowych, podczas gdy przy wymogach dobrej opieki na każde 20 łóżek powinny być 4 etaty pielęgniarskie salowe. Oddział ginekologiczno-położniczy miał trzy odizolowane od siebie pododdziały z często psującą się sygnalizacją świetlną i dźwiękową, gdzie właściwa pielęgnacja chorych w godzinach nocnych przez jedną dyżurną pielęgniarkę była praktycznie niemożliwa. W oddziale neurologicznym prawie zawsze w 100 procentach obłożonym chorymi brakowało szczególnie etatu pracownika gospodarczego, którego obowiązki przez wiele lat wypełniała pielęgniarka oddziałowa, odrywana od jej etatowych obowiązków. Podobnie jak w innych oddziałach i tu występował stały brak pielęgniarek salowych. Biorąc dodatkowo pod uwagę nieobecności w pracy personelu spowodowane chorobami, urlopami macierzyńskimi, czy tylko wypoczynkowymi zrozumiałe są obawy komendy i powtarzające się w kolejnych okresowych sprawozdaniach zgłaszane potrzeby naprawy złej sytuacji kadrowej dotyczącej personelu średniego. Trudności związane z obsadą etatów średniego personelu obrazuje wykaz nowo zatrudnionych i zwolnionych z pracy pielęgniarek w roku 1959⁵³. Przybyło 13 osób średniego personelu medycznego w tym: 4 pielęgniarki dyplomowane, 1 pielęgniarka po egzaminie państwowym, 2 położne – na etaty pielęgniarek, 2 asystentki (po szkole pielęgniarskiej) i 4 młodsze pielęgniarki. Z tego grona 3 młodsze pielęgniarki i 1 dyplomowaną zwolniono po kilku miesiącach jako nie nadające się do pracy szpitalnej. Poza tymi 4 osobami ubyło jeszcze 12 kolejnych: 3 pielęgniarki

⁵² Tamże, *Sprawozdanie z działalności 111 WSR 1958r.*

⁵³ Tamże.

dyplomowane, 4 pielęgniarki po egzaminie państwowym, 1 felczarka, 1 położna, 2 młodsze pielęgniarki i 1 przyuczona pielęgniarka.

Jeśli do tego uwzględnić ciężę, choroby itp. to otrzymuje się obraz trudności na odcinku opieki pielęgniarskiej.

Poważne zastrzeżenia budziły etaty kwatermistrzowskie, zwłaszcza magazynierów mundurowego i żywnościowego, gdzie przewidziani etatowo byli podoficerowie służby czynnej. Zdaniem komendy ze względu na wartość produktów i przedmiotów magazynowanych, jak również na magazyn zapasów nienaruszalnych, w którym należy dokonywać wymiany i konserwacji na stanowiskach tych powinni pracować doświadczeni, w pełni odpowiedzialni podoficerowie nadterminowi. Szpital nie miał etatu magazyniera broni przy znacznej ilości uzbrojenia oraz etatu magazyniera materiałów pędnych i smarów, odczuwano też brak stałych, znających dobrze miasto kierowców etatowych wozów szpitalnych. Dla zapewnienia całodobowej łączności szpital posiadał centralę telefoniczną, dla której przewidziano tylko 3 etatowych pracowników, co powodowało że trzeba było płacić za pracę w nadgodzinach ze względu na ilość ustawowo dni wolnych od pracy. Poważne trudności występowały także w zabezpieczeniu bezpieczeństwa szpitala, którego budynek z trzech stron przylegał bezpośrednio do ulicy, a z czwartej miał wspólny dziedziniec z obiektami straży pożarnej. Etat szpitala pomimo takich warunków nie przewidywał wartowników lub przynajmniej dozorczy⁵⁴.

Warunki pracy cywilnej poznańskiej służby zdrowia tego okresu również nie były łatwe, dlatego zwracano się do komendy szpitala o włączenie się do dyżurów pełnionych przez szpitale miejskie oraz o przyjmowanie do leczenia chorych cywilów. Od roku 1957 nastąpiła możliwość leczenia w szpitalu osób cywilnych, co pozwoliło na leczenie przypadków rzadko występujących w wojsku i pozwalało na zdobycie doświadczenia w większym niż dotychczas zakresie⁵⁵. Już w roku 1957 przyjęto do leczenia 930 osób cywilnych, kierowanych ze szpitali miejskich i przyjmowanych do leczenia w miarę posiadanych wolnych miejsc. Szpital w tym czasie nie pełnił ostrych dyżurów ze względu na trudności finansowe poznańskiego Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Poznania, którego urzędnicy proponowali pełnienie dyżurów bez wynagrodzenia dla personelu dyżurującego, co było nie do przyjęcia zwłaszcza dla personelu pomocniczego. Szpitale cywilne w tym czasie otrzymywały środki finansowe na wynagrodzenia dyżurujących. Uzgodniono z władzami szczebla wojewódzkiego, że w związku z katastrofalnym brakiem miejsc w cywilnych

⁵⁴ Relacja dr. Jerzego Durkalca z 8.08.1998r.

⁵⁵ Archiwum SOW, sygn. 12946/65/18, *Sprawozdanie z działalności leczniczej 111 WSR październik – grudzień 1957r.*

zakoładach leczniczych do leczenia w szpitalu przyjmowani będa zwłaszcza chorzy na żółtaczkę zakaźną, przypadki schorzeń wewnętrznych kierowanych przez Klinikę im. Pawłowa oraz z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej AM w Poznaniu. W zamian za to wszystkie cięższe przypadki wymagające interwencji neurochirurga miały zapewnione miejsce w Klinice Neurochirurgicznej. Dotyczyło to również przypadków z pediatrii wymagających hospitalizacji, kierowanych do zakładów cywilnych w razie niemożności leczenia ich w oddziałach Szpitala oraz chorych wymagających specjalnych zabiegów diagnostycznych kierowanych do II Kliniki Chorób Wewnętrznych. Stałym konsultantem gabinetu pediatrycznego był doc. dr Olech Szczepski kierownik II Kliniki Pediatrycznej AM w Poznaniu. Ścisła współpraca istniała też z klinikami: okulistyczną, dermatologiczną i ortopedyczną.⁵⁶ Stopniowo poszczególne oddziały szpitalne nawiązywały współpracę z podobnymi jednostkami cywilnymi. Ważna dla szpitala była współpraca z Kliniką Neurochirurgii, w której pracowni elektroencefalograficznej wykonywano w ciągu roku około 20 badań dla oddziału i ambulatorium neurologicznego. Neurolodzy szpitala mieli pod swoją opieką chorych umysłowo żołnierzy leczących się w czterech zakładach cywilnych, z których trzy znajdowały się poza Poznaniem. Były to szpitale psychiatryczne w Dziekance k. Gniezna, Obrzycach k. Międzyrzecza, Kościanie oraz Klinika Psychiatryczna AM w Poznaniu. Najwięcej chorych psychicznie leczono w szpitalu w Dziekance – do 10 rocznie i w Obrzycach – około 5 w ciągu roku. Wszystkie te zakłady ordynator oddziału neurologicznego wraz z przewodniczącym GWKL odwiedzał okresowo określając jednocześnie stopień zdolności do służby wojskowej pacjentów. Lekarze oddziału neurologicznego utrzymywali kontakt z Kliniką Neurologiczną AM w Poznaniu, który z powodu nadmiaru pracy usługowej nie był tak ścisły jak to miało miejsce na innych oddziałach szpitala z odpowiednimi klinikami. Ordynator oddziału był wzywany przez sądy i prokuraturę w celu wydawania ekspertyz sądowych. Lekarze oddziału chirurgicznego pracowali w ambulatoriach ubezpieczalni i ambulatorium kolejowym, z których kierowali pacjentów do leczenia szpitalnego. W zależności od wolnych miejsc pacjenci cywilni stanowili do 10% wszystkich chorych leczonych w oddziale. Stałym konsultantem ortopedyczno-traumatologicznym był w tym czasie prof. Wiktor Dega kierownik Kliniki Ortopedycznej AM w Poznaniu, którego pomoc była bardzo cenna według oceny komendanta szpitala. W oddziale prowadzono cotygodniowe posiedzenia naukowe z udziałem stażystów fakultetu wojskowego i z Akademii Medycznej w Poznaniu, na których omawiano ciekawsze przypadki. W oddziale chorób wewnętrznych podobnie jak w chirurgicznym w związku z przyjmowaniem chorych

⁵⁶ Tamże.

cywilnych rozszerzył się wachlarz leczonych schorzeń i wzrosła liczba ciężkich przypadków⁵⁷. Do podniesienia na wyższy poziom jakości diagnostyki i leczenia poza poszerzeniem zakresu badań pracowni klinicznej, wprowadzeniem elektrokardiografii o zwiększonych możliwościach, uruchomieniem gastroskopu i dostępem po 1956 roku do zagranicznej literatury fachowej znacznie przyczyniły się konsultacje prof. Jana Roguskiego, kierownika II Kliniki Chorób Wewnętrznych AM w Poznaniu. Umożliwiał on też przyjęcia do kliniki pacjentów wymagających bardziej skomplikowanych badań diagnostycznych, których nie można było wykonać w warunkach szpitala. Z jednostkami cywilnej służby zdrowia ściśle współpracował oddział skórno-weneryczny dla wykrywania i leczenia kontaktów chorób wenerycznych. W latach pięćdziesiątych i jeszcze sześćdziesiątych rzeżączka i kiła były dużym problemem społecznym i leczniczym, zwłaszcza w zachodnich powiatach województwa zielonogórskiego leżącego w zasięgu Śląskiego Okręgu Wojskowego, którego konsultantem w zakresie chorób skórno-wenerycznych był ordynator oddziału szpitala⁵⁸.

W ocenie komendanta również w oddziale ocznym w związku z przyjmowaniem chorych cywilnych z ambulatorium Kliniki Ocznej AM w Poznaniu oraz Wojewódzkiego Szpitala w Zielonej Górze wzrosła liczba poważniejszych przypadków operacyjnych, co też przyczyniało się do podnoszenia kwalifikacji i lepszego szkolenia specjalizujących się lekarzy⁵⁹. Lekarze oddziału współpracowali z Kliniką Oczną AM w Poznaniu, gdzie konsultowali wszystkie poważniejsze przypadki, przyjmując jednocześnie stamtąd chorych w miarę posiadanych wolnych miejsc. Korzystanie z pomocy kliniki było niezbędne szczególnie przy brakach w sprzęcie specjalistycznym, które występowały mimo powtarzanych wniosków do władz wojskowych o ich uzupełnienie. Oddział zakaźny poza przyjmowaniem w miarę posiadania wolnych miejsc chorych cywilów, zwłaszcza na żółtaczkę zakaźną nawiązał współpracę z Kliniką Chorób Zakaźnych AM w Poznaniu, Kliniką Chorób Płuc AM i Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną, z której pomocy korzystano przy wykonywaniu niektórych badań w pracowni bakteriologicznej działającej w ramach oddziału. Przeorganizowany oddział położniczo-ginekologiczny posiadał trzy pododdziały – położniczy, ginekologiczny i septyczny oraz specjalny oddział noworodków z izolatorami i ciepłarkami, do którego doprowadzono tlen z urządzonej poza oddziałem centralnej tlenowni. Pozwalało to na natychmiastowe podawanie tlenu w przypadkach np. zamartwicy eliminując przy tym manewrowanie na oddziale butlami z tlenem. W oddziale zaczęto organizować

⁵⁷ Archiwum SOW, sygn. 12946/65/18.

⁵⁸ Tamże.

⁵⁹ Tamże.

pracownię cytologiczną po ukończeniu w roku 1957 przez kpt. Gutowskiego kursu cytologicznego. Taka organizacja i wyposażenie oddziału oraz zatrudnienie trzech lekarzy specjalistów spowodowało, że do leczenia w oddziale chętnie kierowano pacjentki z przychodni ubezpieczalni, pogotowia ratunkowego oraz z Kliniki Położniczej AM w Poznaniu. W tym czasie w związku z wprowadzeniem ustawy o warunkach przerywania ciąży wzrosła niestety ilość tych zabiegów wykonywanych z przyczyn społecznych.

Ważną częścią każdego szpitala jest dobrze zorganizowana poliklinika, dlatego komenda dbała o jej właściwe wyposażenie i zapewnienie odpowiednich warunków przyjmowania chorych przez poszczególnych specjalistów. Od roku 1957 zmniejszyła się liczba przyjmowanych w ambulatoriach chorych, co było wynikiem reorganizacji przydzielonych terenowo do szpitala jednostek wojskowych oraz mniejszą ilością żołnierzy i rodzin na obozie ćwiczebnym Biedrusko. W trakcie przeprowadzonych remontów budynku szpitala rejestrację z szatnią i ogólną poczekalnią umieszczono na pierwszym piętrze, gdzie też rozwinięto ambulatoria laryngologiczne i neurologiczne oraz gabinety fizykoterapii, rtg, stomatologii i pracownię kliniczną. Na drugim piętrze ulokowano ambulatorium pediatryczne, odizolowane od innych gabinetów i oddziałów szpitala i mające osobną klatkę schodową oraz ambulatorium ginekologiczno-położnicze. Ambulatorium pediatryczne miało dwa gabinety lekarskie, dwie rejestracje oraz osobne poczekalnie dla dzieci chorych i zdrowych. Ambulatoria chirurgiczne, wewnętrzne, oczne oraz skórno-weneryczne rozwinięto przy swoich oddziałach z zachowaniem izolacji. Okazało się to bardzo korzystne dla usprawnienia nadzoru i konsultacji przez ordynatorów poszczególnych oddziałów. Wszystkie ambulatoria zostały należycie wyposażone w sprzęt kwaterunkowy oraz w sprzęt medyczny i potrzebne materiały umożliwiające prawidłowe funkcjonowanie. Każde ambulatorium dysponowało również odpowiednią ilością pomieszczeń umożliwiających wykonanie potrzebnych zabiegów względnie badań. W ambulatoriach pracował personel nieetatowy, przeważnie kierowany z oddziałów szpitalnych. Komenda bezskutecznie wnioskowała o przydzielenie osobnych etatów dla polikliniki⁶⁰. Ambulatoria były często nadmiernie obciążane pracą na skutek kierowania przez lekarzy jednostek wojskowych pacjentów nie wymagających badań specjalistycznych oraz niepotrzebnego zgłaszania się członków rodzin żołnierzy zawodowych, którzy nie chcieli poddawać się leczeniu przez lekarzy jednostek wojskowych. Trudnością w pracy ambulatorium dziecięcego była konieczność udzielania pomocy chorym dzieciom w domu, zwłaszcza kiedy stwierdzano, że około 70% wyjazdów było niepotrzebnych, gdyż bez szkody dla dziecka pomoc mogła być udzielana w ambulatorium.

⁶⁰ Tamże oraz relacja dr. Jerzego Durkalca z 8.08.1998r.

Przyczyną tego według komendy była niechęć rodziców do korzystania w mniej poważnych przypadkach z pomocy lekarza jednostki, a często powodem było „wygodnictwo rodziców”, którzy uważali, że w każdym przypadku do chorego dziecka należy wzywać specjalistę chorób dziecięcych⁶¹. Wyjazdy do Poznania z tzw. „zielonych garnizonów” były nagminnie traktowane przez rodziny żołnierzy jako swego rodzaju atrakcja w monotonnym życiu garnizonowym, a nadmiernie eksponowane dolegliwości usprawiedliwiałały potrzebę takiego wyjazdu na koszt wojska, często służbowym samochodem sanitarnym jednostki. Taki stan rzeczy aprobowany był przez personel izb chorych, który najczęściej towarzyszył pacjentom w tych wyprawach. W związku z rejonizacją terenu lekarze szpitala wyjeżdżali co miesiąc do poszczególnych jednostek wojskowych celem przeprowadzenia konsultacji odnośnie leczenia i stanu sanitarno-epidemiologicznego jednostki.

Obok ambulatoriów ważną rolę odgrywały w pracy szpitala gabinety specjalne polikliniki. Gabinet dentystyczny zajmował 10 pomieszczeń wzdłuż jednego korytarza, z którego do każdego gabinetu prowadziło osobne wejście. Poszczególne gabinety miały wejścia wewnętrzne między sobą. Poczekalnia umieszczona była na końcu korytarza, skąd pacjenci byli przez głośnik wzywani do gabinetów, co zapewniało porządek i ciszę w przychodni oraz zapobiegało gromadzeniu się pacjentów na korytarzu przed gabinetami. W stomatologii szpitalnej wydzielono trzy działy: chirurgii stomatologicznej, stomatologii zachowawczej i protetyki stomatologicznej, co zapewniało udzielanie pomocy lekarsko-dentystycznej w pełnym zakresie. Chorzy stomatologiczni wymagający leczenia szpitalnego umieszczani byli w oddziale ocznym, lub laryngologicznym i prowadzeni przez lekarzy stomatologów. Dobrze układała się współpraca stomatologów z oddziałami szpitalnymi, chorzy z oddziałów szpitala badani byli stomatologicznie, przy czym u wymagających leczenia przeprowadzano sanację jamy ustnej w granicach czasu ich leczenia. Szczególnie dobrze układała się współpraca z oddziałem laryngologicznym, który korzystał z pracowni techniczno-dentystycznej dla wykonywania wstawek akrylowych stosowanych w operacjach plastycznych. Podobnie jak inne jednostki szpitala stomatologia korzystała z pomocy poznańskiej Akademii Medycznej, zwłaszcza z konsultacji Kliniki Chirurgii Stomatologicznej. Pod koniec lat pięćdziesiątych zadawalające było wyposażenie pod względem urządzeń i materiału⁶². Stomatologia posiadała własny aparat rtg, więc zdjęcia były wykonywane i wywoływane na miejscu. Nie odczuwano także niedostatków kadrowych, poza

⁶¹ Tamże.

⁶² Archiwum Śląskiego O.W., sygn. 12964/65/18.

brakiem etatowego pracownika gospodarczego, którego zatrudnienie stało się konieczne ze względu na ilość posiadanego materiału i bielizny.

Gabinet rtg od 1959 roku znajdował się w odremontowanym, jednak zbyt małym jak na potrzeby szpitala pomieszczeniu. Jego obciążenie pracą zwiększało się znacznie w okresie poboru i naboru do szkół wojskowych, zwłaszcza, że wtedy trzeba było po badaniu natychmiast wystawiać orzeczenie. Od roku 1957 po likwidacji szpitala obozowego w Biedrusku zakończyły się uciążliwe wyjazdy radiologów szpitala dla prowadzenia tam badań, których mała liczba (kilkadziesiąt miesięcznie) i bliskość szpitala nie uzasadniały ponoszonych kosztów i czasu im poświęcanych. Na skutek przyjmowania pacjentów cywilnych w stan chorych szpitala nastąpiło urozmaicenie przypadków kierowanych do badań radiologicznych. W latach 1957-1959 zaobserwowano wyraźny spadek liczby wykrytych świeżych przypadków gruźlicy płuc oraz choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. W roku 1957 wystąpiły szczęśliwie tylko krótkotrwałe trudności kadrowe, gdyż zwolniony został do rezerwy radiolog kpt. Rudnicki, a przychodzący do pracy na jego miejsce kpt. Zaidlewicz jeszcze nie miał specjalizacji, dodatkowo dwa miesiące nie pracował z powodu choroby mjr Sturmer. Poprawa nastąpiła po skierowaniu do pracy w szpitalu rentgenologa por. Garbacza. Podobnie jak gabinet rtg również gabinet fizykoterapii zajmował za małe pomieszczenia, co uniemożliwiało wprowadzenia wielu potrzebnych zabiegów. Prowadzono remonty pomieszczeń dla uruchomienia wodolecznictwa i leczenia ultradźwiękami⁶³.

Pracownia kliniczna składała się z trzech komórek: pracowni ogólnej, biochemicznej urządzonej przy oddziale wewnętrznym oraz bakteriologicznej przy oddziale zakaźnym. Pracownia ogólna wykonywała podstawowe badania laboratoryjne, serologiczne i na odczyn Wassermanna. Pracownia biochemiczna część ogólnych badań laboratoryjnych dla oddziału chorób wewnętrznych i badania analityczne dla całego szpitala. Pracownia bakteriologiczna wykonywała część badań przy pomocy Wojewódzkiej stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.

Lekarze szpitala poza działalnością leczniczą, konsultacyjną dla lekarzy jednostek wojskowych i pracami w jednostkach cywilnej służby zdrowia obciążeni byli nadal udziałem w szkoleniach politycznych oraz ogólnowojskowych prowadzonych zgodnie z programem zatwierdzonym przez kwatermistrzostwo OW, a opracowanym na podstawie wytycznych przez ordynatorów i kwatermistrza szpitala. Przede wszystkim dbano jednak o podnoszenie kwalifikacji fachowych kadry i personelu pomocniczego. Prężnie działało koło naukowe organizujące w ciągu roku kilkanaście posiedzeń, których tematyka oprócz spraw

⁶³ Tamże.

teoretycznych uwzględniała przypadki i zagadnienia bieżącej pracy lekarskiej, jak również zagadnienia interesujące lekarzy jednostek wojskowych. Na posiedzeniach naukowych ogólnych w części administracyjnej omawiano m.in. różne zarządzenia oraz niedociągnięcia dotyczące pracy lekarzy jednostek. Prowadzono także szkolenia lekarzy szpitala w zakresie prawa lekarskiego. W poszczególnych oddziałach omawiano bardziej skomplikowane przypadki, porównując różne sposoby leczenia i ich skuteczność. Prowadzono także krótkie kursy i szkolenia specjalistyczne, np. z zakresu elektrokardiografii w oddziale chorób wewnętrznych. Często w posiedzeniach koła naukowego kierownicy klinik poznańskiej AM dzielący się swoim doświadczeniem z kadrą szpitala. Dzięki uzyskanym środkom finansowym z Departamentu Służby Zdrowia MON udało się w 1957 roku powiększyć zasoby biblioteki szpitalnej o ponad 200 fachowych książek, prenumerowano 32 polskie pisma medyczne, 34 radzieckie, 10 w języku angielskim, 9 francuskim i 16 niemieckim⁶⁴.

Mimo usługowego, a nie naukowego charakteru placówki leczniczej, w miarę stabilizacji szpitala i jego kadry rosła ilość wartościowych prac naukowych, z których znaczna część powstawała na materiale szpitalnym. Było to w dużej mierze zasługą sprawnie działającego koła naukowego, którym w tym czasie kierowali oficerowie-lekarze: Małecki, Przychodzki, Kowalski, Knitter. Szczegółowo działalność naukowo-badawcza prowadzona w szpitalu została omówiona w osobnym rozdziale.

Pod koniec lat pięćdziesiątych mimo stopniowego zmniejszania stanu osobowego wojska, w tym również w Śląskim OW Szpital zabezpieczał leczniczo wiele jednostek wojskowych rozlokowanych na rozległym obszarze. W poszczególnych garnizonach największymi były w Poznaniu – Oficerska Szkoła Wojsk Pancernych, Ośrodek Szkolenia Służb Kwatermistrzowskich, Szefostwo Przewozów Wojskowych przy DOKP, Wojskowa Komenda Odcinka i Stacji Kolejowej, Komenda Garnizonu, Wojskowa Prokuratura Garnizonowa, Wojskowy Rejonowy Zarząd Kwaterunkowy, 27, 59 i 63 Przedstawicielstwo Wojskowe, Sąd Garnizonowy, WKR Poznań I, WKR Poznań II, WKR Poznań Powiat, JW 2569, JW 2582, JW 1357, JW 1420, i JW 1524; w Śremie – JW 3486; w Gorzowie - jednostki wojskowe nr 2870, 1649 i 2549, Wojskowa Komenda Odcinka i Stacji Kolejowej, WKR Gorzów; w Międzyrzeczu - JW 2626, Prokuratura Garnizonowa; w Gnieźnie - JW 1496, WKR Gniezno; w Pleszewie – WKR Pleszew i JW 1388; w Lesznie – JW 3477, WKR Leszno, w Słubicach – jednostki wojskowe 2959 i 3725, w Wędrzynie - jednostki wojskowe 1659, 3205, 1986 i 1517; w Biedrusku – JW 1674 i JW 3658; w Sulechowie – JW 2716 i WKR Sulechów; w Skwierzynie - JW 2813; w Kostrzynie - jednostki wojskowe 2240 i 2429;

⁶⁴ Tamże.

w Powidzu - jednostki wojskowe 1462 i 1441; w Jarocinie - WKR Jarocin i JW 2563; w Babimoście - JW 1949 i JW. 5037; w Stobnie - 10 Poligon Lotniczy; we Wrześni – WKR Września i 61 Przedstawicielstwo Wojskowe; WKR w Sulęcinie, Nowym Tomyślu, Koninie, Szamotułach i w Kościanie; garnizony w Głogowie i Krzesinach⁶⁵.

W latach sześćdziesiątych dużo uwagi poświęcano w wojskowej służbie zdrowia akcji honorowego krwiodawstwa. Od roku 1961 szpital brał udział w organizowaniu ekip wyjazdowych dostarczając środki transportu i kierując lekarzy do prowadzenia pogadanek i badań krwiodawców. We współpracy z Wojewódzką Stacją Krwiodawstwa krwiodawstwem objęto żołnierzy z jednostek wojskowych terenowo przydzielonych do szpitala. Od 1961 r. do 1963 r. pobrano od ponad 11 tys. żołnierzy około 2400 litrów krwi⁶⁶.

W roku 1964 po zaadoptowaniu 4 pomieszczeń szpitalnych został uruchomiony Wojskowy Punkt Krwiodawstwa, którego nieliczny personel (kierownik, laborantka medyczna, pielęgniarka i sanitariusz) bez pomocy z zewnątrz nie był w stanie organizować ekip wyjazdowych w teren do jednostek wojskowych, więc w dalszym ciągu w akcjach wyjazdowych konieczna była ścisła współpraca ze stacją krwiodawstwa. Wojskowy punkt krwiodawstwa ograniczał się w zasadzie do pobierania krwi na miejscu od żołnierzy garnizonu poznańskiego. Dowódcy jednostek wojskowych zgadzali się kierować krwiodawców, jednak ze względów szkoleniowych chcieli to czynić grupami po 20 – 40 żołnierzy dziennie. Niestety niedostateczny etat laboratorium nie pozwalał na przebadanie więcej niż 6 osób bez uszczerbku dla instytucji usługowej. Kierowano więc laborantkę etatowo należącą do punktu krwiodawstwa do pracy w laboratorium szpitalnym, nakładając na to laboratorium obowiązek wykonywania analiz krwiodawców. W roku 1964 w wojskowym punkcie krwiodawstwa pobrano od 268 osób 65,5 litrów krwi, a wspólnie z Wojewódzką Stacją Krwiodawstwa od 5712 żołnierzy 1275,6 litrów krwi. Akcja honorowego krwiodawstwa była szczególnie nasiloną w czasie badań poborowych przez komisje lekarskie. Zaopatrzeniem szpitala w leki i materiały sanitarne zajmowała się apteka. Przykładowo w roku 1966⁶⁷ zużyto w szpitalu materiałów sanitarnych za 4 869 860 zł, z czego w oddziałach szpitalnych za 2 533 600 zł, pozostałą część przeznaczono dla ambulatoriów i jednostek wojskowych garnizonu Poznań (miesięczna pensja ordynatorów oddziałów szpitala wynosiła wtedy średnio nieco ponad 4 tys. zł). Koszt jednego „łóżko – dnia” szpitalnego wynosił 24,50 zł. Na leczenie wojskowych uprawnionych zużyto 1 985 000 zł, a na leczenie osób cywilnych

⁶⁵ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, specjalne notatki.

⁶⁶ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, 111 Szpital Wojskowy, Ocena i przebieg akcji honorowego krwiodawstwa, sygn. 3857/77/2.

⁶⁷ Tamże.

ponad 600 tys. zł. W 1966 r. wykonano ponad 65 tys. recept dla polikliniki – 43 993 to recepty pochodzące z ambulatoriów szpitalnych i 21 666 z garnizonu Poznań oraz 15 tys. dla szpitala. Apteka pracowała trudnych warunkach, m.in. z powodu braku odpowiednich magazynów aptecznych, których mimo starań nie udawało się zdobyć. W roku 1966 w magazynach apteki znajdowały się materiały o wartości około 4 mln. zł. Szczególnie odczuwano brak odpowiednich magazynów dla materiałów opatrunkowych i odpowiadającego zasądom bhp magazynu dla materiałów łatwopalnych.

W latach sześćdziesiątych ustabilizowała się sytuacja kadrowa szpitala, etaty lekarskie i zabezpieczenia kwatermistrzowskiego zostały stabilnie obsadzone, a stopniowo postępująca poprawa warunków materialnych kadry, możliwość podejmowania dodatkowych prac poza wojskiem i ułatwienia w podnoszeniu kwalifikacji medycznych zapobiegały dotychczas licznie występującym staraniom o zwolnienie ze służby wojskowej⁶⁸.

Stabilność kadry wojskowej udawało się stopniowo zapewniać między innymi przez poprawę warunków bytowych – wzrost uposażenia, możliwość dodatkowego zatrudnienia, rosnąca liczba mieszkań służbowych, przy ogólnokrajowych trudnościach mieszkaniowych. Jeszcze pod koniec lat pięćdziesiątych uposażenie kadry zawodowej nie było zachętą do podejmowania decyzji o zawodowej służbie wojskowej, dlatego wielu oficerów-lekarzy było powoływanych do służby wbrew ich woli i nie zwalnianych z wojska po zakończeniu obowiązkowego czasu służby. W latach 1957/58 uposażenie kadry szpitala było porównywalne z zarobkami pracowników średniego szczebla zarządzania w gospodarce społecznej. Dochodziły do tego różnego rodzaju potrącenia jak na przykład przymusowe prenumeraty prasy typu: „Myśl Wojskowa”. „Żołnierz Wolności”, „Przegląd Kwatermistrzowski”, „Lekarz Wojskowy”, „Przegląd Wojskowy Zagraniczny” oraz w ramach różnych akcji ogólnokrajowych jak Narodowa Pożyczka Polski, PCK, odbudowa stolicy itp.⁶⁹.

Uposażenie żołnierza zawodowego zależało od jego stopnia wojskowego, stanowiska oraz w mniejszym stopniu wysługi lat, sytuacji rodzinnej i dodatkowych kwalifikacji np. specjalizacja lekarska. W roku 1958 komendant szpitala otrzymywał 375 złotych za posiadany stopień wojskowy, 721 złotych w związku z zajmowanym stanowiskiem i 300 zł dodatku specjalnego. Ordynator w stopniu podpułkownika odpowiednio 375 zł i 660 zł.; st. asystent w stopniu kapitana 285 zł i 600 zł; major – st. asystent 330 zł i 600 zł; ppor. 240 zł i

⁶⁸ Archiwum Śląskiego O.W., Listy płac kadry i pracowników cywilnych, sygn. 013923/22/66.

⁶⁹ Archiwum SOW,teczka 62, sygn. 5216/55/54, Kwatermistrzostwo 111 WSR.

405 zł; sierżant 180 zł i 336 zł.⁷⁰ Znaczna poprawa w tym zakresie nastąpiła w latach sześćdziesiątych, gdy przy stosunkowo stabilnych cenach podstawowych artykułów znacząco wzrosło uposażenia kadry zawodowej. W roku 1965 komendant szpitala otrzymywał według stopnia płk 2650 zł, według stanowiska 1650 zł, jego zastępcy w stopniach ppłk odpowiednio 2150 zł i 1500 zł; ordynatorzy oddziałów w stopniu ppłk 2150 zł i 1450 zł, w przypadku dłuższej wysługi lat 2650 zł i 1450 zł.; st. asystent ppłk 2150 zł i 1350 zł; asystent mjr 1920 zł i 1350 zł; kpt. asystent 1670 zł i 1250 zł; kierownik ambulatorium dentystycznego mjr 2100 zł i 1400 zł; ppor. 1250 zł i 1200 zł; st. sierż. 1250 zł i 920 zł; sierżant 1220 zł i 880 zł. W latach sześćdziesiątych przyznawane były dodatki za podwyższone kwalifikacje wynoszące od 300 zł do 600 zł (specjalizacje, stopnie i tytuły naukowe)⁷¹. W tym czasie nastąpiła większa rozpiętość w uposażeniach zależnie od stopnia wojskowego, zajmowanego stanowiska służbowego i kwalifikacji, poziom których stawał się decydującym czynnikiem w zajmowaniu stanowisk. Znaczne podwyżki cen końca lat sześćdziesiątych oraz narastający niepokój społeczny spowodowały najprawdopodobniej, że niepewna swej sytuacji „władza ludowa” chcąc sobie zapewnić przychyłność służb mundurowych doprowadziła do istotnych podwyżek uposażeń w wojsku. W roku 1970 uposażenie komendanta szpitala wynosiło według stopnia wojskowego 3260 zł i według stanowiska 1950 zł. Komendant i jego zastępcy otrzymywali także dodatek kwalifikacyjny w wysokości 450 zł. Wysokość uposażenia zastępców komendanta wynosiła według stopnia mjr 2700 zł i ppłk 3140 zł oraz według stanowiska 1450 zł (z-ca d.s. politycznych) i 1750 zł (z-ca d.s. lecznictwa). Uposażenie ordynatora oddziału w stopniu ppłk wynosiło odpowiednio 2830 zł i 1700 zł; starszego asystenta stopniu mjr 2490 i 1450; asystenta w stopniu kpt. 1720 zł i 1450 zł; kapitana kwatermistrzostwa z długą wysługą lat 2300 zł i 1400 zł; farmaceuty por. 1780 zł i 1400 zł; st. sierżanta 1600 i 1250 zł.; lekarz stażysta w stopniu ppor. otrzymywał 2700 zł miesięcznej pensji. Lekarze w zależności od stopnia specjalizacji otrzymywali dodatek za specjalizację w wysokości od 300 zł do 600 zł (np. specjalista chirurg – torakochirurg)⁷². Biorąc pod uwagę, że np. lekarz stażysta w służbie zdrowia cywilnej zarabiał 1300 zł miesięcznie różnice w uposażeniu zasadniczym tych grup zawodowych były znaczące. Jednak uwzględniając uciążliwość służby lekarzy jednostek wojskowych (nie szpitali), zabezpieczających wiele tygodni w roku zajęcia poligonowe, pełniących niepłatne dyżury garnizonowe, służących bez liczenia czasu „nadgodzin” oraz mających w związku z charakterem służby trudności w doksztalcaniu i podejmowaniu prac dodatkowych, te różnice wydają się uzasadnione. Należy

⁷⁰ Tamże.

⁷¹ Archiwum SOW ,teczka 45/4/65, sygn. 016559/27/70.

⁷² Archiwum SOW, sygn. 03141/75/20 Kwatermistrzostwo 111 WSR 1970r.

przy tym pamiętać, że w czasach „planowej socjalistycznej gospodarki” na rynku brakowało praktycznie wszystkiego i począwszy od dóbr najbardziej podstawowych do wyrobów przemysłowych i fachowych usług panowało „załatwianie”, a nie normalne kupowanie. Dotyczyło to również niestety specjalistycznych usług medycznych, oficjalnie bezpłatnych i dostępnych dla wszystkich, a w praktyce trudno dostępnych bez odpowiedniego „załatwiania”, co wiązało się z uzyskiwaniem różnych „dowodów wdzięczności”, czy ułatwieniami w dostępie do innych trudno osiągalnych dóbr dla wielu lekarzy. W warunkach służby wojskowej, w zhierarchizowanym, uporządkowanym i regularnie nadzorowanym systemie zabezpieczenia medycznego, szeroko dostępnego dla uprawnionych do korzystania z niego, lekarze niezmiernie rzadko mogli liczyć na tego typu korzyści uboczne. Wydaje się, że wyższe uposażenie wojskowych lekarzy w stosunku do pracujących w instytucjach cywilnych było pomyślane jako dodatkowa zachęta do podejmowania i kontynuowania służby wojskowej w realiach tego czasu. Mimo stopniowego wzrostu uposażeń siła nabywcza kadry, jak i reszty społeczeństwa była w tym czasie niewielka. Pod koniec lat sześćdziesiątych i w pierwszych latach siedemdziesiątych produkowane w Polsce samochody Syrena i Warszawa kosztowały około 70 i 120 tys. złotych, a wschodnioniemiecki Wartburg 100 tysięcy. Telewizor czarno-biały kosztował ok. 10 tys. zł, radziecki kolorowy Rubin 20 tys. zł., radio produkcji ZSRR ponad 2 tys. zł, średniej klasy aparat fotograficzny 2 do 3 tys. zł. Drogie były także artykuły spożywcze, np. 250 g. masła kosztowało 17,50 zł, kilogram szynki 80-90 zł, cytryn 30 zł, pomarańczy 40 zł, bananów 45 zł, a tabliczka czekolady 19 zł. Trudno się dziwić, że w tym stanie rzeczy lekarze dużo czasu pozasłużbowego poświęcali na prace dodatkowe w cywilnej służbie zdrowia, gdzie zawsze brakowało odpowiedniej liczby lekarzy, zwłaszcza wykwalifikowanych specjalistów. W latach sześćdziesiątych sytuacja kadrowa wojskowej służby zdrowia poprawiała się stopniowo również z powodu kończenia studiów przez absolwentów Wojskowej Akademii Medycznej istniejącej od 1958 r. w Łodzi. Lekarze po ukończeniu studiów w WAM kierowani byli do szpitali wojskowych celem odbycia dwuletniego stażu podyplomowego, a następnie do służby w jednostkach wojskowych. Znaczna część z nich w trudnych z reguły warunkach służby (zabezpieczenia zajęć poligonowych, dyżury garnizonowe, szkolenia wojskowe itp.) zdołała dzięki możliwościom odbywania szkoleń w znajdujących się w pobliżu jednostek szpitalach cywilnych i uzupełniających w klinikach wojskowych uzyskiwać kolejne stopnie specjalizacji medycznych. Umożliwiało to następnie przeniesienie do pełnienia dalszej służby w oddziałach szpitali wojskowych. Do szpitala poznańskiego pierwsi absolwenci WAM zaczęli

docierać w końcu lat sześćdziesiątych, a dopiero dziesięć lat później stopniowo przejmowali w nim kierownicze stanowiska.

W roku 1965 stan kadry wojskowej Szpitala przedstawiał się następująco⁷³:

KOMENDA

płk Niziołek Paweł – komendant szpitala

mjr Lisowski Zdzisław – zastępca komendanta d.s. politycznych

płk Rudnicki Paweł – zastępca komendanta d.s. lecznictwa

SEKCJA POLITYCZNA

kpt. Gajewski Czesław – instruktor propagandy i agitacji

sierż. Królak Zenon – st. kino-mechanik

KANCELARIA OGÓLNA

st. sierż. Kurzawski Henryk – kierownik kancelarii

st. sierż. Domek Tadeusz

IZBA PRZYJĘĆ

mjr Miciukiewicz Włodzimierz – kierownik izby przyjęć i punktu krwiodawstwa

ODDZIAŁY WEWNĘTRZNE

Ordynatorzy: ppłk Czapiewski Anastazy i kpt. Durkalec Jerzy

Starsi asystenci i asystenci: ppłk Stanisławski Witold, mjr Rzepecki Ludwik, ppłk Dębosz Kacper, mjr Fahrenholtz Henryk, mjr Bryła Roman, por. Badyda Cyryl, por. Kretschmer Ryszard, mjr. Wroński Anastazy.

ODDZIAŁ CHIRURGICZNY

płk Gerwel Czesław – ordynator oddziału

Starsi asystenci i asystenci: ppłk Przychodzki Michał, ppłk Strzyżowski Józef, mjr Marczewski Maksymilian, kpt. Bogacki Zbigniew; anestezjolodzy: kpt. Polaczek-Kornecki Tadeusz, kpt. Szukalski Jerzy; kpt. Krajewska Irena – siostra operacyjna.

ODDZIAŁ SKÓRNO-WENERYCZNY

płk Hawrylinka Witold – ordynator oddziału

ppłk Kościński Roman – st. asystent

ODDZIAŁ ZAKAŻNY

ppłk Stalewski Jerzy – ordynator oddziału

ODDZIAŁ LARYNGOLOGICZNY

mjr. Skalbani Jan – ordynator oddziału

ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY

⁷³ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, sygn. 016559/27/70.

płk Wojciechowski Edwin – ordynator oddziału

kpt. Klichowski Longin – asystent

ODDZIAŁ POŁOŻNICZO- GINEKOLOGICZNY

płk Chylak Sergiusz – ordynator oddziału

asystenci: mjr Gutowski Zdzisław, mjr Józwiak Jerzy

ODDZIAŁ OCZNY

ppłk Zwyrzykowski Eugeniusz – ordynator oddziału

AMBULATORIUM CHORÓB DZIECIĘCYCH

płk Knitter Tadeusz

kpt. Malesza Józef – asystent

AMBULATORIUM DENTYSTYCZNE

mjr Olejniczak Tadeusz – kierownik ambulatorium

lekarze dentyści: mjr Czekajewski Tadeusz, por. Płytnik Witold; technik dentystyczny – kpt. Mańkowski Stefan

AMBULATORIUM RENTGENOWSKIE

Mjr Sturmer Henryk – kierownik ambulatorium

Asystenci: mjr Zaidlewicz Włodzimierz, mjr Pudlik Ryszard, technik rtg. kpt. Depa Stefan

GABINET FIZYKOTERAPII

mjr Mildner Emil – kierownik gabinetu; pielęgniarka – kpt. Pietkiewicz Wanda

PRACOWNIA KLINICZNA

ppłk Degórski Andrzej – kierownik pracowni

APTEKA

ppłk Gajewski Franciszek – kierownik apteki

farmaceuci; kpt. Wierziński Andrzej, mjr Bittner Witold, mjr Kudła Wiesław, ppor. Lisiński Zbigniew

KWATERMISTRZOSTWO

kpt. Mydlarz Zbigniew – kwatermistrz; szefowie służb: kpt. Biegała Leszek, kpt. Pietrzyk Zdzisław, kpt. Banaszak Antoni

GARNIZONOWA WOJSKOWA KOMISJA LEKARSKA

płk Machowski Jerzy – przewodniczący komisji, mjr Frencl Romuald – członek komisji

GRUPA KONSERWACYJNA

mjr Dudek Stefan, kpt. Glinkiewicz Hipolit.

WOJSKOWA ADMINISTRACJA KOSZAR

kpt. Cisak Władysław

14 WOJSKOWE RUCHOME AMBULATORIUM DENTYSTYCZNE

kpt. Grząślewicz Florian, ppor. Nowicki Krzysztof; podoficerowie – personel pomocniczy: st. sierż. Turzański Władysław, st. sierż. Marecki Henryk

PODOFICEROWIE SŁUŻB POMOCNICZYCH

st. sierż. Marciniak Wiktor, sierż. Marcinkowski Czesław, st. sierż. Białkowski Bolesław, st. sierż. Kasprowicz Stanisław, st. sierż. Nowaczyk Bronisław.

PROBOSZCZ GARNIZONU

ppłk Humeński Julian.

W 1965 r. staż podyplomowy odbywało 6 lekarzy w stopniu ppor., z których ppłk Borowski Andrzej powrócił do szpitala w 1977 r. na stanowisko ordynatora oddziału ginekologicznego.

Długi z reguły okres, jaki upływał absolwentom WAM od ukończenia studiów do uzyskania kolejnych stopni specjalizacji i następnie ewentualnego przejścia do pracy w oddziałach szpitalnych związany był przede wszystkim z warunkami służby w jednostkach wojskowych, zwłaszcza w tzw. „zielonych garnizonach”. Lekarz wojskowy, aby móc rozpocząć specjalizację musiał uzyskać zgodę kolejno: dowódcy jednostki, szefa służby zdrowia związku taktycznego (najczęściej dywizji, w skład której wchodził jego pułk lub samodzielny batalion) i szefa służby zdrowia okręgu wojskowego lub rodzaju wojsk. Sprawy specjalizacji lekarskich zostały w Polsce skonkretyzowane odpowiednimi przepisami prawa dopiero po II wojnie. Do 1939 r. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej traktowało tylko o prawie wykonywania praktyki lekarskiej, warunkach jej wykonywania i nadzorze Ministra Opieki Społecznej. Tytuły specjalisty w sposób mało sformalizowany nadawały izby lekarskie lekarzom pracującym w odpowiednich zakładach leczniczych. Po wojnie władza likwidowała stopniowo wszelkie formy samorządów zawodowych, w tym i lekarskiego. Zlikwidowane zostały izby lekarskie, a ich funkcje przejęły wydziały zdrowia rad narodowych powiatowych i wojewódzkich oraz administracja rządowa – ministerstwo. W roku 1950 przyjęto ustawę o zawodzie lekarza⁷⁴. Wprowadzenie jednolitego systemu specjalizacji motywowano podniesieniem poziomu świadczeń udzielanych pracującym, podniesieniem kwalifikacji zawodowych lekarzy oraz przyspieszeniem procesu uzyskiwania tytułu lekarza specjalisty w określonych dziedzinach medycyny. Wprowadzając specjalizacje w formie określonej zarządzeniem ministra wzorowano się, jak zwykle w tym okresie na systemie radzieckim.

⁷⁴ Dz.U. Nr 50 poz. 458, na podstawie której 11.12.1951 r. minister zdrowia wydał zarządzenie w sprawie zasad i trybu uznawania lekarzy za specjalistów Monitor Polski Nr 103 poz. 1507, znowelizowane 30.07. 1953 r. Monitor Polski Nr 70 poz. 852.

Specjalizacje ustanowiono jednostopniowe - m.in. chirurgia dziecięca, neurochirurgia i dwustopniowe - jak np. choroby wewnętrzne, chirurgia, laryngologia, okulistyka, neurologia, psychiatria. Uznanie lekarza za specjalistę następowało na podstawie egzaminu złożonego przed komisją egzaminacyjną. Do egzaminu mógł przystąpić lekarz, który wykonywał zawód w danej specjalności w klinikach, placówkach naukowo-badawczych bądź w zakładach leczniczych o wysokim poziomie specjalistycznym, których wykaz ustalał Minister Zdrowia. Wymagany czas wykonywania zawodu wynosił od 60 miesięcy przy specjalizacji w zakresie chirurgii dziecięcej i neurochirurgii, 24 miesięcy na I st. i 36 miesięcy na II st. chorób wewnętrznych do odpowiednio 12 i 24 miesięcy epidemiologii oraz higieny. Lekarz odbywający specjalizację obowiązany był m.in. brać udział w posiedzeniach naukowych lekarskiego towarzystwa naukowego, opracować pracę poglądową w zakresie odbywanej specjalizacji i pokazy przypadków oraz nabyć znajomość dwóch języków obcych, w tym języka rosyjskiego w stopniu wystarczającym do samodzielnego czytania literatury naukowej. Lekarz odbywający specjalizację nie mógł wykonywać zawodu poza zakładami społecznymi służby zdrowia, a jego zajęcia zarobkowe, poza pracą w zakładzie, w którym odbywał specjalizację nie mogły przekraczać 3 godzin dziennie, a od 1953 r. 60 godzin tygodniowo. Specjalizacją lekarza kierował kierownik specjalizacji – kierownik kliniki, ordynator bądź kierownik innej komórki organizacyjnej w zakładzie społecznym służby zdrowia albo kierownik oddziału instytutu, właściwego za względu na rodzaj specjalizacji. Ponościł on odpowiedzialność za poziom przygotowania lekarza odbywającego specjalizację. Kierownik prowadził dla lekarza kartę specjalizacji, która powinna zawierać ocenę pracy lekarza w czasie poszczególnych okresów specjalizacji. Karta była przedstawiana przez kierownika specjalizacji komisji egzaminacyjnej. Przed przystąpieniem do egzaminu lekarz zobowiązany był ukończyć co najmniej 3-miesięczny kurs szkoleniowy zorganizowany przez Instytut Doskonalenia i Specjalizacji Kadr Lekarskich (w wojsku Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego WAM), którego dyrektor decydował o dopuszczeniu do egzaminu. Lekarz, któremu była izba lekarska przyznała tytuł specjalisty był uznawany specjalistą I stopnia w zakresie odpowiedniej specjalności.

W tym stanie rzeczy nie dziwi fakt późnego zasilania szpitali wojskowych, również i poznańskiego kadrą lekarską wykształconą w Wojskowej Akademii Medycznej i z reguły rozpoczynającą swoją pracę zawodową w często odległych od dużych ośrodków garnizonach.

Pod koniec lat sześćdziesiątych nastąpiło kilka istotnych zmian kadrowych, przeważnie związanych ze zmianami organizacyjnymi w szpitalu i odchodzeniem ze służby oficerów, którzy osiągnęli wiek emerytalny. W ramach oddziału chirurgicznego wydzielono

trzy odcinki: 1. chirurgii ogólnej kierowany przez płk Wacława Gerwela; 2. chirurgii urazowej i ortopedii pod kierownictwem ppłk Michała Przychodzkiego i 3. urologii kierowany przez ppłk Józefa Strzyżowskiego. Od roku 1964 anestezjologiem chirurgicznym był kpt. Jerzy Szukalski, który od 1966 r. kierował wydzielonym z chirurgii Działem Anestezjologii z pracującymi tam lekarzami kapitanami: Tadeuszem Polaczek-Korneckim, Wiesławem Marczakiem i Stanisławem Głowaczem. Na podstawie rozkazu Szefa Sztabu ŚOW nr 30/org. utworzono w marcu 1968 roku 40 łóżkowy Oddział Chirurgii Urazowej, którego ordynatorem został płk Przychodzki, a w listopadzie 1969 roku uruchomiono ambulatorium urazowo-ortopedyczne⁷⁵. Tak rozbudowany oddział otrzymał wsparcie kadrowe – w roku 1968 przybył ze szpitala okręgowego mjr Alfred Majchrzak (późniejszy ordynator) i pracownik cywilny Jan Schneider, a w roku następnym mjr Jan Mucha. W związku z wydzieleniem odcinka urologicznego skierowano tam do pracy kpt. Zbigniewa Bogackiego na etat asystenta. Po odejściu ze służby ppłk Alfonsa Rochowicza ordynatorem oddziału laryngologicznego został w 1965 r. mjr Jan Skałbani. W roku 1966 nastąpiła zmiana na stanowisku ordynatora oddziału położniczo-ginekologicznego – po zakończeniu służby przez płk Chylaka ordynatorem został ppłk Zdzisław Gutowski, mający do pomocy asystenta mjr Jerzego Jóźwiaka. W roku 1967 zlikwidowano Oddział Położniczy z blokiem porodowym oraz Oddział Noworodkowy, pozostawiając 30 łóżkowy oddział ginekologiczny. W roku 1966 zakończył służbę wojskową kierownik gabinetu fizykoterapii ppłk Mildner, a kierownictwo przejął ppłk Witold Stanisławski. W tym roku nowym kierownikiem izby przyjęć został por. Edward Jedlikowski. Oddziały oczny i laryngologiczny zostały wzmocnione przez skierowanie do służby por. Mirosława Wilczyńskiego. W lipcu 1967 roku odszedł w stan spoczynku długoletni ordynator oddziału skórno-wenerycznego płk Witold Hawrylinka, a obowiązki ordynatora przejął ppłk Roman Kościński.

W roku 1967 w ramach oddziału neurologicznego, kierowanego od tego roku przez ppłk Longina Klichowskiego utworzona została nieetatowa pracownia EEG prowadzona przez późniejszego ordynatora tego oddziału kpt. Lucjana Spelaka oraz wyodrębniona z oddziału nieetatowa Poradnia Zdrowia Psychicznego z pracownikiem cywilnym, lekarzem psychiatrą Elżbietą Ziembą. W roku 1968 obowiązki kierownika funkcjonującego od 1963 r. punktu krwiodawstwa przejął kpt. Tadeusz Śmigielski. W roku 1969 kierownictwo istniejącej od roku 1945 apteki przejął po zakończeniu służby przez ppłk Gajewskiego ppłk Adam Talarowski. Niewielkie zmiany następowały na stanowiskach kierowniczych nie medycznych

⁷⁵ Metryka 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego 1965-1974, Nr 078/66.

- kpt. Gajewski, instruktor propagandy i agitacji przeniesiony został do pracy na wyższym stanowisku służbowym w innej jednostce.

Do roku 1970 było jeszcze kilka innych ważnych dla funkcjonowania szpitala zmian kadrowych. Zwolnieni z zawodowej służby wojskowej zostali: w roku 1966 kpt. Depa – technik rtg.; w roku 1967 ppłk Wojciechowski – ordynator oddziału neurologicznego; w roku 1968 rozformowano grupę organizacyjno-konserwacyjną i wcielono jej oficerów na nowe stanowiska w komendzie szpitala, a mjr Banaszak po ukończeniu 60 roku życia ubył do rezerwy; w roku 1969 zakończyli służbę ppłk Sokołowski pracujący przez ponad rok na stanowisku ordynatora oddziału dermatologicznego oraz ppłk Wierzbński – starszy farmaceuta i kpt. Marczak – anestezjolog; w roku 1970 płk Czapiewski – ordynator oddziału chorób wewnętrznych i ppor. Szmigiel – lekarz dentysta. W roku 1970 zakończył służbę wojskową, po wielu latach pracy na stanowisku komendanta Szpitala płk Paweł Niziołek⁷⁶.

Do końca lat sześćdziesiątych szpital został znacząco zasilony kadrowo przez przyjęcie do pracy wielu lekarzy specjalistów wojskowych i pracowników cywilnych. Poza już wymienionymi, którzy objęli wiele odpowiedzialnych stanowisk byli to: lek. med. M. Daszyńska – internista (pracowała tylko rok), lek. med. S. Markowski – psychiatra, lek. med. Mączyński – neurolog, dr med. R. Skórnicki – laryngolog, lek. med. Z. Barczak – ginekolog, lek. med. E. Pietrzak – internista, kpt. R. Sałamacha – kierownik izby przyjęć od 1969 r., ppor. J. Szmigiel – lekarz dentysta (pracował 1 rok), mjr M. Kopras – dermatolog, mjr S. Sykała lek. dentysta – do ruchomego ambulatorium dentystycznego, ppor. H. Brambor – farmaceuta, kpt. Z. Filipowicz – internista, lek. med. L. Górka – chirurg ortopeda, mgr w.f. K. Linke – fizykoterapeuta, lek. med. S. Matuszewski – psychiatra, mgr W. Paluchowski – psycholog. Do pracy w Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej skierowany został mjr B. Michalak⁷⁷.

W roku 1967 utworzona została grupa pomiaru natężeń promieniowania w składzie: por. Ignaszak Ireneusz i kpt. Wojcianowski Henryk. Zakres obowiązków szpitala zwiększył się znacznie w roku 1967, kiedy to zarządzeniem Kwatermistrza Śląskiego Okręgu Wojskowego Nr 084/org. z dnia 27.09.1966 komendantowi szpitala zarządzono sformować Grupę Organizacyjną 6 Komendy Bazy Szpitalnej w m. Poznań wg. etatu 26/123. Po zorganizowaniu w skład grupy wchodził: ppłk Zembrzuski Marian, ppłk Kasiński Jan, mjr Mis Marian, ppłk Kultys Stanisław, ppłk Chodoń Władysław⁷⁸.

⁷⁶ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego w Poznaniu, *Historia Szpitala (bardzo krótko)*, s. 12 i n.

⁷⁷ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego w Poznaniu, Specjalne notatki.

⁷⁸ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, sygn. 0314175/20.

Lata sześćdziesiąte i siedemdziesiąte to czas, kiedy kończyła służbę większość lekarzy, którzy ukończyli studia przed II wojną i uzyskiwali specjalizacje według wtedy obowiązujących, często nieprecyzyjnie określonych zasad. Teraz „dojrzałość zawodową” osiągały kolejne roczniki lekarzy powojennych, podnoszących kwalifikacje zawodowe w zupełnie innych warunkach i szczególnie w wojsku zdający sobie sprawę z konieczności uzyskiwania kolejnych stopni specjalizacji w różnych dziedzinach medycyny, aby móc pracować w oddziałach szpitalnych w charakterze pełnowartościowych, samodzielnych lekarzy. Wielu lekarzy szpitala podnosiło w tym czasie swoje kwalifikacje zawodowe. W roku 1966 stopień dr med. uzyskali: st. asystent oddz. wewn. Zygmunt Skrzypiński, lekarz dentysta Łucja Kałużna oraz st. asystent oddziału neurologicznego kpt. Longin Klichowski. Specjalizację I st. uzyskali: mjr Jerzy Szukalski z anestezjologii i Józef Czachor z zakresu chirurgii ogólnej.

W roku 1967 doktorem medycyny został chirurg mjr Maksymilian Marczewski, a w roku 1968 stopień dr chemii uzyskał mjr Anastazy Wroński. Wielu lekarzy uzyskało specjalizacje w roku 1969 – I st. z zakresu chorób wewnętrznych: kpt. Edward Jedlikowski, kpt. Tadeusz Śmigielski, pracownik cywilny Marian Niziołek; I st. neurologii kpt. Lucjan Spelak; I st. chirurgii: kpt. Jerzy Bryk i kpt. Zbigniew Bogacki; II st. analityki: ppłk Andrzej Degórski i mjr Kazimierz Pach. Wielu lekarzy, jak np. kpt. Ryszard Sałamacha, mjr Marian Kopras, mjr Jan Mucha uzyskało specjalizacje w czasie służby w jednostkach wojskowych wykorzystując możliwość pracy w oddziałach różnych szpitali, co pozwoliło im następnie rozpocząć pracę w szpitalu.

5. Indoktrynacja polityczna

W latach sześćdziesiątych nadal dużo czasu zajmowały różnego rodzaju szkolenia polityczne i partyjne, chociaż ich tematyka i sposób prowadzenia odbiegały od prymitywnej propagandy i nachalnego wymuszania stosownych postaw z lat czterdziestych i pięćdziesiątych. Zajęcia te były jednak uciążliwe i czasochłonne, zwłaszcza, że aparat partyjno-polityczny najczęściej wysługiwał się oficerami-lekarzami do ich prowadzenia. Przytaczam dwa charakterystyczne przykłady obrazujące problemy szkolenia politycznego tego okresu⁷⁹. W miesiącu listopadzie 1962 r. zaplanowano:

⁷⁹ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, 111 Wojskowy Szpital Rejonowy, *Szkolenie partyjne, rodzaje zamierzeń*, listopad 1962, sygn. 14609/67/11.

1. Zorganizować zebranie zarządów wszystkich organizacji społecznych szpitala, na którym omówić stan akcji budowy szkół tysiąclecia, oraz dalszą wspólną pracę na tym odcinku.
2. Rozwinąć wszechstronną pracę propagandową w związku z realizacją hasła „1000 szkół na tysiąclecie Państwa Polskiego” i zapewnić dalsze deklarowanie składek na fundusz budowy szkół w roku 1963.
3. Wykonać tablicę obrazującą przebieg zbiórki na fundusz budowy szkół w skali szpitalnej za ubiegłe lata i umieścić ją w hollu na I piętrze.
4. Zorganizować uroczystą akademię poświęconą rocznicy Rewolucji Październikowej.
5. Przeprowadzić zajęcia we wszystkich grupach szkoleniowych na temat udziału polskich komunistów w Rewolucji Październikowej.
6. Rozwinąć szeroką pracę propagandową w związku z rocznicą Rewolucji Październikowej oraz łączyć to zagadnienie z obchodami 20-lecia PRL.

Ustalony został też rozdzielnik prenumeraty czasopism dla kadry szpitala obejmujący: „Żołnierz Wolności”, „Lekarz Wojskowy”, „Przegląd Wojskowy Zagraniczny”, „Wojsko Ludowe”, „Myśl Wojskowa”, „Przegląd Wojsk Lądowych” i „Przegląd Kwatermistrzowski”. Każdy oficer-lekarz poza miesięcznikiem „Lekarz Wojskowy” i gazetą codzienną „Żołnierz Wolności” powinien prenumerować dodatkowo przynajmniej jedno z wymienionych czasopism. Szkolenia tego rodzaju tematycznie i programowo organizowane były w szpitalu zgodnie z zarządzeniami Wydziału Politycznego SOW, a ich realizacja była oceniana po szczegółowej analizie i meldunku zastępcy komendanta ds. politycznych. Według meldunku zastępcy komendanta z 1969 roku wszystkie zaplanowane zajęcia odbywały się w określonym czasie i nie zanotowano żadnych przerw w szkoleniu. Przerobiono 11 zaleconych tematów i dodatkowo dwa tematy z zakresu zagadnień światopoglądowych oraz dwa dalsze dodatkowe z historii wojska i wojskowości. Razem przestudiowano 15 tematów przeznaczając na to 36 godzin szkoleniowych. Przebieg szkolenia wskazywał na to, że wszyscy uczestnicy podchodzili poważnie i po partyjnemu do uczestnictwa i osobistego zaangażowania, a frekwencja na zajęciach sięgała 90%. Wszystkie wypadki nieobecności wynikały z pełnienia służb, wyjazdów służbowych lub choroby. Umyslnych przypadków nieobecności na szkoleniach nie stwierdzono. Przebieg szkolenia wskazywał, że odbywało się ono w partyjnej atmosferze, przy szerokiej dyskusji i zaangażowaniu uczestników. Wypadków demagogii nie stwierdzano. Szkolenie i poszczególne tematy łączono z ogólnymi obowiązkami, często nawiązywano w szkoleniu do zadań służbowych, pracy wychowawczej, kształtowaniu dyscypliny itp., dlatego też wiele imprez i przedsięwzięć wewnętrznych w szpitalu tak

służbowych, jak i kulturalno wychowawczych było organizowanych na podstawie wniosków z prowadzonej dyskusji na szkoleniach i zebraniach partyjnych. Wyrazem pozytywnego wpływu na postawy pracowników miało być m.in. podjęcie przez 100% załogi masowych czynów i zobowiązań społecznych dla uczczenia setnej rocznicy urodzin Lenina. Według meldującego wiele z tych zobowiązań miało charakter społeczny i polityczny oraz humanitarny, a wartość innych wykonanych prac społecznych oszacowano na sumę 100 tys. zł.⁸⁰

Szkolenie partyjne miało także wpływać na popularyzację czytelnictwa i wypożyczanie określonej literatury z biblioteki szpitalnej i powodowało, że kiedy w programie dominowała tematyka leninowska wiele dzieł i prac obrazujących postać Lenina czytało prawie 100% kadry i 80% pracowników cywilnych. Z okazji przygotowywania obchodów 25-lecia Szpitala organizowane były różne prace społeczne wielu grup pracowniczych. Meldowano, że w tym czasie pod kierownictwem członków i kandydatów partii wykonano na terenie szpitala wiele propagandy wizualno – pogładowej, punktów informacyjnych, dekoracji politycznych oraz szereg imprez kulturalno – oświatowych. Zespół lekarzy i sekcja polityczna zorganizowali wystawę obrazującą 25 letni dorobek szpitala. Dwa oddziały szpitalne, których ordynatorzy byli członkami partii otrzymały w tym okresie tytuł brygady pracy socjalistycznej. Dwa kolejne oddziały, w których również była znaczna liczba członków i kandydatów partii otrzymały złote odznaki brygady pracy socjalistycznej 25-lecia PRL. Według zastępcy komendanta szkolenia polityczne miały również wpływ na wyrabianie śmiałości i odwagi w podejmowaniu dyskusji oraz przedstawiania określonych wniosków i propozycji. Obserwowano zwiększoną aktywność kadry i pracowników cywilnych na szkoleniach politycznych i różnych naradach. Na spotkaniach z lektorami KW PZPR, dziennikarzami, działaczami państwowymi i partyjnymi prowadzono twórcze i pouczające dyskusje, przedstawiano różne problemy i domagano się wyjaśniania trudnych spraw. Wiele uwagi poświęcano w czasie szkoleń na kształtowanie, jak to określano zasad socjalistycznej etyki i moralności, godności osobistej człowieka, pracownika i żołnierza, przy czym często odwołując się do osobistych cech i przykładów Włodzimierza Lenina. Stąd w ramach szkolenia wychowawczego przedyskutowano z całą kadrą wybrane zagadnienia z etyki i moralności lekarskiej i z wieloma pracownikami przeprowadzono rozmowy partyjne. Problemy etyki i moralności postawiono również na spotkaniach z niektórymi grupami pracowniczymi, a szczególnie szeroko przedyskutowano je w grupach średniego personelu medycznego. Według meldującego wszystko to wpłynęło na dobrą atmosferę, polepszyło

⁸⁰ Tamże, dot. szkolenia partyjnego za rok 1969, sygn. 3141/75/10.

stosunki międzyludzkie w pracy oraz kształtowało partyjne i osobiste cechy potrzebne dla wzorowego wykonywania zadań służbowych i przykładowego zachowania się w życiu prywatnym. Zmartwieniem aparatu politycznego było to, że nie w pełni na poszczególnych oddziałach aktyw partyjny wykorzystał wpływ szkoleń na wzrost szeregów partyjnych, gdyż w tym czasie przyjęto tylko dwóch nowych kandydatów – oficera i pracownika cywilnego. Z zadowoleniem natomiast stwierdzano, że członkowie i kandydaci partii starali się w warunkach służbowych i osobistego zachowania być wzorowymi i przykładowymi oraz w poważny sposób pomogli komendzie w kształtowaniu odpowiedniej dyscypliny służbowej i społecznej. Do prowadzenia szkoleń mało wydolny i często o niskich kwalifikacjach aparat polityczny wykorzystywał kadrę szpitala, zlecając lekarzom prowadzenie zajęć daleko odbiegających od ich zasadniczych obowiązków i wymagających odpowiedniego, czasochłonnego przygotowania. Według oceny zastępcy komendanta grupa wytypowanych wykładowców z powierzonych im zadań wywiązywała się bardzo dobrze. Każdy wykładowca do przeprowadzenia zajęć przygotowywał się wszechstronnie, w oparciu o szeroką lekturę, dobór odpowiednich faktów, przykładów i materiałów poglądowych. Do grupy wyróżnionych wykładowców zaliczono lekarzy – oficerów: ppłk Skałbanie, kpt. Kretschmera, ppłk Olejniczaka, kpt. Spelaka, kpt. Wilczyńskiego i mjr Bogackiego.

Jak w całym ówczesnym systemie społeczno – politycznym opartym na fałszu i „zaklinaniu rzeczywistości” z przedstawionych meldunków przebija zakłamanie i chęć nie narażenia się kolejnym hierarchicznym przełożonym, którzy mogliby uznać jakieś działania za niezgodne z obowiązującymi zasadami określonymi przez „przewodnia siłę narodu”. Zastępca komendanta ds. politycznych przy miernym wykształceniu i braku w tamtych warunkach podjęcia jakiejkolwiek prywatnej działalności dającej środki do życia na poziomie porównywalnym do gwarantowanego na zajmowanym stanowisku tworzył meldunki według ogólnie przyjętych i wymaganych schematów, zdając sobie z pewnością sprawę ze śmieszności ich treści. Przeważająca część kadry swoje zdanie na temat programów, głoszonych haseł, obowiązujących zasad postępowania i systemu gospodarczo – politycznego wyrażała w stosunkach prywatno – towarzyskich, służbowo natomiast dawała się wciągać w ogólny nurt fałszu i zakłamania. Związane to było przede wszystkim ze służbowym hierarchicznym podporządkowaniem i uzależnieniem kariery tak wojskowej, jak i zawodowej (zezwolenia na podnoszenie kwalifikacji, prace dodatkowe, awanse, przydziały a nie normalne zakupy różnych dóbr np. mieszkań itd.) od oceny i decyzji kolejnych przełożonych działających w ramach i na zasadach tamtego systemu. Generalnie co wynika z relacji oficerów tamtego okresu i doświadczeń własnych, zwłaszcza po świeżo będących w pamięci

doświadczeniach 1956 roku i czechosłowackich 1968 roku panowały nastroje przygnębienia, rezygnacji i zasada „nie wychylać się i dotrwać do emerytury”.

Poza odpowiednimi warunkami leczenia szpital miał obowiązek prowadzić z chorymi pracę kulturalno – oświatową. W roku 1969 do tego celu służyły: 5 świetlic, 1 sala kinowa, 3 ruchome aparaty kinematograficzne (wyświetlono 76 filmów na 114 seansach), 1 radiowęzeł, 375 gniazd radiowych, 10 głośników i 129 słuchawek. Biblioteka szpitalna dostępna dla chorych i pracowników posiadała ponad 10 tys. pozycji, z czego literatury społeczno-politycznej 1314, medycznej 3747, wojskowej 1584, popularno-naukowej 1107, literatury pięknej 5950, innej 127. Realizacja zadań w tej dziedzinie należała przede wszystkim do aparatu politycznego, który jednak często wysługiwał się i tak już nadmiernie obciążonym podstawowymi obowiązkami „białym” personelem wynajdując różne wytłumaczenia dla swojej niewydolności, zlecając prowadzenie różnych szkoleń, akcji propagandowych itp.⁸¹.

6. Ćwiczenia i szkolenia

Poza opisanymi szkoleniami i ćwiczeniami odbywały się przez cały rok wojskowe szkolenia doskonalące kadry, których jako przykładowe są przeprowadzone w roku 1969⁸². Szkolenia te kończyły się egzaminami, których wyniki mogły zadecydować o awansach, nagrodach itp.

Zajęcia według ustalonego planu przygotowywali i prowadzili etatowi oficerowie szpitala poza normalnymi obowiązkami wynikającymi z ich pracy w poszczególnych oddziałach, czy pracowniach. Szkolenie obejmowało bloki tematyczne: organizacja i taktyka służby zdrowia; obrona terytorium kraju; obrona przed bronią masowego rażenia; taktyka tyłów; gotowość bojowa; armie obce; taktyka ogólna. W poszczególnych blokach tematy szkoleń obejmowały:

Organizacja i taktyka służby zdrowia

1. Ćwiczenia na mapach oraz teoria formowania i działania wojskowego pociągu sanitarnego.
2. Dowódczo – sztabowe ćwiczenia na mapach. Organizacja Bazy Szpitalnej Frontu.
3. Teoria formowania i działania Polowych Składowisk Sanitarnych armii i frontu.
4. Organizacja i zadania służby zdrowia dywizji.
5. Zadania i organizacja służby zdrowia frontu.
6. Organizacja i praca polowego szpitala chirurgicznego i dla lekko rannych.

⁸¹ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, praca kulturalno oświatowa w latach 1965 – 1974.

⁸² Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, Plan szkolenia kadry 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego, sygn. c 2/07/70/2.

7. Organizacja i zadania służby zdrowia armii.
8. Organizacja polowego szpitala wewnętrznego i zakaźnego.
9. Struktura strat sanitarnych we współczesnej wojnie.
10. Organizacja i zadania stacji krwiodawstwa w warunkach polowych.
11. Ćwiczenia dowódczo – sztabowe na mapach. Osiąganie wyższych stanów gotowości mobilizacyjnej i przegrupowanie do strefy działań operacyjnych. Zabezpieczenie medyczne wojsk operacyjnych.
12. Organizacja i zadania polowych pociągów sanitarnych.
13. Sprawdzian z przerobionego materiału.
14. Zadania i organizacja służby zdrowia w rejonie masowych strat sanitarnych.
15. Zasady organizacji zaopatrzenia medycznego do szczybla frontu.
16. Ćwiczenia dowódczo – sztabowe na mapach.
17. Organizacja przebazowania polowych zakładów leczniczych.
18. Organizacja zabezpieczenia medycznego wojsk lotniczych.
19. Zabezpieczenie medyczne działań desantowych.

Obrona terytorium kraju (OTK)

1. Struktura organizacyjna i podstawowe zadania OTK.
2. Zasady i możliwości działań specjalnych według poglądów państw obcych oraz ich zwalczanie.
3. Zasady użycia i wykorzystania sił i środków szczybla centralnego i OW.
4. Likwidacja skutków uderzenia bronią masowego rażenia w mieście i województwie.
5. Zadania służby zdrowia OTK w zakresie zabezpieczania medycznego wojsk operacyjnych.
6. Struktura organizacyjna i zadania jednostek służby zdrowia OTK
7. Sprawdzian z dotychczas przerobionego materiału.
8. Układ terytorialny OTK.
9. Rola służby zdrowia w likwidacji skutków użycia broni masowego rażenia.
10. Układ funkcjonalny OTK.

Obrona przed bronią masowego rażenia

1. Zasady ogólne obrony wojsk przed bronią masowego rażenia.
2. Obrona wojsk przed bronią masowego rażenia w czasie marszów i przewozów.
3. Obrona zakładów służby zdrowia przed bronią masowego rażenia w warunkach polowych.
4. Prognozyka skażeń, dopuszczalne normy skażeń i kontrola skażeń.

5. Egzamin ze znajomości instrukcji Sztab Gen. 389/66.
6. Zasady posługiwania się aparaturą dozymetryczną.
7. Obliczanie skażeń promieniotwórczych za pomocą tabel. Zasady obliczania skutków uderzeń środkami zapalającymi.

Taktyka tyłów

1. Zasady organizacji tyłów taktycznych.
2. Obrona i ochrona tyłów taktycznych.
3. Zabezpieczenie tyłowe marszów i przewozów wojsk.
4. Zabezpieczenie tyłowe wojsk w natarciu.
5. Zabezpieczenie tyłowe. Pokaz sprzętu kwatermistrzowskiego.
6. zagadnienia związane z organizacją i pracą oraz planami żywienia w warunkach polowych i garnizonowych.
7. Doskonalenie form kierowania podległymi jednostkami.
8. Organizacja i planowanie przygotowywania posiłków dietetycznych.

Taktyka ogólna

1. Znaki taktyczne. Posługiwanie się radiostacją R 118.
2. Natarcie – jego istota i organizacja /pułk – dywizja/.
3. Obrona - istota i organizacja /pułk – dywizja/.
4. Zasady wykonywania marszu ubezpieczonego.
5. Pokaz sprzętu bojowego i uzbrojenia.
6. Trening na mapach. Nanoszenie sytuacji i czytanie mapy.
7. Charakterystyka działań bojowych w warunkach szczególnych.
8. Działanie wojsk desantowych.

Gotowość bojowa

1. Zasady osiągania wyższych stanów gotowości bojowej oraz zasady jej sprawdzania.
2. Uzupełnianie strat sił zbrojnych w czasie wojny.
3. Postępowanie z dokumentacją mobilizacyjną.

Armie obce

1. Struktura organizacyjna dywizji pancernej i zmechanizowanej NRF.
2. Struktura organizacyjna dywizji pancernej i zmechanizowanej USA.
3. Zabezpieczenie medyczne wojsk USA w Wietnamie.
4. Sprawdzian z przerobionego materiału.

Poza w/w szkoleniami doskonalącymi odbywały się szkolenia bieżące oficerów i chorążych obejmujące w ciągu 16 godzin miesięcznie takie zagadnienia jak: szkolenia doskonalące

specjalistyczne organizacje i taktyki służby zdrowia; informację polityczną; wybrane zagadnienia praktyczne z obrony przed bronią masowego rażenia; treningi strzeleckie; zajęcia w.f.; i szkolenia fachowe – zebrania koła naukowego lekarzy (trzy godziny miesięcznie).

Szkolenia doskonalące kadry obejmowały ponad 140 godzin zajęć w roku 1969, a ich prowadzenie obciążało głównie oficerów – lekarzy i kwatermistrzostwa szpitala, z których np. ppłk Strzyżowski miał 16 godzin zajęć, ppłk Olejniczak 16 godzin, ppłk Degórski 16 godzin, kpt. Płytnik 14 godzin, a kwatermistrz szpitala mjr Mydlarz 44 godziny w tym większość w ramach szkolenia podoficerów.

Szkolenia kończyły się egzaminami kadry, których wyniki rzutowały na ogólną ocenę pracy szpitala dokonywaną okresowo przez przełożonych służbowych. Przykładowo przedmiotami egzaminacyjnymi były⁸³: polityczny, taktyka ogólna, tajne dowodzenie, biurokracja wojskowa, regulaminy, znajomość broni, taktyka tyłów, terenoznawstwo, strzelanie, organizacja i taktyka służby zdrowia, obrona przed bronią masowego rażenia, w-f. Zachowały się dane o wynikach uzyskanych w roku 1970 przez kadrę pracowni fizykoterapii, gabinetu rtg, laboratorium, izby przyjęć i stażystów. Dobre i bardzo dobre rezultaty osiągnęto w szkoleniu politycznym, organizacji i taktyce służby zdrowia, regulaminach i obronie przed bronią masowego rażenia, poza stażystami, którzy o dziwo będąc bezpośrednio po studiach i zdanych egzaminach państwowych z tego zakresu osiągnęli mierne wyniki. Najslabiej przedstawiał się stan wyszkolenia strzeleckiego i w zakresie taktyki ogólnej, gdzie również o dziwo młodzi oficerowie – stażyści otrzymywali oceny zaledwie dostateczne.

7. Poliklinika szpitalna

Od początku lat sześćdziesiątych coraz większego znaczenia nabierała praca polikliniki szpitalnej wobec rosnącej liczby żołnierzy, ich rodzin i pracowników cywilnych jednostek wojskowych rejonu objętego opieką szpitala. Podstawową opiekę lekarską świadczyli lekarze poszczególnych jednostek, natomiast w szpitalu pacjenci otrzymywali pomoc specjalistyczną.

W tym czasie w skład polikliniki wchodziły⁸⁴:

1. przychodnie specjalistyczne organizowane siłami oddziałów – 7
2. przychodnie zabezpieczające równocześnie poliklinikę i szpital – 2
3. gabinety badań i zabiegów dodatkowych – 4

⁸³ Tamże...

⁸⁴ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, 111 Szpital Wojskowy, *Analiza pracy polikliniki i apteki*, sygn. 3857/77/2.

4. punkt krwiodawstwa – 1
5. nieetatowy gabinet lekarza zakładowego – 1

W przychodniach specjalistycznych pracowali, zmieniając się rotacyjnie lekarze oddziałów szpitalnych z jedną pielęgniarką, za wyjątkiem chirurgicznej, gdzie pracowały 2 pielęgniarki. W poliklinice czynne były ambulatoria: chorób wewnętrznych, chirurgiczne, neurologiczne, dermatologiczne, laryngologiczne, okulistyczne i ginekologiczne. Poliklinikę i szpital zabezpieczały 3 przychodnie: stomatologiczna zatrudniająca 6 lekarzy, 4 pielęgniarki, 5 techników, 2 sanitariuszki; ruchomy ambulans w składzie 20 osób, w tym 1 lekarz, 1 pielęgniarka, 1 kierowca organizujący nieetatowy 15 łóżkowy oddział szpitalny i gabinet szpitalny uruchamiane doraźnie w razie potrzeby. W gabinecie pediatrycznym zatrudnionych było 2 lekarzy, 5 pielęgniarek (2 dla opieki domowej), 2 sanitariuszki. W roku 1967 zlikwidowany został oddział noworodków. Gabinetami badań i zabiegów dodatkowych były: gabinet rtg. zatrudniający 3 lekarzy, 4 techników i laborantów rtg., 2 sanitariuszki i 1 referenta administracyjnego. W dwóch gabinetach szpitalnych było 6 stanowisk pracy i w poliklinicznych 2 dla fachowego personelu; gabinet fizykoterapii w składzie – 1 lekarz, 1 mgr wychowania fizycznego, 3 pielęgniarki, 1 masażysta, 2 sanitariuszki, wykonujący zabiegi dla szpitala i polikliniki; pracownia kliniczna, w której pracowało 2 lekarzy, 1 chemik, 1 biolog, 10 laborantów, 4 sanitariuszki, 2 referentów administracyjnych obsługujących szpital i poliklinikę; gabinet ekg z 1 lekarzem z oddziału wewnętrznego, pracującym nieetatowo i 1 laborantem obsługującymi szpital i poliklinikę. W punkcie krwiodawstwa pracował 1 lekarz, 2 pielęgniarki, 2 laborantów, 1 sanitariuszka i 1 rejestratorka. W gabinecie lekarza zakładowego nieetatowo pracował 1 lekarz 3 godziny dziennie i 1 pielęgniarka 4 godziny dziennie z oddziałów wewnętrznych. W przychodniach specjalistycznych przyjęto pacjentów: w roku 1964 - 29674, w 1965 – 29303, w 1966- 30249.

Szczególną troską komendy szpitala było tym czasie zapewnienie odpowiednich warunków dla funkcjonowania gabinetów obsługujących zarówno poliklinikę, jak i szpital. Gabinet stomatologiczny składał się z pięciu gabinetów: zachowawczego, chirurgicznego, protetycznego, ortodontycznego i szpitalnego oraz nieetatowego oddziału stomatologicznego przy oddziale laryngologicznym na 15 łózek, gdzie średnio hospitalizowano od 30 do 60 chorych rocznie, wymagających stomatologicznych zabiegów operacyjnych. Lekarz prowadzący chorych pracował 4 godzinny dziennie w oddziale i 3 godziny w gabinecie szpitalnym przyjmując chorych leczonych w innych oddziałach. Zabiegi operacyjne były wykonywane wspólnie z kierownikiem gabinetu. W związku z ograniczonymi możliwościami pracy techników był długi czas oczekiwania na protezowanie stomatologiczne – 7 miesięcy

kadra i 15 miesięcy rodziny oraz na usługi ortodontyczne – około pół roku. W roku 1966 wykonano 354 mostki, 209 ruchomych protez, 267 napraw i 191 aparatów ortodontycznych. W latach sześćdziesiątych wykonywano rocznie około 100 protez ponad określoną przez Ministerstwo Zdrowia dla technika normę. W przeciwieństwie do zakładów cywilnych pracownicy szpitala nie otrzymywali za to dodatkowego wynagrodzenia. Trudności w szybkim wykonywaniu protez i aparatów ortodontycznych powstały z chwilą przeniesienia do Poznania Dowództwa Wojsk Lotniczych z jego liczną kadrą i rodzinami. Dlatego komenda szpitala proponowała utworzenie pracowni protetycznej przy przychodni stomatologicznej DWL, która zabezpieczałaby wszystkie ich potrzeby realizowane w szpitalu (z biegiem czasu pracownia taka podjęła pracę).

Gabinet rtg. składał się z gabinetów szpitalnego i poliklinicznego. Pomieszczenia obu gabinetów umiejscowione były w przeciwnych skrzydłach budynku, lekarze radiolodzy pracowali 30 godzin tygodniowo i mieli 45 dni urlopu, a technicy 30 dni urlopu przy 30 godzinnym tygodniu pracy. W gabinecie polikliniki ze względu na szczupłość pomieszczeń jeden aparat wykorzystywano do wykonywania zdjęć i prześwietleń, co obniżało wydajność pracy i często zmuszało do robienia zdjęć w gabinecie szpitalnym.

Gabinet fizykoterapii posiadał oddziały: światłolecznictwa z elektroterapią, wodolecznictwa oraz rehabilitacji prowadzony przez mgr wychowanie fizycznego. Odczuwalny był brak sali gimnastycznej koniecznej dla prawidłowo prowadzonego usprawniania zarówno pacjentów oddziałów szpitalnych jak i poliklinicznych. W gabinecie ekg pracował 1 laborant, a odczyty i opisy badań wykonywali nieetatowo lekarze z oddziałów chorób wewnętrznych.

Pracownia kliniczna posiadała 19 pomieszczeń, pracowało w niej 20 osób na tych samych stanowiskach pracy dla szpitala i polikliniki, wykonując ponad 350 analiz dziennie, których wyniki wydawała rejestracja na odpowiednich formularzach. Stanowiło to duże obciążenie dla jednego pracownika rejestracji, gdyż drugi referent poświęcał cały czas pracy na prowadzenie zaopatrzenia w materiał jednorazowego użytku i gospodarkę magazynową. Pracownia była na własnym rozrachunku materiałowym i samodzielnie zaopatrywała się w przedsiębiorstwach cywilnych. Pracownia posiadała następujące stanowiska pracy:

- pracownia chemiczna ogólna (mocze, sondy, kały itp.) - 2 stanowiska
- pracownia hematologiczna z pobieralnią krwi - 3 stanowiska
- pracownia bakteriologiczno – serologiczna - 2 stanowiska
- pracownia enzymatyczna - 1 stanowisko
- pracownia chromatograficzna - 1 stanowisko

- pracownia biochemiczna ogólna - 2 stanowiska

W związku z brakiem wystarczającej liczby etatów oraz trudnościami finansowymi szpitala w godzinach nocnych badania wykonywał w razie potrzeby pracownik dyżurujący przy telefonie i dowożony na miejsce pracy przez dyżurny samochód sanitarny. Z biegiem czasu ten anachronizm w warunkach nowoczesnego leczenia i diagnostyki został usunięty i dyżurni laboranci dyżurowali w szpitalu, będąc w stałej gotowości do pracy.

Z biegiem lat powstawały nowe potrzeby w dziedzinie profilaktyki i leczenia, dlatego m.in. w celu podniesienia poziomu pracy przychodni chorób wewnętrznych konieczne stało się wydzielenie gabinetów specjalistycznych – kardiologicznego, reumatologicznego oraz chorób przewodu pokarmowego⁸⁵. W związku z tym, że stale wzrastała liczba przyjęć ambulatoryjnych, tak że praktycznie prawie zawsze w przychodni chorób wewnętrznych pracowało dwóch lekarzy internistów, komenda szpitala zwracała się z wnioskiem do Szefa Służby Zdrowia OW o dodanie etatu dwóch lekarzy cywilnych. Podobnie obsada gabinetu pediatrycznego nie mogła sprostać potrzebom garnizonu, zwłaszcza przy konieczności zorganizowania popołudniowych dyżurów i uruchomienia poradni alergologicznej, co powodowało prośbę o kolejny etat – pediatry, pracownika cywilnego. Była nawet propozycja, niestety niezrealizowana stworzenia etatowej polikliniki, gdyż aktualna angażowała 1/3 sił i środków szpitala. Specyfika jednostek Garnizonu Poznań powodowała, że ich służba zdrowia była często angażowana do zadań specjalnych, stąd szpital musiał zabezpieczać potrzeby lecznicze tych jednostek. Służba zdrowia DWL pracowała na zasadzie okręgu wojskowego, dwie szkoły oficerskie miały napięte zadania szkoleniowe oraz częste zajęcia w terenie. Jednostka obrony przeciwlotniczej (JW 2569) była rozśrodkowana i mimo posiadania mocnej obsady lekarskiej praktycznie nie była w stanie świadczyć na rzecz garnizonu a studia wojskowe ze względów szkoleniowych centralnie były zwalniane z takich świadczeń. W tej sytuacji pomimo wysiłków komendy szpitala dyżury lekarzy garnizonu (pogotowia garnizonowego) pełnione były w sposób nieregulaminowy. Pomimo, że do obowiązków szpitala nie należało zabezpieczenie potrzeb pogotowia garnizonowego, to w praktyce trzeba było doraźnie kierować na dyżury garnizonowe lekarzy i stażystów szpitalnych. Prośby komendanta o stworzenie etatowego pogotowia garnizonowego przez dodanie czterech lekarzy do etatu polikliniki nie doczekały się pozytywnego załatwienia. Dotkliwy dla pacjentów wymagających leczenia stomatologicznego był brak techników dentystycznych – była nawet propozycja powoływania techników dentystycznych

⁸⁵ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, 111 Szpital Wojskowy, Analiza pracy polikliniki i apteki, sygn. 3857/77/2

do dwuletniej służby okresowej. Szpital mimo zatrudniania dostatecznej ilości lekarzy stomatologów – protetyków mogących zabezpieczyć potrzeby garnizonu nie mógł sprostać zadaniom protetycznym z powodu braku techników dentystycznych. W późniejszym okresie sytuacja uległa poprawie po zatrudnieniu pracownika cywilnego, bez konieczności uciekania się do powoływania do służby okresowej.

Ważnym zagadnieniem była w tym czasie sprawa współpracy szpitala z lekarzami jednostek wojskowych. Lekarze specjaliści szpitala przeprowadzali dwa razy w roku konsultacje leczenia w jednostkach wojskowych. Obowiązywała zasada, że co roku poszczególne jednostki były konsultowane przez różnych specjalistów, doświadczonych lekarzy zaznajomionych z pracą służby zdrowia jednostki wojskowej. Wiele jednostek było znacznie oddalonych od Poznania, co powodowało często dwudniową nieobecność lekarzy szpitala w podstawowym miejscu pracy. Konsultacje prowadzone były zgodnie z wytycznymi szefa służby zdrowia SOW, w ich trakcie wymieniano poglądy na temat ważnych zagadnień dotyczących współpracy szpitala z jednostkami. Lekarze jednostek uczęszczali raz w miesiącu na posiedzenia koła naukowego lekarzy przy 111 Szpitalu Wojskowym. W tematyce posiedzeń koła naukowego starano się uwzględniać obok referatów i pokazów klinicznych także zagadnienia szczególnie ważne dla wojskowej służby zdrowia i tak np. w roku 1966 omówione zostały między innymi takie tematy: wybrane zagadnienia chirurgiczne mające zastosowanie w pracy lekarza jednostki wojskowej; gazy o działaniu drgawkowym i psychoplegicznym; leczenie niewydolności oddechowej w przebiegu ostrego zatrucia alkoholem; praca starszego lekarza pułku lotniczego; zagadnienia medyczne transportu lotniczego; występowanie radionuklidów w produktach żywnościowych. W części administracyjnej zebrań omawiane były sprawy pracy w jednostce i w szpitalu w celu doskonalenia współpracy. W roku 1965 utworzono sekcję stomatologiczną, której zadaniem poza działalnością specjalistyczną – naukową było także organizowanie współpracy z lekarzami stomatologami z jednostek. Według oceny komendanta efektem współpracy lekarzy szpitala z lekarzami jednostek wojskowych były lepsze wyniki uzyskiwane w lecnictwie, podnoszenie kwalifikacji lekarzy jednostek i systematyczne eliminowanie niedociągnięć w pracy zarówno specjalistów szpitala jak i lekarzy jednostek.

Każda instytucja funkcjonująca w czasach realnego socjalizmu, w tym i szpital musiała wykazywać się osiągnięciami w pracy wynikającymi m.in. ze współzawodnictwa pracy dla rozwoju socjalistycznej ojczyzny. Dokonywano okresowej analizy efektów takiego

współzawodnictwa i meldowano o osiągnięciach. Przeważająca część pracowników traktowała tego rodzaju akcje jako bezsensowne zło konieczne, jednak sprawozdawcy musieli z całą powagą traktować śmiech wzbudzające zwłaszcza z dzisiejszego punktu widzenia działania i sprawozdania z ich realizacji. Dla przykładu w roku 1966 komendant meldował położonym w SOW o efektach współzawodnictwa wewnątrzzakładowego⁸⁶. Według tego meldunku współzawodnictwo wewnątrzzakładowe prowadzone było w 111 Wojskowym Szpitalu Rejonowym od wielu lat. W skład komisji współzawodnictwa wchodził przedstawiciel wszystkich organizacji społecznych zrzeszających pracowników szpitala. W 1966 roku współzawodnictwem objęto 8 oddziałów szpitalnych i zgodnie z regulaminem oceniano ich pracę w następujących działach: praca lekarska; praca społeczno – polityczna i kulturalno – oświatowa; praca pielęgniarska; dział gospodarczy; dyscyplina pracy. Efekty owego współzawodnictwa oceniono następująco:

1. Znaczne podniesienie poziomu pracy społeczno – politycznej i kulturalno – oświatowej na wszystkich oddziałach.
2. Wzrosła frekwencja pracowników cywilnych na szkoleniach oraz udział w czynach społecznych. Podniósł się poziom i styl prowadzonych gawęd z chorymi oraz ich ewidencja, wzrosła częstotliwość i opracowanie gazetek ściennych, ich estetyka i aktualność. Bardziej celowo wykorzystywano sprzęt radiowo telewizyjny.
3. Znaczne podniesienie poziomu troski o chorego w sensie dokumentacyjnym i leczniczym – opracowanie chorych na większości oddziałów zgodnie z opinią specjalistów okręgowych było wzorowe.
4. Wzrósł poziom szkolenia fachowego i pracy naukowej oraz oświaty sanitarnej / sprzedaż broszur i efektowne tablice propagandowe na wielu oddziałach/.
5. W dziale pracy pielęgniarskiej również nastąpiła bardzo wyraźna poprawa jeśli chodzi o opiekę nad chorymi, bardzo skrupulatnie były wykonywane wszystkie zlecenia i zabiegi. Żywnienie chorych /poza trudnościami dystrybucyjnymi/ oraz stan sanitarny chorych praktycznie bez usterek. Pielęgniarki zawsze dobrze zorientowane w aktualnym stanie zdrowia ciężko chorych.
6. Nastąpiła poprawa na odcinku szkolenia wewnątrzszpitalnego pielęgniarek, znajomości bhp i instrukcji TOPL.
7. Pod względem gospodarczym znacznie poprawił się wygląd ogólny oddziałów, czystość sal chorych i innych pomieszczeń, wybitnie poprawił się stan sanitarny kuchni, wzrosły bezpieczeństwo i higiena pracy oraz stopień zabezpieczenia aparatów.

⁸⁶ Tamże.

8. Na szczególną uwagę zasługiwał fakt, że szpital pracował praktycznie bez szkód i strat.
9. Dyscyplina pracy znacznie się podniosła, co znajdowało wyraz w małej ilości upomnień, przy dużej ilości wyróżnień i nagród dla pracowników.

Według składającego meldunek należało podkreślić, że współzawodnictwo zmobilizowało personel szpitala do polepszenia swej pracy i stałego podnoszenia kwalifikacji. Wzrosło u wszystkich pracowników poczucie odpowiedzialności za swój odcinek pracy.

Każda jednostka musiała też wykazać się znaczącymi osiągnięciami w pracy, o których należało odpowiednio informować władze zwierzchnie. Rzeczy, które wydają się oczywiste często przedstawiane były jako nadzwyczajne osiągnięcia z braku pomysłów na konieczne (aby nie narazić się na zarzut braku czujności politycznej) pokazywanie kolejnych osiągnięć, poprawy, udoskonalania itd. Zmuszano dla udowodnienia poprawności politycznej do działań absurdałnych typu konkursy propagandowych gazetek ściennych, prowadzenie „gawęd”, organizowania imprez „ku czci” itp., przy udawaniu powagi i zaangażowania w zakłamaną rzeczywistość. Z doświadczeń własnych znane są przetrzymywanie w izbach chorych, czy szpitalach np. uzdolnionych plastycznie „chorych” żołnierzy w celu tworzenia różnych „dzieł” wymaganych przez aparat polityczny w danej sytuacji i wymaganych dla wykazania właściwej aktywności. W roku 1969 komendant meldował⁸⁷, że do osiągnięć 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego w ostatnich latach należało:

1. Otrzymanie dyplomu za przodownictwo wśród szpitali wojskowych SOW za wyszkolenie polityczne i bojowe w roku 1966.
2. Otrzymanie dyplomu za pierwsze miejsce w szkoleniu bojowym i politycznym wśród oddziałów kwatermistrzowskich SOW w 1966 r.
3. Otrzymanie przez szpital odznaki 1000-lecia w 1966 r.
4. Nagroda przechodnia dowódcy SOW dla najlepszej jednostki kwatermistrzowskiej za osiągnięcia w wyszkoleniu politycznym i bojowym w 1967 r.
5. Straty i szkody w 1966 r. wynosiły 2059,60 zł., w 1967 r. natomiast tylko 1169 zł.
6. Masowy udział kadry i personelu szpitala w „białych niedzielach” w ramach łączności wojska ze wsią.
7. Posiadanie w swoim składzie najlepszego koła Związku Młodzieży Socjalistycznej wśród szpitali i sanatoriów SOW.
8. Unowocześnienie w ostatnich latach sali operacyjnej oddziału chirurgicznego.
9. Zakończenie wyposażania apteki w nowoczesny sprzęt kwaterunkowy.
10. Urządzenie klimatyzacji i wentylacji sali kinowej.

⁸⁷ Tamże...

11. Uzyskanie akceptacji na uruchomienie oddziału urazowego.
 12. Zorganizowanie poradni zdrowia psychicznego.
 13. Uruchomienie i przerobienie 4 wind w szpitalu.
 14. Uzyskanie przez 6 oficerów stopnia doktora medycyny.
 15. Wykonanie i ogłoszenie 39 prac naukowych.
 16. W wyniku zastosowania średnio napięciowej jonoforezy aminokwasów i peptydów opracowanej przez mjr Wrońskiego zaoszczędzono w ostatnich 3 latach 600 tys. zł. – metoda ta została opatentowana w wielu krajach Europy.
 17. W aptecce szpitala od wielu lat prowadzono szczegółowe obliczenia kosztów związanych z użyciem leków i materiału sanitarnego. Niezależnie od tego komendant szpitala powołał komisje specjalistów do opracowania najbardziej skutecznych w leczeniu przepisów recepturowych. Zarówno obliczanie jak i do pewnego stopnia ujednolicenie prac recepturowych dało z jednej strony możliwość rozeznania w wydatkach, a z drugiej możliwość dokonania oszczędności wynoszących około 100 tys. zł. rocznie. Koszt leczenia szpitalnego w 1967 r. wyniósł 2,44 mln. zł. z czego 1,95 mln. zł. kosztowało leczenie uprawnionych do lecznictwa wojskowego, pozostałą część stanowiły koszty leczenia osób cywilnych. Koszty związane ze zużyciem leków w 1967 r. wynosiły 788 tys. zł. dla kadry, 181 tys. dla szeregowców i 1,873 mln. zł. dla uprawnionych do lecznictwa wojskowego.
- Kolejność wymienianych osiągnięć pokazuje ówczesną hierarchię ważności wykonywanych przez szpital zadań i właściwą czujność polityczną komendanta, który dopiero od ósmego punktu zaczyna traktować o zasadniczych zadaniach jednostki, po wykazaniu wcześniej takich „osiągnięć” jak np. posiadanie najlepszego koła Związku Młodzieży Socjalistycznej.
- Szpital jako jednostka kwatermistrzowska SOW podlegał okresowym kontrolom komisji kwatermistrzostwa oceniającej różne aspekty jego działalności. Ostatnią w dekadzie przeprowadzono w roku 1969 pod przewodnictwem płk lek. Kamieńskiego, ówczesnego szefa służby zdrowia SOW. Komisja dokonała kontroli całokształtu działalności 111 WSR uwzględniając zagadnienia wchodzące w zakres współzawodnictwa między szpitalami. Kontrolą objęto oddziały lecznicze, gabinet i pracownie oraz służby: żywnościową, mundurową, materiałów pędnych i smarów i kwaterunkowo – budowlaną⁸⁸. Rzeczą normalną w warunkach tego okresu było, że na pierwszym miejscu, przed oddziałami szpitalnymi dokonywano oceny pracy partyjno – politycznej jako najistotniejszego elementu funkcjonowania każdej jednostki wojskowej LWP. Uznano, że ukierunkowanie pracy

⁸⁸ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, 111 Szpital Wojskowy, Protokół z kontroli 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego w Poznaniu, sygn. 2780/74/5.

partyjno – politycznej i rozwoju przodownictwa oraz współzawodnictwa w 111 Wojskowym Szpitalu Rejonowym było właściwe. Według oceniającego kierownictwo szpitala, aparat polityczny, organizacje partyjne i młodzieżowe wiele uwagi poświęcają problemom umacniania dyscypliny, kształtowaniu stosunków międzyludzkich oraz wychowaniu politycznemu i kształtowaniu materialistycznego światopoglądu wśród stanu osobowego szpitala. Sprawilo to, że w szpitalu od 1 stycznia do 10 czerwca 1969 roku nie zanotowano żadnego wypadku nadzwyczajnego oraz poważniejszego wykroczenia dyscyplinarnego. W stosunku do kadry zawodowej i żołnierzy służby zasadniczej nie nałożono żadnej kary dyscyplinarnej. Gorzej przedstawiał się problem dyscypliny pracy wśród pracowników cywilnych, ponieważ w pierwszym półroczu 1969 roku miało miejsce około 30 wypadków poważniejszych naruszeń dyscypliny pracy. Oceniono, że stan ten był wyrazem zaniedbania ze strony rady zakładowej w prowadzeniu pracy wychowawczej wśród pracowników cywilnych. Kierownictwo szpitala zmuszone było do stosowania najostrzejszych środków do zwolnień dyscyplinarnych włącznie, co ze względu na szczupłość obsady personelu, szczególnie wśród średniego odbijało się niekorzystnie na wykonywaniu prac związanych z zabezpieczeniem właściwej opieki chorym. Trudności w utrzymaniu właściwego stanu dyscypliny pracy w warunkach „ socjalistycznej gospodarki planowej” dotyczyły w tym okresie prawie wszystkich zakładów pracy. Przerosty etatów, rynek producenta i usługodawcy, egalitarne spłaszczenie zarobków przy braku możliwości działania konkurencyjnych firm prywatnych w dziedzinie usług i produkcji powodowały brak poszanowania miejsc pracy, której według obowiązującej doktryny musiało starczyć dla wszystkich. Od kadry zawodowej można było więcej wymagać, dysponując wieloma środkami dyscyplinującymi i możliwościami wymuszania stosownych zachowań, natomiast pracownicy cywilni, zwłaszcza tzw. „fachowcy” – pracownicy techniczni i usługowi mający możliwości pracy poza zakładami wojskowymi, gdzie wymagania odnośnie jakości pracy były mniejsze, a możliwości najczęściej nie do końca legalnego „dorobienia” do pensji znacznie większe mieli często nie do przewyciężenia lekceważące podejście do swoich obowiązków. Zespół kontrolujący stwierdził dalej, że realizacja programu szkolenia politycznego i partyjnego prowadzona była na bieżąco, zgodnie z wytycznymi Szefa Głównego Zarządu Politycznego Wojska Polskiego (GZPWP). Frekwencja na zajęciach we wszystkich grupach szkolenia politycznego była dobra, najslabsza w grupie żołnierzy służby zasadniczej. Dobrze oceniono działalność kulturalno – oświatową, przede wszystkim wśród chorych, co miało dodatnio wpływać na ich samopoczucie i pomagać łatwiej znieść pobyt w szpitalu. W wyniku rozwinięcia pracy partyjno politycznej wytworzona została w ocenie

kontrolujących właściwa atmosfera wśród stanu osobowego szpitala w dążeniu do uzyskania jak najlepszego wyniku we współzawodnictwie między szpitalami SOW. W dalszej kolejności dokonano przeglądu i oceny pracy poszczególnych oddziałów szpitalnych. W oddziale chirurgicznym nastąpił w 1969 r. podział na oddział chirurgii ogólnej i urazowo – ortopedycznej. W oddziale chirurgii ogólnej pozostał blok operacyjny wspólny dla trzech dużych oddziałów. Duża awaryjność zespołu sterylizacji w bloku operacyjnym powodowała konieczność utrzymywania w stałej gotowości pozostałych autoklawów szpitala. Dokumentacja i opieka lekarska nie budziły zastrzeżeń. Systematycznie odbywało się doszkalanie lekarzy i pielęgniarek. Poza dużymi operacjami szczególnie z zakresu chirurgii jamy brzusznej i urologicznymi przeważały przypadki leczenia przepuklin, zapaleń wyrostka robaczkowego, żylaków i tarczycy. W oddziale chirurgii urazowej wykonywano wiele zabiegów u pacjentów po przebytych różnego rodzaju urazach. Zaczęto stosować wszczepienia wiórów kostnych po usunięciu martwaków w przebiegu przewlekłych zapaleń kości. Oddział otrzymał w darze od Zakładów Naprawczych Taboru Kolejowego łóżko obrotowe do leczenia porażeń kończyn w przypadkach urazów kręgosłupa. Przy oddziale zorganizowano salę gimnastyczną dla usprawniania chorych. Rozwinięcie pracy w pełnym zakresie było utrudnione z powodu szczupłości etatowej obsady lekarskiej i pielęgniarskiej. Obydwa oddziały chirurgiczne pełniły raz w miesiącu dyżury dla ludności cywilnej, przyjmując wtedy do leczenia przeciętnie około 30 chorych. Wspólnie dla oddziałów było prowadzone ambulatorium przyjmujące do 100 pacjentów dziennie. Oddział ginekologiczny pracował w nowych, odpowiednio dostosowanych pomieszczeniach. W pierwszym półroczu 1969 r. wykonano w nim ponad 100 dużych zabiegów. Systematycznie prowadzone były szkolenia lekarzy i pielęgniarek, a opieka nad pacjentkami nie budziła zastrzeżeń. Zorganizowano akcje krwiodawstwa rodzinnego, uzyskując w półroczu ponad 9 litrów krwi. Ambulatorium ginekologiczne ulokowane było w dobrze rozplanowanych i urządzonych pomieszczeniach, gdzie przeciętnie przyjmowano ok. 30 pacjentek w ciągu dnia. Wykonywane tu były także badania cytologiczne i drobne zabiegi. W ambulatorium prowadzony był punkt sprzedaży środków antykoncepcyjnych. Zauważono, że w prowadzonej akcji sanitarno – oświatowej brak było właściwego współdziałania ginekologów z pediatrami w prowadzeniu szkoły matek i opieki nad noworodkami. Dobrze została oceniona praca oddziałów chorób wewnętrznych, w których opieka lekarska i pielęgniarska była na wysokim poziomie, a stan sanitarno – higieniczny oraz bhp były bez zarzutu. Należycie rozwijało się podnoszenie kwalifikacji lekarzy – kpt. Jerzy Durkalec w trakcie pracy habilitacyjnej na temat „Wpływ bodźców fizycznych na układ krążenia”, a kpt. Ryszard

Kretschmer doktorskiej „Wpływ bodźców fizycznych na gospodarkę wodno-elektrolitową ustroju”, trzech lekarzy wojskowych było w trakcie specjalizacji. Lekarze oddziałów brali czynny udział w pracach koła naukowego lekarzy i prowadzili szkolenia zawodowe pielęgniarek. Ordynatorzy oddziałów nadzorowali pracę ambulatorium, którego organizacja przyjęć, estetyka urządzenia oraz stan sanitarno-higieniczny nie budziły zastrzeżeń. Również praca oddziału laryngologicznego spotkała się z uznaniem kontrolujących. Diagnostyka i leczenie hospitalizowanych pacjentów były prawidłowe, dokumentacja prowadzona w sposób właściwy, a szkolenia prowadzone systematycznie. W półroczu wykonano 206 zabiegów operacyjnych, w tym 20% dużych. Zespół lekarski udoskonalał metody badań, wprowadzono do użytku aparaty do badania węchu i smaku. Dobry był stan sanitarno-higieniczny oddziału. Duży ruch panował w ambulatorium laryngologicznym, gdzie w ciągu 6 miesięcy przyjęto ponad 2800 pacjentów. W oddziale okulistycznym zgodnie z etatem pracowało dwóch lekarzy. Leczenie było prawidłowe, z zastosowaniem najnowszych osiągnięć wiedzy w dziedzinie okulistyki. Dobre były pielęgnacja i troska o warunki bytowe chorych. Bardzo obciążone pracą było ambulatorium okulistyczne, w którym przyjmowano dziennie około 50 pacjentów, z czego znaczną część stanowili badani dla potrzeb komisji lekarskiej. Czterdziestołożkowy oddział dermatologiczny miał pełną trzyosobową obsadę etatową lekarzy o wysokich kwalifikacjach – wszyscy posiadali II stopień specjalizacji, ordynator stopień naukowy dr med., a ppłk Roman Kościński przygotowywał się do obrony pracy doktorskiej na temat „Czynniki patogenetyczne robaczyc przewodu pokarmowego i chorób skóry”. W dalszym ciągu problem stanowiły choroby weneryczne – kilkanaście przypadków rzeżączki i kilka kiły rocznie, mimo licznych akcji uświadamiających i profilaktycznych prowadzonych zarówno przez wojskową jak i cywilną służbę zdrowia. Oceniano, że poziom leczenia w oddziale był wysoki, stosowana terapia uwzględniała najnowsze osiągnięcia stosowane w leczeniu dermatologicznym. Część polikliniczna składała się z trzech pomieszczeń – gabinetu lekarskiego, pokoju zabiegowego i poczekalni. Pomieszczenia utrzymane były czysto, urządzone estetycznie. Zgłaszane były trudności w dostarczeniu odpowiedniej ilości materiałów sanitarno oświatowych o tematyce związanej z profilaktyką chorób wenerycznych. Średnio dziennie w ambulatorium przyjmowano około 50 pacjentów. Bardzo dobrze oceniony został oddział obserwacyjny (zakaźny), w którym pracowało dwóch lekarzy – ordynator ppłk Jerzy Stalewski i pracownik cywilny Elżbieta Pietrzak. Wśród pacjentów przeważali chorzy na żółtaczkę zakaźną. Pod względem opieki pielęgniarskiej, żywienia i dokumentacji pielęgniarskiej uznano, że oddział pracował bardzo dobrze. Wysoką ocenę uzyskał także oddział neurologiczny o obsadzie etatowej trzech lekarzy neurologów / w

tym jeden cywilny/, jednego lekarza psychiatry, jednego mgr psychologii /etat cywilny/ i ośmiu pielęgniarek. W leczeniu przeważały schorzenia obwodowego układu nerwowego, zaburzenia naczyń mózgowych, zespoły otępienie i różnego rodzaju nerwice. Uznano, że wszystkie przypadki opracowane zostały należycie, wykonywane badania dodatkowe były celowe, leczenie prowadzone bez zastrzeżeń, a dokumentacja lekarska wyczerpująco przedstawiała proces i wyniki leczenia. Chorzy byli w oddziale otaczani należyłą opieką, zabiegi pielęgniarskie wykonywane właściwie, dokumentacja prowadzona dobrze. Regularnie odbywało się doszkalanie fachowe personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Oddział utrzymany był czysto, organizacja pracy dobra, trwały przygotowania personelu do obsługi przyjmowanego aparatu eeg. Właściwie rozplanowany czas pracy psychologa i psychiatry umożliwiał właściwe prowadzenie coraz bardziej docenianej w warunkach służby wojskowej poradni zdrowia psychicznego.

W szpitalu ważną rolę odgrywała służba żywnościowa, która także podlegała okresowej kontroli. Według oceny w roku 1969⁸⁹ personel służby żywnościowej wykonywał swoje obowiązki zgodnie z opracowanym zakresem czynności. Zadawalająca była znajomość obowiązujących instrukcji, przepisów, rozkazów i zarządzeń. W zakresie planowania i realizacji zabezpieczenia szpitala w żywność, sprzęt i kredyty budżetowe nie stwierdzono niedociągnięć. Sprzęt zamawiany i przydzielany był zgodnie z obowiązującymi tabelami należności. Organizacja żywienia oparta była na jadłospisach opracowanych oddzielnie dla chorych oraz dla żołnierzy służby zasadniczej. Dla chorych przygotowane były jadłospisy według pięciu podstawowych diet, a dla żołnierzy służby zasadniczej według należności „Z”. Pracownicy uprawnieni do bezpłatnego względnie częściowo odpłatnego wyżywienia otrzymywali je także według tej normy. Nie notowano narzekań pacjentów na jakość wyżywienia. Dla układania ramowego jadłospisu zapraszane były pielęgniarki oddziałowe. Jakość i estetykę wyżywienia chorych oceniono jako dobre. Nie stwierdzano usterek w organizacji pracy personelu kuchennego. Zbyt małe były pomieszczenia kuchni, co utrudniało organizację pracy podczas przygotowania posiłków. Produkty żywnościowe przechowywane były w pomieszczeniu przystosowanym na magazyn, sprzęt był należycie konserwowany, wszystkie urządzenia chłodnicze i mechaniczne służby żywnościowej sprawne i wykorzystywane zgodnie z przeznaczeniem. Sprzęt polowy służby żywnościowej odpowiedni zakonserwowany i sprawny. Szpital prowadził gospodarkę cieplarnianą, stan upraw i warzyw pod szkłem uznano jako zadawalający. Nie zanotowano szkód i strat w służbie żywnościowej, ewidencja i dokumentacja prowadzone zgodnie z przepisami. W pracy personelu służby

⁸⁹ Tamże.

żywnościowej oraz w całym bloku żywnościowym przestrzegano zasad bhp. Urządzenia zasilane energią elektryczną miały instrukcje obsługi o sposobie eksploatacji. Personel kuchenny zatrudniony bezpośrednio przy sporządzaniu posiłków posiadał aktualne badania lekarskie. Prowadzono sprzedaż surowców wtórnych i opakowań. Szpital, którego rozliczano z prawidłowego wykonywania zadań, to jest leczenia żołnierzy i ich rodzin, sprawowania nadzoru nad poziomem leczenia w oddziałach wojskowych oraz szkolenia i doszkalania lekarzy wojskowych otrzymał w roku 1969 ocenę dobrą. W poszczególnych działach przedstawiały się oceny następująco: stan moralno polityczny i dyscyplina - bardzo dobry; szkolenie polityczne – kadra 4,36, podoficerowie i szeregowi służby zasadniczej – 4,25; taktyka ogólna i armie obce – oficerowie 3,61; obrona przed bronią masowego rażenia – kadra – 4,34; taktyka tyłów – oficerowie i podoficerowie kwatermistrzostwa – 3,85, żołnierze służby zasadniczej 3,45; regulaminy i musztra – praktyczne przestrzeganie zasad musztry w życiu codziennym – 4,0, porządek wewnętrzny – 4,0, znajomość regulaminów 3,57; strzelanie – kadra 3,77; wychowanie fizyczne – 3,55; zasadnicza działalność – szkolenie (organizacja szkolenia, znajomość zagadnień z zakresu organizacji i taktyki służby zdrowia) – 4,05; poziom leczenia – 5,0; stan prowadzenia dokumentacji leczniczej – 4,0; stan jakościowy posiadanych leków i środków leczniczych – 5,0; ewidencja materiałowa – 5,0; ochrona i zabezpieczenie (stan zewnętrznego zabezpieczenia, aktualność opracowanej dokumentacji ochrony, zabezpieczenie ppoż) – 4,0; planowanie i organizacja pracy kwatermistrzostwa – 5,0; działalność służb (żywnościowa, mundurowa, kwaterunkowo budowlana, zdrowia – stan sanitarno higieniczny, materiałów pędnych) – 4,33; sprzęt i urządzenia lecznicze – 5,0; sprzęt zabezpieczający (uzbrojenie, chemiczny, służb żywnościowej i mundurowej, materiałów pędnych i kwaterunkowo budowlanej) – 4,75.

W ostatnich latach sześćdziesiątych szpital posiadał według etatu 400 łóżek⁹⁰ z czego w poszczególnych oddziałach: chirurgicznym – 100, wewnętrznym I – 50, wewnętrznym II – 50, obserwacyjnym – 30, neurologicznym – 30, laryngologicznym i ocznym – 60, położniczo-ginekologicznym – 40, skórny -40. W szpitalu w roku 1966 było 30 etatów dla lekarzy, plus ordynatorzy oddziałów, 99 dla pielęgniarek i 73 dla sanitariuszek. Średnio na jednego lekarza przypadało 13 łóżek, na pielęgniarkę około 3, na sanitariuszkę 4. Normy Ministerstwa Zdrowia przewidywały wtedy według instrukcji 30/52 10 łóżek na jednego lekarza, 2,5 – 3 na pielęgniarkę i 3,5 na jedną sanitariuszkę. W roku 1966 w szpitalu było leczonych 6105 pacjentów, z czego w oddziałach: chirurgicznym 1485, wewnętrznym I 637 (oddział był w

⁹⁰ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, Wykaz ilości łóżek przypadających faktycznie dla opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i pracy sanitariuszek, sygn. 3857/77/2.

remontie od 25. 06 do 15.09. 1966), w poprzednim roku 688, wewnętrznym II 734, obserwacyjnym 477, neurologicznym 344, skórny 600, laryngologicznym i ocznym 836, położniczo-ginekologicznym 922. W tym czasie zmarło 65 chorych (w tym 5 wojskowych), co stanowiło 1,06% leczonych. Najwięcej zgonów było w oddziałach wewnętrznych – 40, chirurgicznym – 14 i neurologicznym – 7, co związane było z tym, że do tych oddziałów trafiali najciężiej chorzy. Trzy zgony nastąpiły w oddziale obserwacyjnym i 1 w ginekologiczno-położniczym. W latach sześćdziesiątych już dużą część leczonych stanowiły osoby cywilne, np. w 1966 roku na ponad 6 tys. leczonych pacjentów było 3074 wojskowych. Średni czas pobytu chorego w szpitalu wynosił w 1966 roku 17 dni, najdłużej leczenia byli pacjenci w oddziałach: neurologicznym – 21 dni i wewnętrznych – 20 dni, najkrócej w ginekologiczno-położniczym – 9 dni. Liczba tzw. „łóżko dni” wynosiła w tym roku 103460, z czego w poszczególnych oddziałach: chirurgicznym 29192, wewnętrznym I 12875, wewnętrznym II 13317, obserwacyjnym 7685, neurologicznym 7443, skórny 9251, laryngologicznym i ocznym 14299, ginekologiczno-położniczym 9398.

Poza odpowiednimi warunkami leczenia szpital miał obowiązek prowadzić z chorymi pracę kulturalno – oświatową. W roku 1969 do tego celu służyły: 5 świetlic, 1 sala kinowa, 3 ruchome aparaty kinematograficzne (wyświetlono 76 filmów na 114 seansach), 1 radiowęzeł, 375 gniazd radiowych, 10 głośników i 129 słuchawek. Biblioteka szpitalna dostępna dla chorych i pracowników posiadała ponad 10 tys. pozycji, z czego literatury społeczno-politycznej 1314, medycznej 3747, wojskowej 1584, popularno-naukowej 1107, literatury pięknej 5950, innej 127. Realizacja zadań w tej dziedzinie należała przede wszystkim do aparatu politycznego, który jednak często wysługiwał się i tak już nadmiernie obciążonym podstawowymi obowiązkami „białym” personelem wynajdując różne wytłumaczenia dla swojej niewydolności, zlecając prowadzenie różnych szkoleń, akcji propagandowych itp.⁹¹.

8. Szpital w latach siedemdziesiątych XX w.

W pierwszych latach siedemdziesiątych nastąpiły w szpitalu istotne zmiany kadrowe. W roku 1970 przeszedł w stan spoczynku długoletni komendant płk Paweł Niziołek, a stanowisko komendanta szpitala objął płk Józef Barancewicz⁹².

⁹¹ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, praca kulturalno oświatowa w latach 1965 – 1974.

⁹² Płk dr Józef Barancewicz urodził się w roku 1925 w Nieświeżu woj. nowogródzkie, gdzie w 1939 r. ukończył szkołę podstawową. W czasie wojny ukończył 8 klas radzieckiej 10 letniej szkoły. Dalszą naukę przerwała okupacja niemiecka i rozpoczął pracę jako robotnik. Po zajęciu Nieświeża przez Armię Czerwoną w sierpniu 1944 został powołany do służby w Wojsku Polskim i wkrótce został skierowany do szkoły oficerskiej w Lublinie. Po otrzymaniu nominacji na pierwszy stopień oficerski objął stanowisko dowódcy plutonu w 11 pułku

Płk Józef Barancewicz po niespełna dwóch latach służby w szpitalu poznańskim został komendantem WAM w Łodzi, a stanowisko komendanta 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego objął następnie płk Jerzy Józwiak⁹³. Jerzy Józwiak urodził się 1 kwietnia 1922 r. w Gnieźnie, w rodzinie robotniczej. Ukończył liceum ogólnokształcące w Gnieźnie w czerwcu 1945 r. Studia lekarskie odbył w Akademii Medycznej w Poznaniu, uzyskując dyplom lekarza w roku 1952. W roku 1962 został uznany za specjalistę ginekologii i położnictwa. W lipcu 1952 r. został powołany do zawodowej służby wojskowej, a w grudniu tego roku mianowany porucznikiem. Służbę pełnił początkowo jako asystent oddziału ginekologiczno – położniczego Szpitala Wojskowego w Toruniu, a następnie od roku 1957 w Szpitalu Wojskowym w Poznaniu, którego komendantem został w październiku 1972 r. Był od 1964 r. członkiem Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej. Został odznaczony m.in. Krzyżem Oficerskim i Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Srebrnym Krzyżem Zasługi, Złotym Medalem Za Zasługi dla Obronności Kraju. W roku jubileuszu 40-lecia ludowego Wojska Polskiego został wyróżniony wpisem do Honorowej Księgi Czynów Żołnierskich. Rada Państwa uchwałą z dnia 23 marca 1983 r. „Za wybitne zasługi w okresie wieloletniej pracy w służbie zdrowia” nadała płk lek. Jerzemu Józwiakowi tytuł honorowy „Zasłużony

4 dywizji piechoty. Walczy na Wale Pomorskim i w Kołobrzegu, bierze udział w forsowaniu Odry i w operacji berlińskiej. Został odznaczony krzyżem walecznych i medalami pamiątkowymi. Po wojnie jako dowódca kompanii, szef sztabu batalionu i komendant powiatowy „Służba Polsce” brał udział w zagospodarowaniu ziem nad Odrą. Szkołę średnią ukończył w roku 1949, a w 1953 rozpoczął studia lekarskie w Akademii Medycznej w Poznaniu. W trakcie studiów pracował jednocześnie na stanowisku zastępcy kierownika Studium Wojskowego Akademii Medycznej w Poznaniu. Po otrzymaniu w 1960 r. dyplomu lekarza pracował początkowo w oddziale laryngologicznym 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego, a następnie został skierowany do Akademii Medycznej we Wrocławiu na stanowisko kierownika Studium Wojskowego. W roku 1966 uzyskał stopień doktora nauk medycznych na podstawie pracy pt. „Stan zahartowania młodzieży akademickiej wybranych wrocławskich uczelni”, a w roku 1971 doktora habilitowanego nauk medycznych – temat pracy „Wybrane mierniki ogólnej sprawności fizycznej młodzieży akademickiej w zależności od wysokości i ciężaru ciała”. Posiadał też II stopień specjalizacji z zakresu organizacji i taktyki służby zdrowia. Opublikował ponad 70 prac naukowych dotyczących głównie wpływu fizjologicznych mechanizmów oddziaływań rozwojowych i adaptacyjnych oraz profilaktycznych – ćwiczeń wojskowych, sportowych i pracy fizycznej na stan biologiczny oraz sprawność ruchową młodzieży akademickiej. Badał również wpływ czynników środowiskowych na rozwój psychiczny i fizyczny oraz na zdrowie człowieka. Należał do kilku towarzystw naukowych. Od listopada 1946 roku był członkiem PPR, gdzie pełnił szereg odpowiedzialnych funkcji. Był m.in. II sekretarzem Komitetu Uczelnianego PZPR Akademii Medycznej w Poznaniu i we Wrocławiu, od 1973 r. zastępcą członka komitetu łódzkiego PZPR. Odznaczony m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Walecznych, medalami „Za Odrę, Nysę i Bałtyk”, „Za udział w walkach o Berlin”, „Za Warszawę 1939 – 1945”, „Siły zbrojne w służbie Ojczyzny”, „Za zasługi dla obronności kraju” i radzieckimi - Orderem Czerwonej Gwiazdy oraz medalem „Za zwycięstwo nad Niemcami w Wielkiej Wojnie Ojczyźnianej 1941 – 1945”.. Otrzymał także kilkadziesiąt nagród za pracę dydaktyczną oraz przyznane przez Akademię Medyczną we Wrocławiu dwie nagrody II stopnia i 10 nagród III stopnia. W roku 1972 objął stanowisko komendanta Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, na którym pracował do czerwca 1976 roku. Po zwolnieniu do rezerwy pracował na stanowisku dyrektora Instytutu Medycyny Społecznej Akademii Medycznej we Wrocławiu, następnie po rozwiązaniu instytutu jako kierownik Zakładu Epidemiologii oraz regionalny specjalista do spraw organizacji ochrony zdrowia i medycyny społecznej. W czasie służby wojskowej kolejno awansował w ego, *Józef Brancewicz s. Antoniego i Marii Życiorys*.

⁹³ Lekarz Wojskowy, 1988 r, Nr 11-12, s. 807.

Lekarz Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej”. Komendantem 111 Szpitala Wojskowego był do roku 1988.

W roku 1971 szpital otrzymał nowy etat⁹⁴. Z niewielkimi zmianami zachował się do włączenia szpitala do finansowania z kas chorych, w miejsce dotychczasowego z budżetu MON.

Na początku lat siedemdziesiątych poza zmianą na stanowisku komendanta nastąpiło kilka innych ważnych zmian kadrowych⁹⁵. W roku 1970 po zwolnieniu z zawodowej służby wojskowej płk Czapiewskiego ordynatorem oddziału I Wewnętrznego został mjr Roman Bryła. W roku 1971 ubyli do rezerwy w związku z ukończeniem 60 lat życia: ppłk Kasper Dębosz – st. asystent oddziału chorób wewnętrznych, kpt. Stefan Mańkowski – technik dentystyczny, kpt. Hipolit Glinkiewicz – pomocnik komendanta ds. mobilizacyjnych. Do WAM skierowany został lekarz kpt. Zygmunt Filipowicz. Ze stanowiska st. pomocnika komendanta ds. mobilizacyjnych ubył mjr Stefan Dudek, a przejął je kpt. Tadeusz Marcinkowski, natomiast stanowisko pomocnika komendanta ds. mobilizacyjnych objął kpt. Janusz Wronowski. Zmarli: ppłk Włodzimierz Zaidlewicz – st. asystent gabinetu rtg i ppor. Henryk Demesko – farmaceuta apteki. Przybyli do szpitala: kpt. Stanisław Koziarek na stanowisko młodszego asystenta pierwszego oddziału wewnętrznego, mjr Jaremi Gajewski – asystent gabinetu rtg, mjr Antoni Kowalski – st. asystent oddziału ocznego, mjr. Mieczysław Wojdoń – kierownik izby przyjęć i ppor. służby okresowej Stefan Skowron – farmaceuta.

W roku 1971 stan osobowy szpitala przedstawiał się następująco⁹⁶:

Komendant - płk Brancewicz Józef

Zastępca komendanta ds. politycznych – ppłk Bogatek Stefan

Zastępca komendanta ds. lecznictwa - płk Rudnicki Paweł

Kwaternistrz Szpitala – ppłk Gaul Eugeniusz

Oficerowie lekarze:

mjr Wojdoń Mieczysław – ginekolog; interniści: mjr Durkalec Jerzy, ppłk Rzepecki Ludwik, mjr Fahrenholz Henryk, kpt. Sałamacha Ryszard, mjr Bryła Roman, kpt. Kretschmer Ryszard, kpt. Jedlikowski Edward, kpt. Koziarek Stanisław; mjr Wroński Anastazy – chemik; chirurdzy i urolodzy: płk Gerwel Wacław, ppłk Strzyżowski Józef, ppłk Marczewski Maksymilian, mjr Bogacki Zbigniew, kpt. Bryk Jerzy, ppłk Przychodzki Michał, ppłk Majchrzak Alfred, mjr Mucha Jan; anestezjolodzy: mjr Szukalski Jerzy, kpt. Głowacz

⁹⁴ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, Wykaz zmian do etatu Nr 56/028, sygn. 3857/77/2

⁹⁵ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Specjalne notatki 1974 – 1974.

⁹⁶ 1. Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, 111 Szpital Wojskowy, listy płac, sygn. 03563/ 76/12.
2. Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Wykaz adresów zamieszkania oficerów 111 WSR.

Stanisław; dermatolodzy: ppłk Kościński Roman, mjr Kopras Marian; płk Stalewski Jerzy – specjalista chorób zakaźnych; laryngolodzy: ppłk Skałbania Jan, kpt. Wilczyński Mirosław; ppłk Wyrzykowski Eugeniusz – okulista; neurologi: mjr Klichowski Longin, kpt. Spelak Lucjan; ppłk Gutowski Zdzisław – ginekolog; pediatri: płk Knitter Tadeusz, mjr Malesza Józef; stomatolodzy: ppłk Olejniczak Tadeusz, mjr Czekajewski Tadeusz, kpt. Płytnik Witold; radiolodzy: ppłk Sturmer Henryk, mjr Pudlik Ryszard, kpt. Blinkiewicz Stanisław; fizykoterapeuci: płk Stanisławski Witold, kpt. Pietkiewicz Wanda; lekarze laboratorium: ppłk Degórski Andrzej, mjr Pach Kazimierz; kpt. Śmigielski Tadeusz – punkt krwiodawstwa; komisja lekarska: ppłk Machowski Jerzy, mjr Frencl Romuald, mjr Michalak Bolesław

Grupa pomiaru natężeń promieniowania:

por Ignaszak Ireneusz, kpt. Wojcianowski Henryk

Farmaceuci: mjr Talarowski Adam, mjr Kudła Wiesław, ppor. Słupczyński Stanisław, ppor. Brambor Hieronim, por. Lisiński Zbigniew

Grupa organizacyjna 6 Komendy Bazy Szpitalnej: ppłk Zembruski Marian, ppłk Kasiński Jan, mjr Mis Marian, ppłk Kultys Stanisław, ppłk Chodoń Władysław

Ruchome Wojskowe Ambulatorium Dentystyczne – kpt. Sykała Stanisław

Oficerowie kwatermistrzostwa: mjr Biegała Leszek, kpt. Pietrzyk Zdzisław, kpt. Sadoch Jerzy
Proboszcz garnizonu – ppłk Kulej Piotr

Psycholog – mjr Królasik Zygmunt

Chorążowie: Sowka Aleksander, Wasidorski Tadeusz

Podoficerowie: starsi sierżanci - Kurzawski Henryk, Domek Tadeusz, Królak Zenon, Milkowski Stanisław, Mańczak Wiktor, Marcinkowski Czesław, Białkowski Bolesław, sierż. Kasprowicz Stanisław, plut. Łabuzinski Eugeniusz i st. kpr. Demków Henryk.

Przełom lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych to czas kryzysu politycznego, narastających niepokojów społecznych i trudności gospodarczych. W takim stanie rzeczy władza musiała starać się o przychyłność jedynej licznej, zdyscyplinowanej, hierarchicznie podporządkowanej i dobrze zorganizowanej siły, jaką były służby mundurowe, a szczególnie wojsko. W ówczesnej sytuacji gospodarczej trudno było zapewnić tak licznej grupie nadzwyczajne dobra materialne, więc sięgnięto po inne środki. Zaczął się okres największego po wojnie rozdawnictwa różnego rodzaju odznaczeń i wyróżnień, kiedy to ilość baretek odznaczeń na mundurach kadry mogła budzić zdziwienie na temat zasług poszczególnych żołnierzy. Najcenniejsze było odznaczenie orderem zapewniającym 25-procentowy dodatek do emerytury. Był nim Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, popularnie zwany przez żołnierzy zawodowych „chlebowym” ze względu na wspomniany dodatek do emerytury.

Zwykle jego przyznanie następowało po wieloletniej służbie i uzyskaniu wielu kolejnych mniej znaczących odznaczeń z przynajmniej medalem Srebrny Krzyż Zasługi włącznie. Odznaczenia były udzielane z okazji różnych świąt państwowych i resortowych lub wydarzeń mających znaczenie w skali kraju np. zakończenie którejs z kolejnych „wielkich budów socjalizmu”, na których w pracach z reguły licznie uczestniczyło wojsko. Kompetentni przełożeni wyższego szczebla polecali dowódcy jednostki wojskowej z takiej okazji wystąpić z góry określoną liczbą wniosków o nadanie poszczególnych odznaczeń, pozostawiając im z reguły swobodę decyzji personalnych. Tylko w wyjątkowych sytuacjach wniosek był załatwiany negatywnie. Przykładowo w roku 1970 zgodnie z poleceniem Oddziału Kadr SOW Nr Pf 619 komendant szpitala przedstawił wnioski o nadanie odznaczeń z okazji Dnia Wojska Polskiego⁹⁷. Wnioskowano o następujące odznaczenia: 2 Krzyże Orderu Odrodzenia Polski – płk Paweł Rudnicki zastępca komendanta ds. lecznictwa i ppłk Maksymilian Marczewski chirurg, kierownik odcinka chirurgii ogólnej; 4 złote Krzyże Zasługi – mjr Jerzy Durkalec ordynator oddziału chorób wewnętrznych, kpt. Kretschmer internista st. asystent, , ppłk Pach st. asystent pracowni klinicznej, ppłk Sturmer kierownik gabinetu radiologii, 11 srebrnych Krzyży Zasługi – kpt. Pietrzyk oficer kwatermistrzostwa, ppłk Majchrzak st. asystent oddz. chirurgii urazowej, kpt. Ignaszak kierownik grupy pomiaru natężeń promieniowania, kpt. Lisiński farmaceuta, mjr Bogacki urolog, asystent oddziału, kpt. Wojcianowski oficer grupy pomiaru natężeń promieniowania, mjr Cisak z garnizonowej stacji obsługi, sierż. szt. Białkowski magazynier żywnościowy i pracownicy cywilni Czachor chirurg, Pietrzak lekarz chorób zakaźnych, Haliasz pracownik kancelarii; 2 brązowe Krzyże Zasługi – pracownicy cywilni Stachowiak i Lewandowska; 12 srebrnych medali „Za Zasługi Dla Obronności Kraju”- płk Stalewski ordynator oddziału zakaźnego, ppłk Przychodzki ordynator oddziału chirurgii urazowej, ppłk Skałbani ordynator oddziału laryngologicznego, ppłk Jóźwiak st. asystent oddziału ginekologicznego, ppłk Olejniczak kierownik gabinetu dentystycznego, kpt. Kretschmer st. asystent oddziału chorób wewnętrznych, płk Stanisławski kierownik gabinetu fizykoterapii, ppłk Gutowski ordynator oddziału ginekologicznego, mjr Durkalec ordynator oddziału chorób wewnętrznych, ppłk Sturmer kierownik gabinetu radiologii, st. sierż. Marcinkowski magazynier mundurowy, ppłk Rzepecki st. asystent oddziału chorób wewnętrznych; 11 brązowych medali „Za Zasługi Dla Obronności Kraju” – pracownicy cywilni Dolata magazynier Wojskowej Administracji Koszar, Ochocka pielęgniarka gospodarcza, Schneider lekarz ortopeda, mjr Bryła ordynator oddziału chorób wewnętrznych, mjr Michalak członek GWKL, mjr Bogacki asystent oddziału urologicznego,

⁹⁷ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Łódowych, Pismo do Szefa Oddziału Kadr SOW, sygn. 3857/77/10.

kpt. Ignaszak kierownik grupy pomiaru, mjr Sykała kierownik ruchomego wojskowego ambulatorium dentystycznego, starsi sierżanci Białkowski magazynier żywnościowy, Kasprowiak dowódca drużyny samochodowej, Mańczak st. pisarz kwatermistrzostwa. Były to biorąc pod uwagę stan liczebny kadry szpitala, która stanowiła zwykle ponad 90% odznaczanych ilości imponujące biorąc pod uwagę np. dzisiejsze realia w dziedzinie odznaczeń państwowych i resortowych. Zwraca uwagę również pewna niepisana reguła odznaczania, gdyż przeważnie ważniejsze odznaczenia otrzymywali zajmujący wyższe stanowiska służbowe, najrzadziej podoficerowie i pracownicy cywilni.

W latach siedemdziesiątych niewiele zmieniło się w zakresie obciążenia kadry szpitala obowiązkami daleko odbiegającymi od zasadniczej działalności instytucji. Nadal wiele uwagi poświęcano szkoleniu ideologicznemu i pracy partyjno politycznej. Chociaż zaniechano prymitywnej propagandy poprzednich dekad, to jednak czasochłonne zajęcia z tematyką często niewiele mającą wspólnego ze zdrowym rozsądkiem i próbującą ideologią zastąpić niedociągnięcia społeczno – gospodarcze były bardzo uciążliwe. Przykładowo w roku 1972 zgodnie z zasadniczymi zamierzeniami szkolenia i pracy partyjno politycznej Wydziału Politycznego Kwatermistrzostwa SOW⁹⁸ ustalone zostały zamierzenia sekcji politycznej 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego w tym zakresie⁹⁹. Zrealizowane zostały m.in. zamierzenia:

- raz w miesiącu szkolenie ideowe kadry oficerskiej
- comiesięczne szkolenie ideowe podoficerów zawodowych i żołnierzy służby zasadniczej
- szkolenie polityczne pracowników cywilnych w 4 grupach dwa razy w miesiącu
- szkolenie partyjne pracowników cywilnych w grupie koła wiedzy o partii – 20 godzin w roku
- raz w miesiącu informację polityczną dla kadry
- kwartalne sprawdziany wiedzy politycznej kadry i żołnierzy służby zasadniczej
- raz w tygodniu szkolenie polityczne dla pacjentów
- kwartalne referaty i spotkania z działaczami dla załogi
- akademie i uroczystości z okazji świąt państwowych i narodowych
- kwartalne posiedzenia komisji współzawodnictwa
- comiesięczne posiedzenia komitetu partyjnego POP i zebrania POP
- kwartalne posiedzenia komisji oświaty sanitarnej

⁹⁸ Filia Nr Archiwum Wojsk Lądowych, Zasadnicze zamierzenia szkolenia i pracy partyjno – politycznej na 1972, sygn. 3857/11.

⁹⁹ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, Zamierzenia sekcji politycznej 111 Szpitala Wojskowego, sygn. 3857/77/17.

- zebrania partyjne oddziałowych organizacji partyjnych lekarzy
- zabezpieczenie polityczne ćwiczeń rezerwistów
- ekipy „białych niedziel” dla pielęgniarek i lekarzy jeden raz w każdym kwartale.

Poza realizacją planów w zakresie szkolenia partyjno – politycznego prowadzono szkolenia kadry według comiesięcznych planów obejmujące zagadnienia ogólnie wojskowe, w.f., taktyki służby zdrowia i ogólnie polityczne, których prowadzeniem obciążano lekarzy szpitala. Przykładowo w miesiącu styczniu 1973 r. przeprowadzono pod kierunkiem lekarzy m.in. szkolenia¹⁰⁰:

- WF test zimowy prowadził ppłk Pach
- taktyka ogólna - znaki taktyczne, ppłk Olejniczak
- organizacja i taktyka służby zdrowia – organizacja i zadania batalionu medycznego, medycznego batalionu wzmocnienia i kompanii hospitalizacyjnej, kpt. Bryk
- obrona przed bronią masowego rażenia – indywidualne środki ochrony przed skażeniami, ppłk Degórski
- regulaminy – egzamin z regulaminów i przepisów ubiorczych, ppłk Kościński
- wyszkolenie ogniowe – trening strzelecki i obrona przed bronią masowego rażenia, kpt. Płytnik
- szkolenie sanitarne - sposoby udzielania pierwszej pomocy na polu walki, por. Wesołowski

Poza zajęciami prowadzonymi przez lekarzy kadra szpitala w tym miesiącu brała też udział w szkoleniach prowadzonych przez innych oficerów jednostki. Były to szkolenia obejmujące:

- regulaminy – znajomość regulaminów, kpt. Ignaszak
- szkolenie polityczne – miejsce i rola kadry WP w systemie pracy partyjno – politycznej w siłach zbrojnych, ppłk Bogatek
- szkolenie polityczne dla podoficerów – społeczno polityczna geneza, źródła i części składowe marksizmu – leninizmu, mjr Misiewicz,
- taktyka tyłów – organizacja tyłów pułku, ppłk Gaul
- szkolenie polityczne – marksistowsko leninowska teoria rozwoju społecznego i formacji społeczno ekonomicznych, mjr Misiewicz
- szkolenie polityczne – marksizm leninizm o powstaniu klas społecznych państwa, narodu i dyktatury proletariatu, mjr Misiewicz

¹⁰⁰ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, Plan szkolenia kadry 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego, sygn. 261/79,7.

- taktyka tyłów – obrona i ochrona tyłów taktycznych, ppłk Gaul
- szkolenie polityczne - ideowe zaangażowanie, walory etyczne – moralne, zdyscyplinowanie podstawą autorytetu i sukcesu w pracy podoficera, mjr Misiewicz
- szkolenie polityczne – obyczaje LWP. Zasady i formy ich wykorzystania w umacnianiu dyscypliny i zwartości ideowo moralnej pododdziałów
- szkolenie polityczne – kształtowanie cech oszczędności, gospodarności, poszanowania mienia wojskowego służbowym i obywatelskim obowiązkiem żołnierza.

W kolejnych latach główne założenia szkolenia i szkoleniowe zamierzenia przełożonych oraz zamierzenia własne w większym stopniu zaczęły obejmować zagadnienia związane z leczeniem i zabezpieczeniem medycznym wojsk w warunkach bojowych, co było przecież zasadniczą rolą szpitala¹⁰¹.

Według głównych założeń szkolenia podstawowym zadaniem szkoleniowym 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego były wytyczne dowódcy i kwatermistrza Śląskiego Okręgu Wojskowego w zakresie podnoszenia gotowości bojowej oraz szkolenia kadry i żołnierzy szpitala. Określono, że dla realizacji podstawowych zadań szkoleniowych konieczne było wyeksponowanie jako głównych problemów:

1. Doskonalenie wiedzy politycznej, ogólnie wojskowej i fachowej kadry zawodowej, oficerów i podoficerów będących na przydziałach mobilizacyjnych w 111 Wojskowym Szpitalu Rejonowym.
2. Osiągnąć wyższe umiejętności organizacyjne w zakresie dowodzenia i organizacji polowych szpitali w warunkach terenowych.
3. W zakresie podnoszenia wyższych stanów gotowości bojowej realizować roczne plany kontroli gotowości bojowej kadry szpitala i oficerów będących na zawiązkach wojennych.
4. Dla podniesienia poziomu wiedzy ideologicznej utworzono w 111 Wojskowym Szpitalu Rejonowym Wieczorowy Uniwersytet Marksizmu i Leninizmu (WUML), na który uczęszcza 80% kadry zawodowej.
5. Podnieść rangę szkolenia w zakresie znajomości i praktycznego przestrzegania regulaminów i przepisów tajnej biurowości w wojsku.
6. W ramach doskonalenia fachowego kadry i lekarzy jednostek prowadzić stałe odczyty referaty w zakresie medycyny w ramach koła naukowego – zapoznając z najnowszymi osiągnięciami medycyny krajowej i światowej oraz zastosowania oraz

¹⁰¹ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, Główne założenia szkolenia, Zamierzenia własne, Pozostałe zamierzenia szkoleniowe, sygn. 261/79/45.

zastosowania ich w warunkach polowych. W zakresie szkolenia ogólnowojskowego prowadzenie wykładów, seminariów i ćwiczeń dowódczo sztabowych uwzględniając główne założenia taktyki ogólnowojskowej, taktyki tyłów oraz organizacji i taktyki służby zdrowia (OTSZ) – właściwe zabezpieczenie armii w czasie przegrupowania w warunkach zmasowanego uderzenia nieprzyjaciela.

7. W ramach planowych treningów udoskonalić posługiwanie się bronią osobistą, indywidualnymi środkami obrony przed bronią masowego rażenia, oraz zapoznać kadrę z nowoczesnym uzbrojeniem i pracą na radiostacjach.
8. W ramach dostępnych źródeł zapoznać całą kadrę z organizacją i uzbrojeniem armii obcych.
9. W czasie ćwiczeń polowego szpitala dla lekko rannych w 1974 r. przeprowadzić pokazowe rozwinięcie oraz urządzenie szpitala dla pozostałych komendantów jednostek tworzonych na bazie 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego. W czasie ćwiczeń wyeksponować następujące zagadnienia: organizację mobilizacji, pobieranie sprzętu i formowanie jednostki; przebazowanie jednostki; zgrywanie organizacyjne pododdziałów; praktyczna praca polowego szpitala dla lekko rannych.
10. Utrzymać stały kontakt i ciągłą koordynację zamierzeń szkoleniowych z odpowiednimi ogniwami nadrzędnymi oraz terenowymi sztabami wojskowymi.

Nawiązując do głównych założeń szkolenia ustanowione zostały przez przełożonych konkretne zamierzenia, które np. w roku 1974 przedstawiały się następująco¹⁰²:

1. Kwatermistrz Zastępcy Dowódcy SOW organizował na bazie ćwiczenia z 5 DPanc. ćwiczenie doświadczalne na temat: „Organizacja medycznego zabezpieczenia wojsk w walce na szczeblu taktycznym i ewakuacji sanitarnej z pola walki przez wszystkie etapy do szpitali Frontu”. W ćwiczeniach uczestniczyły polowe szpitale chirurgiczne.
2. Kwatermistrz Z-ca D-cy SOW przeprowadził zbiorowe ćwiczenia dowódczo sztabowe na mapach na temat: „osiąganie wyższych stanów gotowości bojowej oraz organizacja materiałowego, medycznego i komunikacyjnego zabezpieczenia wojsk na terenie okręgu w okresie mobilizacyjnego rozwinięcia i prowadzenia wojny z użyciem broni masowego rażenia. Uczestniczyli w zajęciach kwatermistrz i wyznaczeni lekarze Szpitala.
3. Szef Służby Zdrowia MON organizował w WAM w Łodzi i w Instytucie Kształcenia Podyplomowego w Warszawie konferencje naukowo – szkoleniowe z zakresu: chirurgii w LWP i kliniki urazów oraz obrażeń z udziałem 2 chirurgów ze Szpitala;

¹⁰² Tamże...

postępów w diagnostyce i terapii chorób układu oddechowego, chorób gośćcowych i choroby wieńcowej w warunkach służby wojskowej (udział 2 internistów Szpitala); laboratoryjnej diagnostyki ostrych zatruc (1 analityk Szpitala), pomocy neurologicznej w czasie wojny (1 neurolog Szpitala); rehabilitacji chorych w wojskowych zakładach leczniczych (1 lekarz Szpitala); zaburzeń statyki narządu rodno i przydatności kobiet do wojskowej służby zdrowia (2 położników i ginekologów Szpitala); narzędzi i badań psychologii w świetle potrzeb gotowości bojowej wojska (1 psycholog Szpitala); szybkich metod diagnostyki mikrobiologicznej (1 mikrobiolog szpitalny)

4. Szef Oddziału Służby Zdrowia SOW przeprowadził szkolenie doskonalące w zakresie osiągania wyższych stanów gotowości bojowej w zakładach leczniczych oraz formowania jednostek polowej służby zdrowia, z udziałem zastępcy komendanta 111 WSR ds. leczenia.

Również w zamierzeniach własnych konstruowanych na bazie wytycznych dowódcy i kwatermistrza SOW mniej znajdowało się jałowej propagandy i ideologicznego „mętliku”, a w coraz większym stopniu zajmowano się sprawami merytorycznymi, czego przykładem mogą być realizowane zamierzenia w kolejnych latach¹⁰³. Wprawdzie nadal prowadzeniem szkoleń obciążano przede wszystkim oficerów lekarzy i w mniejszym stopniu kwatermistrzostwa, jednak ich tematyka miała większy niż dotychczas związek ze służbą. Zamierzenia obejmowały m.in. takie zagadnienia jak: taktyka ogólna i sztuka operacyjna, organizacja i taktyka służby zdrowia; armie obce; problematyka obrony terytorium kraju; tyły taktyczne i operacyjne; problematyka gotowości alarmowej i mobilizacyjnej; treningi z analizą i oceną sytuacji obrony przed bronią masowego rażenia; szkolenie ogniowe; treningi pracy na środkach łączności; treningi specjalistyczne – ćwiczenia dowódcze na mapach; zajęcia doskonalące na temat organizacji zaopatrzenia i żywienia w zakładach leczniczych; szkolenia doskonalące wojskowo – specjalistyczne i fachowe; ćwiczenia zgrywające jednostek tyłowych szczebla operacyjnego – szpitale polowe; kurs przeszkolenia w zakresie organizacji zaopatrzenia medycznego wojskowej służby zdrowia dla oficerów farmaceutów; kurs przeszkolenia w zakresie produkcji płynów infuzyjnych w warunkach polowych.

Regułą stało się kierowanie lekarzy na kursy i szkolenia specjalistyczne organizowane przede wszystkim w Instytucie Kształcenia Poddyplomowego WAM (IKP WAM) w Warszawie. Przykładowo w 1973 r.¹⁰⁴ lekarze anestezjolodzy oraz będący w trakcie specjalizacji uczestniczyli w kursach doskonalenia z zakresu anestezjologii klinicznej

¹⁰³ Tamże, s. 6.

¹⁰⁴ Tamże, s. 8.

trwających od kilkunastu dni do trzech miesięcy; chirurdzy w szkoleniach na temat chirurgii gruczołu tarczowego, operacyjnego leczenia przepuklin oraz chirurgii jamy brzusznej, klatki piersiowej, naczyń obwodowych i wstrząsu pourazowego; ordynatorzy oddziałów chirurgicznych i specjaliści II st. uczestniczyli w tygodniowych kursach doskonalących na temat wstrząsu pourazowego, choroby pooperacyjnej, krwawienia z narządów wewnętrznych oraz chirurgii wegetatywnego układu nerwowego i chirurgii naczyń obwodowych, a także w klinicznym oddziale plastyczno – oparzeniowym w kursie na temat podstawowych zasad chirurgii plastycznej, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w oparzeniach i chirurgii ręki. Ortopedów kierowano na trzytygodniowe kursy m.in. na temat nowoczesnych metod leczenia traumatologicznego szczególnie przydatnych w wojskowej służbie zdrowia, leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa i choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych. W tematyce szkoleniowej były uwzględniane zagadnienia jednolitej doktryny postępowania medycznego w czasie wojny.

Na podstawie decyzji Ministra Obrony Narodowej z 1970 roku został opracowany plan podnoszenia kwalifikacji kadry zawodowej 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego¹⁰⁵, w którym również przewidziano zaliczenie niektórych oficerów do grupy szczególnie uzdolnionych, których należy pilotować w dalszej służbie przez zaliczenie ich Funduszu Przyspieszonego Rozwoju Kadry Oficerskiej. Według oceny komendanta szpitala wszystkie rodzaje podwyższania kwalifikacji były ukierunkowane do charakteru i treści wykonywanych obowiązków służbowych. Podnoszenie w tym duchu wiedzy zawodowej wpływało dodatnio na jakość wykonywanych obowiązków służbowych. Zauważano to w efektach pracy poszczególnych lekarzy jak również zespołów pracujących w oddziałach szpitala. W latach 1970 – 1975 obroniono 4 prace doktorskie, a po roku 1975 6 lekarzy kontynuowało takie prace. W tym czasie uzyskano 19 specjalizacji w różnych dziedzinach medycyny. Wszystkie zamierzenia podnoszenia kwalifikacji były zgodne z charakterem wykonywanego zawodu, co według komendanta rokowało podwyższenie stopnia przydatności do zajmowanych etatów. Jak zwykle w realiach tamtego czasu nie mogło obyć się od podkreślenia ważności przedsięwzięcia jakim było zorganizowanie w szpitalu dwuletniego kursu WUML, który ukończyło 39 lekarzy¹⁰⁶.

¹⁰⁵ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, Analiza realizacji planów podnoszenia kwalifikacji kadry zawodowej 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego, sygn. 1118/81/2.

¹⁰⁶ Tamże. Oficerami ujętymi w Funduszu Przyspieszonego Rozwoju Kadry Oficerskiej i zaliczonymi do grupy szczególnie uzdolnionych oficerów w SOW byli: ppłk Bogacki Zbigniew, ur. w 1930 r. st. asystent oddziału urologicznego, prognozowany na stanowisko ordynatora oddziału. W ocenie przełożonych oficer wyróżniający się w pracy i służbie, systematycznie uzupełniający swoje wiadomości zarówno medyczne jak i wojskowe. W kontrolach i inspekcjach otrzymywał oceny bardzo dobre. Obok odpowiedzialnej pracy chirurga brał aktywny udział w pracy partyjnej – członek komitetu POP Szpitala;

Wprowadzono obejmujący kadrę szpitala plan podnoszenia kwalifikacji, różnego rodzaju szkoleń i prognozowania dotyczącego stanowisk służbowych, a nawet przewidywanego czasu zakończenia służby wojskowej. W korpusie oficerów służby zdrowia, grupie lekarzy i farmaceutów przedstawiał się on w latach siedemdziesiątych następująco:

Ppłk Liśkiewicz Zbigniew, zastępca komendanta ds. lecznictwa, posiadający II st. specjalizacji medycyny lotniczej i I st. med. ogólnej – krótkotrwały kurs szkoleniowy na szczeblu organizacji służby zdrowia, ukończenie WUML i objęcie stanowiska komendanta;

Ppłk Bryła Roman, ordynator I oddziału chorób wewnętrznych, dr med. – kurs kardiologii, ukończenie WUML, pozostanie na stanowisku do co najmniej 1982r.;

Mjr Sałamacha Ryszard, st. asystent I oddziału chorób wewnętrznych, specjalista chorób wewnętrznych – doktorat i ukończenie WUML, pozostaje na zajmowanym stanowisku;

Ppłk Durkalec Jerzy, ordynator II oddziału chorób wewnętrznych – habilitacja, ukończenie WUML, pozostaje na stanowisku;

Mjr Kretschmer Ryszard, st. asystent II oddziału chorób wewnętrznych, specjalista chorób wewnętrznych – doktorat, ukończenie WUML, przewidywany do objęcia stanowiska ordynatora oddziału chorób zakaźnych;

Mjr Wołoszczuk Stefan, st. asystent, kierownik laboratorium biochemicznego II oddziału chorób wewnętrznych, specjalista chorób wewnętrznych – ukończenie WUML, pozostaje na zajmowanym stanowisku;

Ppłk Marczewski Maksymilian, ordynator oddziału chirurgii ogólnej, dr med. – kurs chirurgii naczyń, ukończenie WUML, przewidywany do przeniesienia do rezerwy w roku 1982;

Mjr Bryk Jerzy, st. asystent oddziału chirurgii ogólnej, specjalista chirurgii ogólnej – doktorat, ukończenie WUML, pozostaje na stanowisku;

Płk Strzyżowski Józef, ordynator oddziału urologicznego - habilitacja, ukończenie WUML, przewidywany do przeniesienia w roku 1975 do rezerwy;

Ppłk Bogacki Zbigniew, st. asystent oddziału urologicznego, specjalista urolog – ukończenie WUML, pozostaje na zajmowanym stanowisku;

Mjr Kretschmer Ryszard, ur. w 1930 r., p.o. ordynatora oddziału chorób zakaźnych, przewidywany na stanowisko ordynatora oddziału, oceniany jako posiadający duże zdolności naukowo badawcze i organizacyjne, uzyskujący bardzo dobre oceny za pracę fachową i wojskową. Był sekretarzem POP szpitala. W kontrolach i inspekcjach otrzymywał bardzo dobre oceny.

Mjr Spelak Lucjan, ur. w 1939 r. st. asystent oddziału neurologicznego, przewidywany do objęcia stanowiska ordynatora oddziału. Oceniany jako bardzo zdolny i sumienny oficer - lekarz posiadający duże zdolności organizacyjne i predyspozycje dowódcze;

Kpt. Ochociński Aleksander, ur. w 1945 r., asystent oddziału chirurgii ogólnej, prognozowany do objęcia stanowiska starszego asystenta. Oceniany jako zdolny oficer – lekarz uzyskujący bardzo dobre oceny w całokształcie pracy, systematycznie uzupełniający swoje wiadomości zarówno medyczne jak i wojskowe.

Planowany do skierowania na szkolenie specjalistyczne w ZSRR i do zatwierdzenia na stanowisko st. asystenta oddziału chirurgii ogólnej.

Ppłk Szukalski Jerzy, ordynator oddziału intensywnej opieki medycznej, dr med., specjalista anestezjolog – ukończenie WUML, pozostaje na stanowisku;

Płk Przychodzki Michał, ordynator oddziału chirurgii urazowej, dr med. – pozostaje na zajmowanym stanowisku do 1974 roku;

Ppłk Majchrzak Alfred, st. asystent oddziału chirurgii urazowej, specjalista chirurgii ortopedycznej – ukończenie WUML, przeniesienie do rezerwy w roku 1975;

Ppłk Kościński Roman, ordynator oddziału dermatologicznego, dr med. – ukończenie WUML, przeniesienie do rezerwy w roku 1978, do tego czasu pozostanie na zajmowanym stanowisku;

Ppłk Kopras Marian, st. asystent oddziału dermatologicznego, specjalista dermatolog – doktorat, ukończenie WUML, przewidywany do objęcia stanowiska ordynatora oddziału;

Płk Stalewski Jerzy, ordynator oddziału zakaźnego, dr med., ubył w 1974 r. do rezerwy;

Ppłk Skałbiana Jan, ordynator oddziału laryngologicznego, dr med. – ukończenie WUML, pozostaje na zajmowanym stanowisku;

Mjr Wilczyński Mirosław, st. asystent oddziału laryngologicznego, specjalista laryngolog – doktorat, ukończenie WUML, pozostaje na zajmowanym stanowisku;

Ppłk Zwyrzykowski Eugeniusz, ordynator oddziału okulistycznego, dr med. – pozostaje do 1979 r. na dotychczasowym stanowisku;

Ppłk Kowalski Antoni, st. asystent oddziału okulistycznego, specjalista okulista – doktorat, ukończenie WUML, przewidywany do objęcia stanowiska ordynatora oddziału;

Ppłk Klichowski Longin, ordynator oddziału neurologicznego, dr med. – ukończenie WUML, przeniesienie do rezerwy w roku 1975;

Mjr Spelak Lucjan, st. asystent oddziału neurologicznego, specjalista neurolog – doktorat, przewidywany do objęcia stanowiska ordynatora oddziału;

Ppłk Gutowski Zdzisław, ordynator oddziału ginekologicznego, specjalista ginekolog – przeniesiony do rezerwy w 1974 r.;

Mjr Cieślak Tadeusz, st. asystent oddziału chorób dziecięcych, lekarz pediatra – uzyskanie specjalizacji II st., ukończenie WUML, w planach objęcie stanowiska kierownika gabinetu;

Ppłk Olejniczak Tadeusz, kierownik gabinetu dentystycznego, lekarz stomatolog, specjalista organizacji i taktyki służby zdrowia – ukończenie WUML, pozostaje na zajmowanym stanowisku;

Ppłk Czekajewski Tadeusz, st. asystent gabinetu dentystycznego, lekarz stomatolog – ukończenie WUML, pozostaje na zajmowanym stanowisku;

Ppłk Sturmer Henryk, kierownik gabinetu radiologii lekarskiej, specjalista radiolog, przeniesiony w 1973 r. do rezerwy;

Ppłk Pudlik Ryszard, st. asystent gabinetu radiologii lekarskiej, specjalista radiolog – doktorat, ukończenie WUML, prognozowany do objęcia stanowiska kierownika gabinetu;

Ppłk Fahrenholz Henryk, kierownik gabinetu fizykoterapeutycznego, specjalista chorób wewnętrznych i fizykoterapii – kurs balneologów, ukończenie WUML, przeniesienie do rezerwy w roku 1975;

Ppłk Degórski Andrzej, kierownik pracowni klinicznej, specjalista analityki – ukończenie WUML, pozostaje na zajmowanym stanowisku;

Ppłk Pach Kazimierz, st. asystent pracowni klinicznej, specjalista analityki – ukończenie WUML, pozostaje na zajmowanym stanowisku;

Kpt. Majewski Wiesław, kierownik poradni zdrowia psychicznego, lekarz psychiatra – uzyskanie II st. specjalizacji, ukończenie WUML, pozostaje na zajmowanym stanowisku;

Mjr Śmigielski Tadeusz, kierownik punktu krwiodawstwa, specjalista transfuzjolog – krótkotrwałe kursy transfuzjologii, ukończenie WUML, pozostaje na zajmowanym stanowisku;

Ppłk Talarowski Adam, kierownik apteki, dr farmacji – ukończenie WUML, pozostaje na stanowisku;

Płk Machowski Jerzy, przewodniczący GWKL, specjalista chorób wewnętrznych – ukończenie WUML, pozostawienie na zajmowanym stanowisku;

Ppłk Frencel Romuald, członek GWKL, lekarz chorób wewnętrznych – specjalizacja II st., ukończenie WUML, pozostaje na zajmowanym stanowisku;

Ppłk Michalak Bolesław, członek GWKL, specjalista organizacji ochrony zdrowia – specjalizacja z chorób wewnętrznych, ukończenie WUML, pozostaje na dotychczasowym stanowisku.

Ppłk Królasik Zygmunt, kierownik pracowni psychologicznej GWKL, mgr pedagogiki, absolwent Kursu Doskonalenia Oficerów przy Wojskowej Akademii Politycznej – ukończenie WUML i pozostawienie na zajmowanym stanowisku.

Decyzja MON z 1970 r. nakazująca podnoszenie kwalifikacji kadry zawodowej była bardzo korzystna dla lekarzy jednostek wojskowych, którym przełożeni dotąd często niechętnie udzielali na to zgody, gdyż uzyskiwanie specjalizacji trwało wiele lat, wiązało się z odbywaniem licznych staży, kursów, szkoleń, co powodowało długotrwałą nieobecność w jednostce i obciążało dodatkową pracą innych lekarzy. Poza tym młody specjalista stanowił pewnego rodzaju zagrożenie dla „zasiedziały” na stanowiskach starszych oficerów, często o

niskich kwalifikacjach zawodowych, których główną zasługą było pochodzenie społeczne i wyrażony w odpowiednim momencie właściwy stosunek do „władzy ludowej”. W przedstawionym wykazie uderza liczba szkolonych w Wieczorowym Uniwersytecie Marksizmu i Leninizmu, nawet wśród lekarzy podnoszących kwalifikacje medyczne i prognozowanych do zajęcia wyższych stanowisk służbowych. Dla nich dyplom WUML był często koniecznym dodatkowym atutem przy konkutowaniu do różnych stanowisk z lekarzami o podobnych kwalifikacjach zawodowych. Natomiast dla oficerów zbliżających się do końca kariery służbowej i którzy już w zawodzie nie planowali nowych osiągnięć dwuletnie „studia” w WUML stanowiły dowód spełnienia obowiązku podnoszenia kwalifikacji zapewniający spokojne dotrwanie do emerytury, bez narażania się na zarzut niechęci do realizacji wytycznych MON. Na szkolenie w WUML przede wszystkim kierowani byli oficerowie w ramach różnych zadań partyjnych, czy zwyczajnie „z listy” w związku z przydzielonym ze szczebla OW limitem miejsc, co też było powodem ilości „zainteresowanych” tymi „studiami”.

Działalność partyjno polityczna w dalszym ciągu była jednym z ważnych zadań stawianych przez władze partyjno wojskowe przed kadrą szpitala i z reguły stanowiła dla lekarzy uciążliwą i bezsensowną konieczność, zwłaszcza w świetle treści i formy przedstawianych założeń. Przykładowo w roku 1976¹⁰⁷ określono dla szpitala główne cele i zadania działalności partyjno – politycznej. Głównym celem i zadaniem działalności szkoleniowo – propagandowej oraz ideowo – wychowawczej w szpitalu było kształtowanie socjalistycznych i patriotycznych postaw ideowych wśród kadry zawodowej, żołnierzy służby zasadniczej oraz pracowników cywilnych. Kształtowanie wysokiego stanu moralno – politycznego i dyscypliny, dalszego podnoszenia poziomu w zakresie gotowości bojowej oraz usługowo – leczniczej. Uznano, że podstawą do rozwijania i organizowania ideowo – politycznych zamierzeń były: uchwała VII Zjazdu PZPR, uchwały i zalecenia komitetu partyjnego i wydziału politycznego jednostek kwatermistrzowskich SOW oraz zalecenia wynikające z dyrektywy szkoleniowej dowódcy i kwatermistrza SOW na lata 1976 – 1980 jak również kampania wyborcza do sejmu i rad narodowych PRL. Realizacja zamierzonych założeń winna w efekcie zapewnić dobrą integrację załogi oraz wszechstronne i konsekwentne wcielanie w życie codzienne aktualnej polityki partii, pogłębianie i kształtowanie wśród załogi socjalistycznej świadomości, materialistycznego światopoglądu oraz dobrze pojmowanego patriotyzmu proletariackiego i internacjonalizmu. Działalność

¹⁰⁷ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, Główne cele i zadania działalności partyjno – politycznej w r. 1976, sygn. 1118/81/3.

partyjno – polityczna w kształtowaniu ideowych, socjalistycznych i zaangażowanych postaw wśród kadry, żołnierzy służby zasadniczej i pracowników cywilnych miała m.in. wszystkimi dostępnymi formami i metodami stworzyć sprzyjający klimat do dalszego pogłębiania istoty i treści przyjaźni polsko – radzieckiej, braterstwa broni z armią radziecką i innymi sojusznikami państw Układu Warszawskiego. Działalność w tej mierze powinna według wyznaczających zadania umocnić przekonanie wśród ludzi, że dalsza perspektywa rozwoju gospodarczego PRL tkwi w klasowym sojuszu ze Związkiem Radzieckim, co gwarantowało nasze bezpieczeństwo i pokojowy rozwój. W kształtowaniu ideowych postaw nakazano wykorzystywać takie formy działania jak: szkolenia, informacje, akcję lektorską, rozmowy, dyskusje, spotkania z działaczami partyjnymi oraz działalność organizacji partyjnych i aktywu społecznego. Działalność partyjno – polityczna miała być prowadzona też w zakresie dalszego podnoszenia stanu gotowości bojowej, dyscypliny, porządku wojskowego oraz bhp i przeciwdziałaniu powstawania wypadków nadzwyczajnych. Dla osiągnięcia tego celu miano eliminować z życia wewnętrznego szpitala „wszelkie wygodnictwo, awanturnictwo, cwaniactwo, próby nadużywania alkoholu oraz inne negatywne zjawiska godzące w gotowość bojową, dyscyplinę, porządek i jakość pracy”. Organizację partyjną zobowiązano „zaszczepiać ludziom pozytywne cechy takie jak pracowitość, rzetelność, sumienność, prawdomówność i szczerść”. Zakładano intensywne działania dla umocnienia roli i autorytetu organizacji partyjnych m.in. poprzez dbałość o dalszy i jakościowo lepszy wzrost szeregów partyjnych, skuteczniejsze oddziaływanie ideologiczne, stwarzanie sprzyjających warunków socjalno bytowych oraz mobilizowanie załogi do podejmowania czynów i zobowiązań. W zakresie pracy kulturalno – oświatowej zakładano w oparciu o bazę istniejących w Poznaniu ośrodków kultury organizowanie imprez „o wysokim poziomie artystycznym i wartościach ideologicznych”, co nawet w tamtym czasie dla rozsądnie myślących ludzi wydawało się sprzecznością nie do pokonania. Zakładano współpracę z terenowymi organami władzy, organizacjami społecznymi, zakładami pracy i młodzieżą oraz utrzymywanie ścisłych kontaktów z rezerwistami, szczególnie z grupą mającą przydziały mobilizacyjne dla potrzeb szpitala. W ramach działalności partyjno – politycznej w kształtowaniu jak to określano ideowych, socjalistycznych i zaangażowanych postaw wśród kadry zawodowej, żołnierzy służby zasadniczej i pracowników cywilnych m.in. prowadzono comiesięczne szkolenia ideowe i polityczne, informacje polityczne dla kadry, szkolenia partyjne WUML i studium wiedzy o partii oraz okresowe sprawdziany z wiedzy politycznej. Organizowano i zmuszano do udziału w różnego rodzaju akademiach z okazji świąt państwowych i narodowych, dniach np. przodownika pracy i wyszkolenia, wyjazdach ekip

tw. białych niedziel, to jest pracy bez wynagrodzenia w dni wolne od zajęć np. w wiejskich ośrodkach zdrowia, spotkaniach z delegatami na zjazd PZPR, z przedstawicielami Armii Radzieckiej w ramach pogłębiania braterstwa broni i przyjaźni itp. Jeśli do tego dodać jeszcze konieczność organizowania na terenie oddziałów Szpitala różnych wystaw okolicznościowych, punktów propagandowych, dekoracji, gazetek i plansz „o treściach patriotycznych oraz popularyzujących dorobek PRL i obozu socjalistycznego”, to trudno się dziwić, że w dobie pogłębiającego się kryzysu gospodarczego i coraz częstszych kontaktów zagranicznych (w wojsku chociażby przez udział w różnych misjach pokojowych) dających możliwości porównywania takie działania wywoływały skutek odwrotny od zamierzonego. Szczególnie wśród młodszej kadry wzbudzało to nieskrywaną dezaprobatę, przybierającą na sile ośmieszającą aktualny stan rzeczy komentarze w czasie szkoleń, o których programach najczęściej je prowadzący mieli podobne zdanie, traktując swoje działania „z przymrużeniem oka” jako narzuconą konieczność nijak mającą się do zakłamywanej rzeczywistości.

Komendant szpitala zobowiązany był składać okresowe meldunki o realizacji tego typu zadań oraz o stanie dyscypliny w jednostce, której poziom był m.in. rzekomo zależny od sposobu realizacji założeń szkoleń i pracy politycznej. Na przykład w roku 1972¹⁰⁸ meldowano, że stan dyscypliny w 111 WSR kształtował się dobrze, czemu sprzyjała aktywna praca i działalność wychowawcza oraz szerokie zaangażowanie społeczne załogi, jakie zrodziło się po VII i VIII Plenum KC i w czasie VI Zjazdu PZPR. Trwałymi osiągnięciami były m.in.: rozwinięty patriotyzm u ludzi, ciągle pogłębiająca się rywalizacja we współzawodnictwie między oddziałowym, a przy tym stałe doskonalenie się zaufania i stosunków międzyludzkich; dążność do dobrego i przykładowego wywiązywania się ze swoich obowiązków, z codziennej pracy i posiadanie dumy z własnych osiągnięć. W okresie przed VI Zjazdem według meldunku cała załoga czynnie włączyła się do wzorowego działania służbowego oraz w realizację czynów i zobowiązań społecznych. W tym okresie podjęto 63 zobowiązania i czyny, których wykonanie w poważny sposób wpłynęło na dalsze ulepszenie życia i pracy wewnątrzszpitalnej oraz usprawnienie opieki na chorymi. Ogólna wartość zobowiązań i czynów wyceniona została na 70 tys. zł, a na budowę Zamku Królewskiego zebrano 1540 zł. Zorganizowano w ramach akcji „białych niedziel” 6 ekip, które objęły badaniami lekarskimi blisko 1000 osób. Szpital za całokształt szkolenia otrzymał ocenę 3,65, a za stan moralno – polityczny i dyscyplinę 5,0. Do tak wysokiej oceny miały się przyczynić m.in.: wysoka odpowiedzialność za stan moralny i nastroje całej grupy ordynatorów,

¹⁰⁸ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Wydział Polityczny Jednostek Kwatermistrzostwa SOW, Ocena dyscypliny za rok 1971, Nr 010 z 05.01.1972.

kierowników gabinetów i szefów służb; przeprowadzane rozmowy, kontrole oddziałowe oraz organizowane narady z aktywnym społecznym na różne tematy życia wewnątrzszpitalnego; regularnie organizowane zebrania otwarte podstawowych organizacji partyjnych i kwartalne oceny stanu osobowego szpitala przez sekcję polityczną. Problemy pracy wychowawczej w swej działalności zlecono podejmować również koło naukowemu lekarzy, związkowi zawodowemu, organizacji partyjnej i kołu młodzieży socjalistycznej.

Styl i treść meldunków nie zmieniały się przez całą dekadę i zawsze zawierały „przećwiczone” ogólniki oraz stwierdzenia, które nie tylko z punktu widzenia dnia dzisiejszego wzbudzały żałosne uśmiechy i jak można sądzić nawet je piszący nie mogli ich traktować poważnie, a jedynie jako realizację schematu narzuconego przez oderwane od rzeczywistości władze partyjno – polityczne. Przykładem tego może być meldunek z 1976 roku do Szefa Służby Zdrowia SOW¹⁰⁹. Według niego stan dyscypliny i moralno-polityczny kadry zawodowej, żołnierzy służby zasadniczej i pracowników cywilnych szpitala był dobry, co miało być efektem dużego wysiłku kadry kierowniczej, aparatu partyjno politycznego, organizacji partyjnych, młodzieżowych i aktywnego społecznego załogi oraz wpływu bardzo ważnych wydarzeń i jubileuszy, na cześć których podejmowano liczne zobowiązania. Wymieniono takie jubileusze i wydarzenia jak obchody XXX-lecia 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego, XXX-lecie „Dnia Zwycięstwa”, XXX-lecie SOW, XX-lecie Układu Warszawskiego oraz rocznice świąt 1 Maja, 22 Lipca, 12 października a nade wszystko kampanie przedzjazdową i współuczestniczenie w obradach VII Zjazdu PZPR. Komendant meldował, iż troską komendy szpitala, organizacji partyjnych i kierowniczego aktywu zawsze było doskonalenie organizacji pracy i służby, a w tym kształtowanie poprawnych stosunków międzyludzkich we wszystkich relacjach pracowniczych. W oparciu o ten kierunek wszystkie formy szkolenia, odpraw i posiedzeń były wykorzystywane w badaniu i kształtowaniu dobrych nastrojów oraz stanu moralno politycznego przy równoczesnym wdrażaniu znajomości przepisów dotyczących dyscypliny, porządku wojskowego, wysokiej aktywności społecznej i zaangażowanych postaw. Dużo uwagi poświęcano sprawom imprez kulturalno oświatowych i rozrywkowych w ramach zabezpieczenia dni wolnych od zajęć. Sekcja polityczna w oparciu o posiadane fundusze systematycznie organizowała występy zespołów artystycznych dla całej załogi szpitala i pacjentów. Podkreślano, że do tradycji należały też spotkania z działaczami partyjnymi oraz zasłużonymi, ciekawymi ludźmi. Poza tym załoga szpitala korzystała w ramach współpracy z Państwową Operą Poznańską ze zniżkowych biletów na wybrane przedstawienia. Praca propagandowa z przeznaczonymi na nią

¹⁰⁹ Tamże, Szef Służby Zdrowia Zastępca Kwatermistrza Śląskiego Okręgu Wojskowego, Nr 9/73, 10.01.1976.

funduszami miała spełniać wymagane przez przełożonych zadania, wpływać na układy międzyludzkie oraz wysoką dyscyplinę i porządek wojskowy. Według oceny komendanta kadra zawodowa szpitala stanowiła zintegrowany kolektyw, a jej stosunek do wykonywanych zadań i obowiązków służbowych był należyty. W roku 1975 w zakończonym dwuletnim szkoleniu WUML brało udział 80% kadry zawodowej – członków PZPR i aktywu kierowniczego. W tym też roku dalszych 90 osób ze szpitala rozpoczęło szkolenie WUML na kolejnym kierunku – ekonomicznym. Oceniono, że fakty te stanowiły w środowisku szpitala bardzo cenne zjawisko, mające wpływ na dalsze kształtowanie się wysoko zaangażowanych postaw ideowych oraz społecznych jak również konsolidację załogi w sytuacjach koniecznych do wykonywania różnych trudnych zadań. Żołnierze służby zasadniczej (w większości sanitariusze, kierowcy pojazdów sanitarnych i gospodarczych, pomocnicy magazynierów) mimo, że stanowili niewielką grupę w szpitalu byli również w kręgu zainteresowania pionu politycznego, organizacji partyjnej i Socjalistycznego Związku Młodzieży Wojskowej. Żołnierze brali udział w obowiązujących szkoleniach, jednak specyfika służby stanowiła problem dla aparatu politycznego, który był zmuszony do prowadzenia pracy szkoleniowej także w godzinach popołudniowych, na co narzekali ci przyzwyczajeni do raczej wygodnych warunków pracy oficerowie. W meldunku podkreślano, że ogólnie biorąc, praca z tą grupą żołnierzy nie stwarzała poważniejszych problemów, a włożony w proces wychowawczy wysiłek dawał satysfakcję w postaci dobrych efektów i wyników szkoleniowych, a ich uczestnikom zasłużone nagrody. Według komendy wymiernymi wartościami wysiłków szkoleniowo wychowawczych były fakty dużego zaangażowania pracowników cywilnych oraz wszystkich żołnierzy szpitala w podejmowaniu czynów społecznych i zobowiązań z okazji wymienionych wyżej jubileuszy i VII Zjazdu PZPR. Z dużym zadowoleniem podkreślano, że w roku 1975 17 zespołów pracowniczych uzyskało tytuł brygady pracy socjalistycznej (w tym 3 po raz trzeci), natomiast z okazji VII Zjazdu podjęto i zrealizowano 142 zobowiązania, w tym 92 zbiorowe, a wartość wymierna tych czynów wynosiła ponad 220 tys. zł. W realizacji tych zadań brało udział 122 osób kadry zawodowej i 411 pracowników cywilnych. Żołnierze służby zasadniczej uzyskali 8 odznak wzorowych żołnierzy. Osiągnięcia szpitala w tym zakresie z lat 1971 – 1975 zostały potwierdzone kontrolami prowadzonymi przez przełożonych szczebla MON, SOW i Wydziału Politycznego Jednostek Kwatermistrzowskich. W roku 1975 kontrolujący wysoko ocenili stan moralno – polityczny załogi szpitala, a wyniki egzaminów z wiedzy ideowo politycznej przedstawiały się następująco: w grupie oficerów i chorążych – 4,45; w grupie podoficerów zawodowych 4,33; w grupie żołnierzy służby zasadniczej – 4,33. Ponadto za

wysokie efekty działalności w zakresie gotowości bojowej, dyscypliny leczniczej i gospodarczej szpital otrzymał z rąk Ministra Obrony Narodowej „Medal za szczególne osiągnięcia szkoleniowe”, a dowódca SOW nagrodził pucharem przechodnim za zajęcie pierwszego miejsca w konkursie za całokształt działalności wśród wszystkich jednostek kwatermistrzowskich SOW. Uznano, że „te dwie nagrody najwyższych przełożonych potwierdziły słuszność działań kierownictwa i organizacji partyjnych szpitala oraz całej załogi w celu uzyskania konkretnych i wymiernych efektów, załódze natomiast dało pełną satysfakcję i dumę z tych osiągnięć, jak również zobowiązało do dalszego doskonalenia w stylu pracy i zwiększenia wysiłku w dalszym, jakościowo lepszym wykonywaniu zadań w przyszłym 5-leciu”¹¹⁰. Stwierdzono, że mając na uwadze uchwałę VI Zjazdu PZPR oraz inne dokumenty z niej wynikające nastąpiło dalsze uaktywnione działanie w dziedzinie podwyższania i kształtowania świadomości społecznej, które wywierało bardzo korzystny klimat w zakresie kształtowania dyscypliny, stosunku do pracy i pozytywnych, korzystnych dla wszystkich postaw.

Szpitalowi jako jednostce mającej za podstawowe zadanie prowadzenie na odpowiednim poziomie działalności leczniczej mimo wręcz paranoicznych działań aparatu partyjno politycznego i nieustannych trudności gospodarczych udawało się dalej szczęśliwie uzyskiwać dobre rezultaty w merytorycznej pracy, o czym świadczy m.in. stale rosnąca liczba osób cywilnych starających się trafić właśnie tu na leczenie. Kierownictwo szpitala borykało się z wieloma trudnościami kadrowymi, gospodarczymi oraz lokalowymi, o których systematycznie meldowano przełożonym z konkretnymi propozycjami poprawy sytuacji jednostki. W roku 1973 komendant szpitala w związku ze zmianami organizacyjnymi i zwiększoną liczbą zadań przedstawił szefowi służby zdrowia SOW wnioski i propozycje zmian etatowych w poszczególnych oddziałach, gabinetach i w aptece¹¹¹. W oddziałach wewnętrznych proponowano utrzymać etaty młodszych asystentów /kpt./ z zamianą ich na etaty asystentów /mjr/, gdyż skreślenie tych etatów zmniejszyłoby liczbę oficerów lekarzy na poszczególnych oddziałach, co wobec wzrastającej ilości wyjazdów szkoleniowych (kursy, ćwiczenia) i czynności leczniczych utrudniłoby wykonanie zadań stawianych oddziałom wewnętrznym. W oddziale okulistycznym proponowano dodać etat pielęgniarki oddziałowej, ponieważ oddział nie posiadał w swoim etacie takiego stanowiska, a nieetatowo jej obowiązki pełniła pielęgniarka operacyjna. W oddziale chirurgii ogólnej chciano przywrócić skreślony etat asystenta /mjr/, dodać etat pielęgniarki opatrunkowej i pielęgniarki gospodarczej. W roku

¹¹⁰ Tamże, s. 4.

¹¹¹ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, 111 Wojskowy Szpital Rejonowy pismo Nr 0442 z 15.08 1973 r., sygn. 2804/83/9.

1972 pismem 047/Org. ustalającym nowe etaty w związku z powstaniem pododdziału urologicznego skreślono etat asystenta przy utrzymaniu dawnego etatu łóżkowego (70). Pododdział chirurgii ogólnej posiadający 2 sale opatrunkowe – aseptyczną i septyczną nie posiadał etatu pielęgniarki opatrunkowej. Jej zadania realizowały pielęgniarki z oddziału, co zubożało obsadę oddziałową i utrudniało pielęgnację chorych. Oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem urologicznym posiadały etatowo 100 łóżek. W tej sytuacji 1 etat pielęgniarki gospodarczej nie wystarczał do prowadzenia gospodarki żywnościowej, mundurowej i kwaterunkowej na właściwym poziomie. W pododdziale urologicznym uważano za konieczne dodać etat asystenta lekarza cywilnego, etat pielęgniarki oddziałowej i 2 etaty sanitariuszek. W 30 łóżkowym pododdziale dwuosobowa obsada lekarska była niewystarczająca Nawet do przeprowadzania samodzielnych zabiegów operacyjnych. Ponadto pododdział prowadził przyjęcia ambulatoryjne. Utworzenie etatu pielęgniarki oddziałowej było celowe ze względu na liczne zajęcia administracyjne i fachowe związane z prowadzeniem 30 łóżkowego pododdziału. Znaczną część pacjentów tu leczonych stanowili chorzy w podeszłym wieku, leżący, wymagający wzmożonej opieki, w związku z czym czteroetatowa obsada sanitariuszek była niewystarczająca. W bloku operacyjnym chciano dodać etat lekarza asystenta anestezjologa (cywilny), 2 etaty pielęgniarek instrumentariuszek, 1 etat pielęgniarki gospodarczej i 1 etat sanitariuszki. Motywowano to tym, że blok operacyjny pracował na rzecz 4 oddziałów szpitalnych (chirurgicznego, urologicznego, urazowego i ginekologicznego), a operacje odbywały się w 3 salach operacyjnych. Anestezjolodzy pracowali dodatkowo w salach operacyjnych oddziału laryngologicznego i okulistycznego. Szpital posiadał w sumie 170 łóżek o profilu zabiegowym. Niezależnie od zabiegów operacyjnych anestezjolodzy konsultowali pacjentów z całego Szpitala wymagających intensywnego nadzoru i leczenia. W tym czasie pracowało 2 anestezjologów, w tym kierownik bloku operacyjnego (jeden etat nie obsadzony). Pielęgniarki operacyjne pracowały równolegle na 3 salach operacyjnych oraz pełniły całodobowe dyżury operacyjne, w związku z czym 6 osobowa obsada (wraz z pielęgniarką poddziałową) nie zabezpieczała potrzeb szpitala. Blok operacyjny prowadził samodzielną gospodarkę materiałowo mundurową, czym zajmowała się pielęgniarka oddziałowa, co utrudniało jej zasadniczą pracę. Proponowano dodać etat technika rentgenowskiego w gabinecie rentgenowskim w związku z uruchomieniem w szpitalu aparatu małoobrazkowego i powstaniem odrębnego stanowiska diagnostycznego. Pracownia rentgenowska w całości posiadała za mało etatów laboranckich, gdyż normy przewidywały 1,5 stanowiska laboranta na 1 miejsce pracy, podczas gdy w szpitalu na 4 stanowiska pracownicze przypadały tylko 3 etaty techników. W aptece chciano

utworzyć etat zastępcy kierownika działu – inżyniera elektryka lub mechanika, ponieważ znaczny wzrost ilości sprzętu specjalistycznego i precyzyjnego przy równoczesnym wzroście ilościowym sprzętu medycznego w oddziałach szpitalnych powodował konieczność fachowego nadzoru oraz zwiększenia ilości usług konserwatorskich. Dla punktu krwiodawstwa proponowano dodać etaty: 1 pielęgniarki, 1 laborantki medycznej, 1 pomocy laboratoryjnej, 1 rejestratorki, zgodnie z zarządzeniami Instytutu Hematologii oraz głównego konsultanta d.s. krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Propozycje kolejnych, mniejszych zmian dotyczące lecznictwa określono pismem Nr Pf 1053 po ustaleniach komisji pod przewodnictwem płk Olejniczaka¹¹². Proponowano w ramach komendy i obsługi administracyjnej szpitala zwiększenie obsady personalnej z 21 do 25 osób, zgodnie z obowiązującymi normatywami zatrudnienia. W oddziałach chorób wewnętrznych zmianę etatu biochemika na st. asystenta internistę oraz zwiększenie obsady lekarskiej z 9 do 12 internistów, z czego minimum 2 powinno zostać wydzielonych do polikliniki. Uzasadniano to objęciem lecznictwem coraz szerszych grup uprawnionych, koniecznością udzielania porad specjalistycznych w zakresie kardiologii, gastrologii, chorób narządu ruchu itp. oraz koniecznością pracy ambulatorium internistycznego w wymiarze co najmniej 10 godzin dziennie. W oddziale chirurgii ogólnej zwiększenie etatów wojskowych o 2 oficerów chirurgów poprzez zmianę z etatów cywilnych (6 wojskowych + 2 cywilnych) oraz w oddziale chirurgii urazowej zwiększenie etatów wojskowych o 1 oficera chirurga – ortopedę. Częste wyjazdy służbowe oficerów ujemnie wpływały na możliwości wykonywania wskazanych zabiegów operacyjnych. Uznano za konieczne wydzielenie bloku operacyjnego jako samodzielnej komórki organizacyjnej z oddziału chirurgii ogólnej. Proponowano ustalenie w nim obsady średniego i niższego personelu medycznego w ilości minimum 8 pielęgniarek, 4 salowych i 2 żołnierzy – sanitariuszy. W związku z powstaniem oddziału anestezjologii i intensywnej opieki medycznej (6 łóżek plus obsługa sal operacyjnych bloku operacyjnego i oddziału laryngologicznego oraz okulistycznego) koniecznym stało się uzupełnienie jego obsady personalnej do stanu zgodnego z obowiązującymi normami zatrudnienia. Uznano, że koniecznym stało się wydzielenie z polikliniki gabinetu chorób dziecięcych jako samodzielną komórkę organizacyjną. Gabinet poza pracą ambulatoryjną obejmował opieką grupę dyspanseryjną dzieci oraz opiekę położnej nad matkami zwolnionymi tuż po urodzeniu z cywilnych oddziałów położniczych. Obsada personalna gabinetu powinna wynosić 3 lekarzy pediatrów, 4 pielęgniarki i 2 pielęgniarki położne. Dla pracowni klinicznej proponowano wprowadzić dodatkowo 3 etaty techników analitycznych, 1

¹¹² Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Łądowych, 111 Wojskowy Szpital Rejonowy, sygn. 2804/83/9.

chemika z wyższym wykształceniem i 1 referenta. Zakres pracy w pracowni klinicznej systematycznie wzrastał – w roku 1975 ilość wykonanych analiz wynosiła 257385, to jest ok. 40000 analiz więcej niż w roku 1974. W punkcie krwiodawstwa chciano 4 etaty średniego personelu medycznego (zgodnie z normatywem zatrudnienia) m.in. dlatego, że wykonywano m.in. pełne oznaczenie grup krwi. W celu odciążenia od prac administracyjnych pielęgniarek oddziałowych proponowano wprowadzenie stanowisk sekretarek medycznych w oddziałach wewnętrznych, chirurgii ogólnej i chirurgii urazowej.

Komendant szpitala przedstawił także wnioski i propozycje dotyczące poszczególnych służb kwatermistrzowskich¹¹³. Według oceny komendanta stanowisko referenta d.s. materiałów pędnych i smarów (mps) powinno się zmienić na stanowisko podoficera mps, gdyż szpital utrzymywał zapasy materiałów pędnych w ilości ponad 100 ton, które wymagały ciągłego odświeżania. Poza tym w użytku bieżącym było w ciągłej eksploatacji ponad 20 pojazdów mechanicznych (łącznie z jednostkami przydzielonymi). Na terenie miasta Poznania były trudności z zatrudnieniem odpowiedniego pracownika na stanowisko referenta z uwagi na niską stawkę uposażenia i przez długi okres czasu stanowisko to było nie obsadzone, a prace związane z bieżącą gospodarką mps i z zadaniem zabezpieczenia planu mobilizacyjnego wykonywał w godzinach pozasłużbowych pisarz kwatermistrza. Szpital oprócz bieżącego zabezpieczenia potrzeb gospodarczych obciążony był poważnymi zadaniami mobilizacyjnymi i właściwe utrzymanie zapasów materiałowych oraz stałej gotowości bojowej bez podoficerów zawodowych byłoby niemożliwe. Bez zaangażowania podoficerów zawodowych zabezpieczenie często przeprowadzanych ćwiczeń jednodniowych (w niedziele) byłoby również bardzo utrudnione. W tym stanie rzeczy komendant wnosił o nie przewidywanie obsadzania tych stanowisk (podoficerów żywnościowego i mundurowego oraz magazyniera żywnościowego) przez pracowników cywilnych, jak to zastrzeżono w etacie na wypadek zwolnienia lub przeniesienia podoficera z zajmowanego stanowiska. Sprawa była poważna, ponieważ pełniący w tym czasie służbę podoficerowie z uwagi na wiek i stan zdrowia przewidywani byli do zwolnienia ze służby zawodowej. Problemem było także przy obowiązujących stawkach wynagrodzenia obsadzenie przez kierowców cywilnych 4 samochodów – sanitarek, z których 2 pełniły codziennie 24 godzinny dyżur. Dlatego komendant wnosił o zwiększenie stanowisk kierowców w drużynie samochodowej z 2 do 6 szeregowych oraz sanitariuszy izby przyjęć z 2 do 4. W roku 1973 dowódca SOW wydał zarządzenie Nr 117 w sprawie doskonalenia systemu pełnienia służby, którego ściśle przestrzeganie w warunkach Szpitala było niezwykle utrudnione. W związku z tym

¹¹³ Tamże, Pismo Nr 0443 z 15.08. 1973 r.

komendant 15.02.1974 r. pismem Nr Pf 97 przedstawił szefowi Oddziału IX Sztabu SOW ogólną charakterystykę obiektów 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego oraz wnioski i propozycje dotyczące działań umożliwiających realizację zarządzenia¹¹⁴. Szpital usytuowany w centrum miasta stanowił zwartą zabudowę przylegającą bezpośrednio do dwóch ulic. W budynku znajdowały się oddziały lecznicze, poliklinika, komenda wraz z administracją oraz pomocniczymi placówkami usługowymi (sklepy wojskowej centrali handlowej) dostępnymi dla osób postronnych. Do gabinetów polikliniki wchodziło się przez niestrzeżone wejścia, bezpośrednio z ulicy. Ponadto załoga szpitala oraz interesanci mogli wchodzić do komendy i administracji, do izby przyjęć i oddziałów szpitalnych wejściem głównym bezpośrednio z ulicy. W obiekcie szpitala znajdował się także budynek Miejskiej Straży Pożarnej wraz z ogródkiem szkoleniowym i budynkami gospodarczymi, do których prowadził wolny i niestrzeżony wjazd na zaplecze szpitala, gdzie znajdowało się otwarte w ciągu dnia wejście do sklepów handlowych, kuchni, kotłowni, Wojskowej Administracji Koszar (WAK) i apteki. W głównym wejściu szpitala znajdowała się portiernia, w której w ciągu dnia zatrudnieni byli pracownicy cywilni na stanowiskach portierów. Na pierwszym piętrze usytuowana była dyżurka oficera dyżurnego i jego pomocnika (żołnierza służby zasadniczej), oddzielny pokój dowodzenia oficera dyżurnego oraz pokój lekarza dyżurnego garnizonu. Według meldunku komendanta, praktycznie rzecz biorąc przez wszystkie w/w nie kontrolowane wejścia można było dostać się w ciągu dnia na teren całego szpitala. Wszystkie wejścia wieczorem były zamykane, jednak nie gwarantowało to należytego zabezpieczenia dostania się do wnętrza szpitala. Komenda szpitala była odpowiedzialna za zabezpieczenie obiektów magazynów zapasów nienaruszalnych (ZN) znajdujących się przy ulicach Ułańskiej i Lutyckiej oddalonych od budynku szpitalnego o 1 i 10 km. Obiekty te były strzeżone przez cywilnych, uzbrojonych wartowników podlegających kwatermistrzowi i oficerowi dyżurnemu szpitala. W zakresie zabezpieczenia należytego funkcjonowania służb i wart odpowiedzialny był wyznaczony rozkazem komendanta jego starszy pomocnik d.s. mobilizacyjnych, ponieważ etat nie przewidywał szefa sztabu lub zastępcy d.s. liniowych. Do pełnienia służby oficera dyżurnego wyznaczani byli oficerowie i podoficerowie z grupy administracji wojskowej oraz apteki i stomatologii, a także sporadycznie lekarze stażyści. Jak wynika z meldunku komendzie w miarę swoich możliwości pomagała sekcja polityczna w rozwiązywaniu problemów organizacyjnych traktujących doskonalenie pełnionych służb. Na posiedzeniach komitetu partyjnego podstawowej organizacji partyjnej (POP), egzekutywach i zebraniach omawiane były problemy związane z gotowością bojową, a w tym jakością pełnienia służby

¹¹⁴ Tamże, Pismo Nr Pf 97 z 15.02.1974.

dyżurnej. Podkreślano, że „w pracy partyjno politycznej zwracano uwagę na szkolenie ideowe, w którym m.in. egzekwuje się znajomość bieżących spraw z areny politycznej i właściwemu interpretowaniu zachodzących zjawisk łącząc je z potrzebą wzmagania czujności i związanej z tym wysokiej gotowości bojowej szpitala”. Niestety nie wytłumaczono przy tym dyżurującym jak ten zbiór ogólników ma się do możliwości wykonywania zadań w budynku o takich rozwiązaniach architektonicznych jakie były w szpitalu, który został zorganizowany w przedwojennym hotelu. Służba oficera dyżurnego pełniona była jak w całym garnizonie w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego. Oficer dyżurny miał do dyspozycji zestaw urządzeń umożliwiający w każdym czasie całkowite rozliczenie osób będących w pracy i znajdujących się poza jednostką. Tok pełnienia służby był kontrolowany przez wyznaczonych rozkazem komendanta oficerów – zastępców, kwatermistrza i pomocnika d.s. mobilizacyjnych. Na podstawie charakterystyki obiektu szpitala widoczne były trudności służby oficera dyżurnego, m.in. niemożność całkowitej kontroli wchodzących na teren jednostki osób oraz skutecznej ochrony obiektu. Do pełnienia różnych służb i dyżurów angażowano także żołnierzy służby zasadniczej (9). Dwóch sanitariuszy pełniło 24 godz. dyżury w izbie przyjęć i dalszych dwóch w bloku operacyjnym. Czterech kierowców wykorzystywano do pełnienia służby dyżurnej jako pomocników oficera dyżurnego szpitala oraz do służby dyżurnej sanitarek. Szpital zobowiązany był do utrzymywania w stałej gotowości 2 sanitarek (1 reanimacyjnej), na które nie posiadał odpowiedniej obsady etatowej, gdyż obsada żołnierzy służby zasadniczej w etacie została skreślona, natomiast kierowców cywilnych trudno było zaangażować ze względu na niskie płace. Uwzględniając przedstawione problemy komendant wnioskował m.in. o wprowadzenie 8 etatów wartowników – osób cywilnych przeznaczonych do zabezpieczenia ochrony obiektu w ciągu dnia w biurze przepustek kontrolujących wchodzących na teren szpitala przez główne wejście; wymienionych wartowników zabezpieczyć w odpowiednia stawkę uposażenia równorzędną z wartownikami straży przemysłowej w resorcie cywilnym; zwiększenie stanu etatowego żołnierzy służby zasadniczej o 8 – 10 osób, co pozwoliłoby zabezpieczyć potrzeby służb dyżurnych – oficera dyżurnego i służby zdrowia oraz potrzeby gospodarcze i usługowe szpitala. Pełne zabezpieczenie kontroli osób wchodzących przez wejście polikliniki mogłoby być rozwiązane wyłącznie przez wyprowadzenie z terenu szpitala straży pożarnej oraz polikliniki. Jak można było przewidywać większość tych wniosków nigdy nie doczekała się realizacji, a dotyczący straży pożarnej okazał się tak nierealny, że wcześniej szpital przestał być w rzeczywistości wojskowym - pozostała tylko nazwa i organ założycielski, przy finansowaniu działalności z systemu ubezpieczeń społecznych, podczas gdy straż funkcjonuje

coraz lepiej w tym samym miejscu do chwili obecnej. Poliklinika wprawdzie pracuje w lepszych warunkach w budynku przy ul. Szylinga, jednak funkcjonuje na zasadach placówki cywilnej i w jej gabinetach chętnie przyjmowani są wszyscy ubezpieczeni, których koszt leczenia pokrywała Kasa Chorych, a później Narodowy Fundusz Zdrowia.

Stałą troską komendy szpitala było uzyskiwanie środków na prowadzenie remontów i konserwacji obiektów jednostki. Szpital znajdował się w oddanym do użytku w roku 1927 budynku hotelu „Polonia”, którego właściwie nigdy nie udało się w pełni dostosować mimo ponoszonych dużych wydatków do warunków, jakim powinien odpowiadać prawidłowo funkcjonujący obiekt szpitalny. Poza głównym budynkiem większymi inwestycjami było oddanie do użytku w roku 1955 budynku transformatora (z cegły), w latach 1960 – 1963 trzech cieplarni (szklarnie), w roku 1964 magazynu butli tlenowych i w 1975 r. żelbetonowego zbiornika wodnego o kubaturze 150 m sześciennych. Pozostałe działania polegały na prowadzeniu niekończących się, kosztownych remontów, prowadzonych zazwyczaj mało fachowymi siłami Wojskowej Administracji Koszar. W związku z pogarszającym się stanem obiektu w latach siedemdziesiątych nastąpiło nasilenie prac remontowych¹¹⁵. W roku 1970 przeprowadzono remont kotłowni, bieżące remonty polikliniki oraz oddziałów dermatologicznego i wewnętrznego pierwszego. W roku 1971 wykonano prace remontowo budowlane w gabinecie fizykoterapii, ambulatorium dziecięcym i w całym ciągu pomieszczeń kondygnacji parterowej. Zmodernizowano pomieszczenia gabinetu rtg, co umożliwiło zainstalowanie zakupionego w 1970 r, nowoczesnego aparatu „Tur 700”. Zakończony został remont i modernizacja stołówki szpitalnej oraz ambulatorium stomatologicznego i oddziału okulistycznego. Wykonany został remont pomieszczeń administracji na V piętrze budynku i zaadaptowano tam pomieszczenia na bazę szkoleniową oraz bibliotekę naukową. Udało się zakupić sprzęt kwaterunkowy dla niektórych gabinetów i dla administracji, a także odpowiednio wyposażyć kuchenki oddziałowe. Przeprowadzono malowanie 5 klatek schodowych i kotłowni z remontem urządzeń c.o. i pary. W ogrodzie szpitalnym wyremontowane zostały szklarnie z przebudową kotłowni i wymianą kotła. Rozpoczęto modernizację głównego wejścia do budynku szpitala i remont internatu pielęgniarek, który zakończono w roku następnym. W roku 1972 przeprowadzony został remont oddziałów laryngologicznego i ortopedyczno urazowego, punktu krwiodawstwa, izby przyjęć, pomieszczeń administracyjnych i kawiarenki szpitalnej. Zaadaptowano świetlicę oddziału wewnętrznego pierwszego na całkowicie monitorowaną salę intensywnego dozoru i rozpoczęto podobną adaptację sal w oddziale drugim wewnętrznym. Zakończona została

¹¹⁵ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, *Specjalne notatki – 1975 rok*.

przebudowa głównego wejścia do szpitala i świetlicy szpitalnej. Naprawiony został zniszczony przez huragan dach nad głównym budynkiem. Rozpoczęto remont oddziału chirurgicznego z wydzieleniem pododdziału urologicznego. Zakończono także porządkowanie przyszpitalnego parku dla rekreacji chorych chodzących. W kolejnym roku zmodernizowane i wyremontowane zostały oddziały neurologiczny i wewnętrzny drugi oraz pododdział urologiczny. Rozpoczęto, trwający ponad rok, generalny remont oddziału chirurgicznego z blokiem operacyjnym, a dla ambulatorium chirurgicznego przystosowano pomieszczenia WAK. Kontynuowane były remonty pomieszczeń gospodarczych – kuchni szpitalnej, magazynów służb szpitala i piwnic, a także naprawiono dachy na magazynach przy ulicach Ułańskiej i Lutyckiej. W roku 1974 zakończony został remont oddziału dermatologicznego i rozpoczęty ginekologicznego, a w oddziale chirurgii ogólnej zorganizowana została sala intensywnej terapii. Udało się także oddać do użytku niezbędną dla zabezpieczenia pracy szpitala trafostację umożliwiającą dodatkowe zasilanie w energię elektryczną. W kolejnym roku zakończony został remont oddziału ginekologicznego i rozpoczęty oddziałów obserwacyjnego i wewnętrznego pierwszego. W ramach remontów bieżących odnowiono pomieszczenia gabinetu radiologii, stołówki pracowniczej, pralni, sali historii i kancelarii ogólnej. Wykonany został kapitalny remont tlenowni i akumulatorowni. W roku 1976 wyremontowano pomieszczenia gabinetu stomatologicznego i wojskowego punktu krwiodawstwa oraz usuwano braki wykonawcy remontu oddziału wewnętrznego. W roku 1977 wykonane zostały tylko bieżące remonty oddziałów zakaźnego, urazowo ortopedycznego, chirurgii ogólnej i urologii oraz izby przyjęć. Odnowiona została też elewacja budynku szpitalnego i w trakcie przebudowy wejścia głównego zmieniono lokalizację pomieszczenia dla oficera dyżurnego. Podobnie w roku następnym wykonywane były tylko remonty bieżące – 1 piętra polikliniki, oddziałów okulistycznego i wewnętrznego drugiego, pomieszczeń administracji i biblioteki, 7 klatek schodowych oraz kuchni głównej i stołówki. Więcej prac remontowych zostało przeprowadzonych w latach 1979 – 1980, kiedy to wykonano remont kapitalny oddziału laryngologicznego, remont bieżący oddziału dermatologicznego, remont gabinetu chirurgii urazowej i gabinetu dziecięcego oraz zaadaptowano 4 pomieszczenia na dyżurki i sale intensywnej opieki medycznej w oddziale chirurgicznym. Wykonany został też remont kapitalny kuchni, z wymianą kotłów i remont kotłowni z wymianą 3 kotłów. W obiektach przy ul. Lutyckiej zamontowane zostało oświetlenie zewnętrzne i wykonany remont dwóch ramp przy magazynie, a przy ul. Ułańskiej oddano do użytku stacje benzynową. Kontynuowany był remont dach budynku szpitalnego.

Ustawiczne prace remontowe i adaptacyjne uniemożliwiały przez wiele miesięcy w roku wykorzystywanie etatowych łóżek szpitalnych. W latach 1970 - 1979 w etacie szpitala było od 400 do 436 łóżek, z maksymalną możliwością rozwinięcia od 440 do 500¹¹⁶, podczas gdy ilość łóżek faktycznie rozwiniętych wynosiła np. w latach: 1970 - 386, 1973 - 369, 1974 - 349, 1977 - 365, 1979 - 327. Dezorganizacja pracy była szczególnie widoczna w oddziałach. Czas przestojów w pracy w okresie remontów udawało się wielu lekarzom będącym w trakcie specjalizacji wykorzystywać na odbywanie obowiązujących kursów i staży.

W latach siedemdziesiątych w szpitalu nastąpiło kilka ważnych zmian organizacyjnych. W roku 1973 rozpoczęła pracę poradnia zdrowia psychicznego, której kierownikiem został kpt. Wiesław Majewski, lekarz psychiatra. W pierwszym okresie działalności w poradni pracowali także pracownicy oddziału neurologicznego – specjalista psychiatra Sylwester Matuszewski i psycholog mgr Władysław Paluchowski. Na etacie psychologa początkowo pracowała mgr Urszula Kujawska, a od 1975 r. mgr Ewa Pałasz. Poradnia funkcjonowała w trudnych warunkach lokalowych, w pomieszczeniach z przebudowanego fragmentu korytarza na drugim piętrze polikliniki. Główny nurt leczenia obejmował kwalifikowaną psychoterapię nerwic, pomoc w reakcjach sytuacyjnych, zwłaszcza w trudnościach adaptacyjnych u żołnierzy, oraz farmakoterapię psychoz. Znaczną część pracy stanowiło orzekanie o zdolności do służby wojskowej dla potrzeb Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej i sądów. Poradnia prowadziła też w zakresie profilaktyki szkolenia dla kadry zawodowej i lekarzy jednostek wojskowych dotyczące zapobiegania i wczesnego wykrywania zaburzeń psychicznych u żołnierzy. W poradni prowadzono również poradnictwo seksuologiczne oraz leczenie odwykowe alkoholizmu i nikotynizmu¹¹⁷. W roku 1974 został wydzielony z oddziału chirurgii ogólnej samodzielny oddział urologiczny, którego ordynatorem został ppłk Józef Strzyżowski, późniejszy kierownik Kliniki Urologicznej AM w Poznaniu, starszym asystentem mjr Zbigniew Bogacki, a lekarze Maciej Strzyżowski i Piotr Nowakowski asystentami¹¹⁸. Oddział urologiczny zabezpieczał nie tylko rejon szpitala, ale wszystkie jednostki wojskowe w północnej części Polski. W roku 1975 został zarządzeniem Szefa Sztabu SOW utworzony pierwszy w Wojsku Polskim oddział anestezjologii i intensywnej opieki medycznej, którego ordynatorem został płk Jerzy Szukalski, późniejszy główny specjalista SOW d.s. anestezjologii¹¹⁹. Wprowadzone zostały stałe dyżury lekarzy anestezjologów zabezpieczających pod względem anestezjologicznym

¹¹⁶ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Metryka zakładu Leczniczego 111 Wojskowy Szpital Rejonowy, lata 1965 – 1979.

¹¹⁷ R. Stankiewicz, A. Felchner, A. Drożdż, Z dziejów Szpitala Wojskowego w Poznaniu, Poznań 1995, s.92.

¹¹⁸ Metryka Zakładu Leczniczego 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego za lata 1965 -1974.

¹¹⁹ Tamże za lata 1975 -1979.

oddział i pacjentów całego szpitala. 25 marca 1974 roku rozkazem organizacyjnym Dowódcy SOW Nr 029 została rozwiązana 6 Okręgowa Składnica Sanitarna z dniem 31 maja 1974 roku. Od 01.06.1974 r. obiekty składnicy wraz z materiałem i sprzętem sanitarnym podporządkowano komendantowi 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego. Utworzony został Wydział Zaopatrzenia Medycznego, którego szefem został ppłk Adam Talarowski. Wydział składał się z apteki, sekcji formowania i odnawiania zapasów, sekcji sprzętu medycznego i warsztatu sprzętu medycznego. Działalność tych jednostek została przedstawiona w rozdziale dotyczącym zaopatrzenia medycznego. W październiku 1975 roku na podstawie zarządzenia Szefa Sztabu Generalnego 061/Org. z dnia 14.08.1975 r. Szef Sztabu SOW zarządzeniem Nr 0146/Org. w sprawie reorganizacji Pracowni Psychologicznych przy Wojskowych Komisjach Lekarskich nakazał kwatermistrzowi SOW sformować m.in. Wojskową Pracownię Psychologiczną w Poznaniu przy ul. Zeylanda 1, powołać jej kierownika, określić szczegółowe zakresy obowiązków i działania dla poszczególnych pracowni psychologicznych oraz zabezpieczyć adaptację pomieszczeń dla pracowni¹²⁰. Pracownia poznańska swoim zasięgiem terytorialnym obejmowała Wojskowe Komendy Uzupełnień w Gnieźnie, Lesznie Nowym Tomyślu i w Poznaniu oraz jednostki wojskowe stacjonujące na terenie województw poznańskiego i leszczyńskiego. Kierownikiem pracowni został mjr Zygmunt Królasik. Ostatnią ważną zmianą organizacyjną tego okresu było utworzenie w roku 1978 pracowni gastroscopowej w oddziale wewnętrznym pierwszym.

W tym czasie na skutek wzrostu liczby stawianych szpitalowi zadań oraz osiągnięcia przez wielu oficerów wieku emerytalnego następowały duże zmiany kadrowe¹²¹. W roku 1972 ubyli w stan spoczynku: płk Gerwel – ordynator oddziału chirurgii ogólnej, płk Knitter – kierownik przychodni dziecięcej, mjr Malesza – st. asystent przychodni dziecięcej, ppłk Rzepecki – st. asystent oddziału wewn. I, płk Stanisławski – kierownik gab. fizykoterapii, mjr Sykała – kierownik ambulatorium dentystycznego, st. sierż. Likowski – magazynier mundurowy. Do rezerwy przeniesiony został ppor. Słupczyński – oficer służby okresowej w aptece. Zmarł kpt. Sadoch – oficer mundurowy. Do pracy w szpitalu przybyli: mjr Rutkowski Kazimierz – asystent oddz. wewn. I, por. Wesołowski Aleksander – asystent oddz. chirurgii ogólnej, por. Janusz Andrzej – mł. asystent oddziału wewn. II, kpt. Sidorczyk J. – kierownik przychodni dziecięcej, kpt. Cieślak Tadeusz – st. asystent przychodni dziecięcej, mjr Mucha Jan – st. asystent oddziału chirurgii urazowej, por. Skowron Stefan – farmaceuta, mł. chor. Brząkała Józef – oficer mundurowy, sierż. Chocaj Ryszard – st. pisarz kancelarii.

¹²⁰ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, 111 Szpital Wojskowy, Zarządzenie Szefa Sztabu SOW Nr 0146/Org. z dnia 30.10.1975 r.

¹²¹ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, *Specjalne notatki*, s. 36 – 38.

Ordynatorem oddziału chirurgii ogólnej został ppłk Marczewski Maksymilian, kierownikiem gabinetu fizykoterapii ppłk Fahrenholz Henryk. Komendant Szpitala płk Brancewicz objął stanowisko komendanta Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, a komendantem 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego został ppłk Jóźwiak. W następnym roku w stan spoczynku ubyli: płk Rudnicki – zastępca komendanta d.s. leczenia, ppłk Gaul – kwatermistrz oraz sierżanci Marcinkowski – podoficer mundurowy i Nowaczyk z WAK. Na własną prośbę ubył do rezerwy kpt. Sidorczyk – kierownik przychodni dziecięcej. Zmarł ppłk Wroński – kierownik pracowni biochemicznej. Służbę w szpitalu rozpoczęli: ppłk Liśkiewicz Zbigniew – zastępca komendanta d.s. leczniczych, ppłk Brett Andrzej – kwatermistrz, mjr Wołoszczuk Stefan – specjalista chorób wewnętrznych, por. Puacz Józef – kierownik ambulatorium dentystycznego, kpt. Majewski Wiesław – kierownik poradni zdrowia psychicznego, podoficerowie kwatermistrzostwa – Jasiński, Najdowski, Jaworski. Obowiązki kierownika przychodni dziecięcej przejął kpt. Cieślak Tadeusz. Kilku lekarzy w 1973 r. podniosło kwalifikacje – II st. specjalizacji uzyskali: ppłk Kopras – dermatolog, mjr Jedlikowski, mjr Sałamacha, prac. cyw. Niziołek – interniści, prac. cyw. Lompa – chirurg, mjr Bogacki – urolog, prac. cyw. Matuszewski – psychiatra. I st. specjalizacji uzyskali: prac. cyw. Górka – ortopeda, kpt. Janusz – psychiatra. W latach 1974 i 1975¹²² ubyli w stan spoczynku: płk Stalewski – ordynator oddziału obserwacyjnego, ppłk Strabel – były dowódca składnicy sanitarnej, kierownik sekcji formowania i odnawiania zapasów, ppłk Sturmer – kierownik gabinetu rtg., ppłk Kudła – st. farmaceuta, mjr Biegała – kierownik sekcji finansowej, ppor. Skowron – farmaceuta, mjr Pietkiewicz – pielęgniarz gab. fizykoterapii. W tym czasie służbę rozpoczęli: kpt. Sochociński Aleksander i por. Guźniczak Leszek na stanowiskach asystentów bloku operacyjnego, kpt. Kupczyński Leonard – pomocnik kierownika ekipy pomiarów, st. sierż. szt. Izaak Tadeusz – szef WAK, por. Wiliński Andrzej – mł. asystent oddziału wewn. II, ppłk Stankowski Antoni – ordynator oddziału chirurgii urazowej, mjr Kalinowski Kazimierz – st. asystent oddz. ginekologicznego, mjr Siedlak Józef – st. asystent przychodni dziecięcej, kpt. Wesołowski Cyryl – st. asystent gabinetu rtg., mjr Wojciechowski Antoni – członek RWKL, ppor. Strykowski Marek i ppor. Eckert Andrzej oficerowie służby okresowej – farmaceuci. W skład kadry Szpitala włączony został cały stan osobowy składnicy sanitarnej. Zostali wyznaczeni na stanowiska: mjr Kretschmer Ryszard – ordynator oddziału obserwacyjnego, ppłk Pudlik Ryszard – kierownik gabinetu rtg., kpt. Lisiński Zbigniew – kierownik apteki, mjr Koziarek Stanisław – asystent oddziału wewn. I, kpt. Wesołowski Aleksander – st. asystent oddziału chirurgii ogólnej, mjr Głowacz Stanisław – st. asystent

¹²² Tamże, *Historia Szpitala (bardzo krótko)*, 1973-1975.

oddziału anestezjologii i intensywnej opieki medycznej. W tych latach dużo lekarzy podniosło swoje kwalifikacje zawodowe. Stopień doktora nauk medycznych uzyskali: ppłk Olejniczak, ppłk Szukalski, mjr Głowacz i doktora farmacji kpt. Kucharski. Specjalistami zostali: mjr Rutkowski, kpt. Koziarek – choroby wewnętrzne, prac. cyw. Mączyński – neurologia, kpt. Majewski – psychiatria, ppłk Michalak – organizacja i taktyka służby zdrowia, ppłk Gajewski – radiodiagnostyka, ppłk Fahrenholz – medycyna fizykalna, ppłk Olejniczak i prac. cyw. Stroińska – chirurgia stomatologiczna, ppłk Czekajewski i prac. cyw. Szatkowska – stomatologia zachowawcza, mjr Płytnik – protetyka stomatologiczna, kpt. Kędziora, pracownicy cywilni Filipczuk, Sporna, Janosz – farmacja kliniczna. Pierwszy stopień specjalizacji uzyskali: kpt. Janusz – choroby wewnętrzne i prac. cyw. Mikołajewski – otorynolaryngologia, prac. cyw. Fahrenholz D. – fizykoterapia, kpt. Wesołowski A., kpt. Ochociński, prac. cyw. Strzyżowski M. – chirurgia, prac. cyw. Jagielska – neurologia, pracownicy cywilni Fedyna, Andrychowska – farmakologia.

W kolejnych latach¹²³ kadre Szpitala zasilali przede wszystkim absolwenci Wojskowej Akademii Medycznej, coraz lepiej przygotowani do pracy w specyficznych warunkach służby wojskowej, którzy z reguły pracowali w jednostkach wojskowych, skąd najczęściej po uzyskaniu I stopnia specjalizacji przechodzili do pracy w oddziałach szpitalnych. Zastępowali oni kończących służbę wojskową starszych oficerów – lekarzy, którzy najczęściej do wojska trafili w okresie przymusowego naboru w latach czterdziestych i pięćdziesiątych. W latach 1976 -1977 ubyli do rezerwy: ppłk Stankowski – ordynator oddziału chirurgii urazowej, mjr Marcinkowski – st. pomocnik komendanta d.s. mobilizacyjnych, mjr Wronowski – pomocnik komendanta d.s. mobilizacyjnych, mjr Misiewicz – instruktor polityczny, ppłk Zwyrzykowski – ordynator oddziału okulistycznego, ppłk Gutowski – ordynator oddziału ginekologicznego, mjr Płytnik – asystent gabinetu dentystycznego, płk Kulej – proboszcz kościoła garnizonowego. Kpt. Kucharski i por Komorowski (farmaceuci) przeniesieni zostali do dalszej służby w Wojskowej Akademii Medycznej, mjr Wojciechowski do j.w. 2000, kpt. Wojcianowski do instytucji MON. W tym czasie do służby w Szpitalu zostali skierowani: por Rosiecki Michał – asystent oddziału anestezjologii i intensywnej opieki medycznej, por. Puacz Józef – asystent gabinetu stomatologicznego, por. Spiżewski Wiktor – oficer żywnościowy, mjr Skowroński Tadeusz – st. pomocnik komendanta d.s. mobilizacyjnych, por. Dwornikowski Waldemar – instruktor polityczny, kpt. Kuczyński Zbigniew – st. asystent oddziału chirurgii urazowej, mjr Borowski Andrzej – p.o. ordynatora oddziału ginekologicznego, por. Chudzicki Walenty – st. asystent oddziału okulistycznego, kpt.

¹²³ Tamże, Lata 1976 – 1978.

Rychlik Jerzy – st. farmaceuta, mjr Skoczyła Stanisław – kierownik WAK, ppor. Tabaka Andrzej – kierownik 19 ruchomego ambulatorium dentystycznego, ppłk Zimak Remigiusz – proboszcz kościoła garnizonowego. W dalszym ciągu kadra i pracownicy cywilni licznie podnosili kwalifikacje zawodowe. Stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskali mjr Sałamacha i mjr Spelak. Pierwszy stopień specjalizacji uzyskali: mjr Głowacz – chirurgia, por. Guźniczak – anestezjologia, prac. cyw. Olkowski – radiologia, kpt. Wiliński – choroby wewnętrzne. Specjalistami (II st. specjalizacji) zostali: mjr Wesołowski C. – radiodiagnostyka, mjr Mucha – chirurgia urazowa, mjr Wołoszczuk – kardiologia, prac. cyw. Piwowarczyk – choroby wewnętrzne, prac. cyw. Jagielska – neurologia, prac. cyw. Matuszewski – neurologia¹²⁴.

W latach następnych w dalszym ciągu trwała wymiana kadr i podnoszenie kwalifikacji przez pracowników Szpitala. W roku 1978 przybyli do pracy w Szpitalu: kpt. Krepski Bogdan – asystent oddziału chirurgii urazowej, ppor. Ziółkowski Wiesław – st. farmaceuta apteki, ppor. Maruszewski Janusz – st. farmaceuta sekcji formowania i odnawiania zapasów, ppor. Mirek Teofil – kierownik warsztatu sprzętu medycznego. Służbę zakończył ppor. Tabaka oficer służby okresowej. Specjalizację pierwszego stopnia z zakresu stomatologii ogólnej uzyskał prac. cyw. Małyszczuk. Specjalizacje II stopnie uzyskali: w zakresie chorób wewnętrznych mjr Janusz i prac. cyw. Kuligowska, kpt. Guźniczak w anestezjologii oraz pracownicy cywilni Roeske w reumatologii, i Mikołajewski w laryngologii. W roku 1979 służbę w szpitalu rozpoczęli ppor. Stępiak Marek – st. farmaceuta w sekcji formowania i odnawiania zapasów i kpt. Stankiewicz Ryszard – asystent oddziału anestezjologii i intensywnej opieki medycznej (OIOM). Zmarł ppłk Majchrzak – ordynator oddziału chirurgii urazowej. Specjalizację I stopnia w chirurgii ogólnej uzyskał kpt. Krepski i II stopnia w anestezjologii kpt. Rosiecki. W roku 1980 przybyli do pracy w Szpitalu: mjr Śleboda Bogdan – ordynator oddziału urazowo – ortopedycznego oraz pracownicy cywilni Gaffling Jerzy – asystent oddziału chirurgicznego i Czechowska Gabriela – asystent oddziału ginekologicznego. Ubyli: płk Strzyżowski – ordynator oddziału urologicznego, mjr Janusz – asystent oddziału wewnętrznego, prac. cyw. Piwowarczyk – asystent oddziału wewnętrznego i prac. cyw. Jagielska – asystent oddziału neurologicznego. Rok 1980 był rokiem, w którym najwięcej lekarzy podniosło swoje kwalifikacje zawodowe. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał mjr Rutkowski. Specjalistami II stopnia zostali: mjr Kuczyński – chirurg ortopeda, mjr Chudzicki – okulista, mjr Puacz – chirurgia stomatologiczna, mjr Łojewski – farmacja apteczna, pracownicy cywilni Mańkowski – stomatologia ogólna i Olkowski –

¹²⁴ Tamże, s. 71.

radiologia. Pierwszy stopień specjalizacji uzyskali pracownicy cywilni: Stangierska – choroby wewnętrzne, Koszutski, Lula i Nowakowski – chirurgia, Szewczyk – dermatologia, Parzysz – okulistyka, Mielcarek – neurologia, Sobkowiak – farmacja apteczna, Fedyna – farmacja apteczna. W roku 1981 w szpitalu następowały kolejne zmiany kadrowe. Do pracy przybyli: ppłk Lipski Zygmunt – asystent gabinetu radiologii lekarskiej, mjr Andrzejewski Zdzisław – asystent oddziału wewnętrznego, kpt. Kuchciński Wiktor – asystent oddziału chirurgii urazowej, kpt. Michalak Wojciech – asystent oddziału wewnętrznego, kpt. Pietrała Stanisław – asystent oddziału anestezjologii i IOM, st. chor. Giza Jerzy – szef służby samochodowej, mjr Toms Kazimierz – kierownik sekcji administracji ogólnej, prac. cyw. Karwacka Maria – stomatolog przychodni dla pracowników cywilnych. W tym czasie ubyli do rezerwy: płk Fahrenholz – kierownik gabinetu fizykoterapii, ppłk Pach – st. asystent pracowni klinicznej, mjr Pietrzyk – st. farmaceuta sekcji formowania i odnawiania zapasów, mjr Skowroński – st. pomocnik komendanta d.s. mobilizacyjnych. Pracę w Szpitalu zakończył także prac. cyw. Pukacki – asystent oddziału chirurgii. Stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskał kpt. Krepski. Specjalistami II stopnia zostali: mjr Ochociński – chirurgii ogólnej, pracownicy cywilni Czechowska – ginekologii i Pukacki – chirurgii naczyń krwionośnych. Pierwszy stopień specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych uzyskała pracownik cywilny – Kautz¹²⁵.

¹²⁵ Tamże, s. 74.

ROZDZIAŁ IV

111 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ

1. Szpital w latach osiemdziesiątych XX w.

W latach osiemdziesiątych nastąpiło w szpitalu kilka zmian organizacyjnych. Pierwszą ważną było przeformowanie szpitala¹ na 440 łóżkowy 111 Szpital Wojskowy z Przychodnią rozkazem Szefa Sztabu Śląskiego Okręgu Wojskowego Nr 048/org. z dnia 15.12. 1980 r. Następnie rozkazem Nr 033/ SOW z dnia 22.04.1981 r. wyznaczono na stanowisko zastępcy komendanta d.s. leczenia szpitalnego ppłk Jeremiego Gajewskiego i na zastępcę komendanta d.s. rejonu leczniczego ppłk Zbigniewa Liśkiewicza.

W latach osiemdziesiątych nastąpiło w szpitalu kilka zmian organizacyjnych. W roku 1983 zmieniono nazwę oddziału laryngologicznego na Oddział Otolaryngologiczny z Pododdziałem Chirurgii Szczękowej, a w roku 1989 oddano do użytku gabinet laryngologiczny w ramach przychodni przyszpitalnej². W skład gabinetu wchodziły dwa pomieszczenia do przyjęć lekarskich, sala zabiegowa, sala audiometryczna i poczekalnia. W tym samym roku w oddziale neurologicznym powstała nieetatowa poradnia do walki z bólem i pracownia badań eeg w poliklinice. Niewielkie zmiany nastąpiły w pracowni diagnostyki klinicznej, w której od 1981 r. pełnione były całodobowe dyżury dla potrzeb wszystkich oddziałów szpitala. W roku 1985 uruchomiona została pracownia koagulologii, zakupiono kilka nowoczesnych aparatów diagnostycznych, co umożliwiło oznaczanie markerów nowotworowych i wirusowego zapalenia wątroby typu B. Od roku 1989 na bazie polikliniki rozpoczęło pracę drugie laboratorium. W roku 1988 zakończony został remont pokoszarowego budynku przy ul. Szylinga, w którym rok później ulokowano część ambulatoryjną oraz laboratorium, aptekę i pracownię rtg pracujące dla polikliniki³. W roku 1981 zgodnie z nową organizacją Szpitala dotychczasowy gabinet dentystyczny otrzymał nazwę Gabinety Stomatologiczne 111 Szpitala Wojskowego z Przychodnią. Został utworzony

¹ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Rozkaz Nr 048/ org. i 033/SOW.

² Metryka Zakładu Leczniczego 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego za lata 1980 1995.

³ Kronika 111 Szpitala Wojskowego.

etatowy pododdział chirurgii szczękowej w oddziale laryngologicznym. W czerwcu 1986 r. otwarto nową przychodnię stomatologiczną przy ul. Grunwaldzkiej, w której skład wchodziły: gabinet chirurgiczny z salą operacyjną, 5 gabinetów zachowawczych, 2 gabinety ortodontyczne, 3 gabinety protetyczne, pracownia techniczna i sterylizacja. Przychodnię wyposażono w nowoczesny sprzęt stomatologiczny. Dla potrzeb RWKL i pacjentów leczonych w szpitalu zostały utworzone 23 gabinety stomatologiczne. Kierownikiem przychodni został w 1987 r. ppłk Włodzimierz Musiej⁴.

W latach osiemdziesiątych prowadzone były w szpitalu niezbędne prace remontowe i adaptacyjne pomieszczeń dawnego hotelu dla spełnienia podstawowych wymogów nowoczesnego leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego. W roku 1980 oddano do użytku oddział laryngologii, kontynuowano remont dachu budynku szpitalnego i rozpoczęto remont oddziału neurologicznego⁵. W latach 1981 -1982 zakończono remont oddziału neurologicznego, wykonano malowanie ścian oddziału chirurgicznego, protezowni w przychodni stomatologicznej, gabinetu fizykoterapii, oddziału obserwacyjno – zakaźnego oraz kuchni i części klatek schodowych. Wymieniony został 120 metrowy odcinek kabla zasilającego obiekt przy ul. Lutyckiej i zakończono prace przy elewacji mieszczących się tam magazynów, łącznie z remontem dachów. Wymieniono także 120 m kanału c.o. i podkłady pod torowisko bocznic kolejowej przy ul. Lutyckiej. W obiekcie przy ul. Ułańskiej wykonano płytę asfaltową pod opał o pow. 600 m² oraz drogi wewnętrzne o długości 200 m. W ramach generalnego remontu zakończony został remont dachu budynków szpitala z wymianą rynien, rur i opierzeń oraz instalacji odgromowej. Ukończona została rozbudowa warsztatów WAK i biur⁶. Dalsze prace w ramach remontów bieżących prowadzone były w latach 1983-1984⁷.

W tym czasie przeprowadzono remonty oddziałów chirurgii urazowej, okulistycznego, ginekologicznego z poradnią, wewnętrznego II i urologicznego. Wykonane zostały prace malarskie w pomieszczeniach administracji, na 7 klatkach schodowych i w aptece szpitalnej. W obiektach przy ul. Lutyckiej wykonano nowe drogi asfaltowe oraz utwardzono płytami betonowymi plac przed garażami. Wymienione zostały bramy kolejowe i rozpoczęto remont ogrodzenia zewnętrznego. W budynkach magazynowych przy ul. Ułańskiej przeprowadzony został remont wszystkich dachów i została założona nowa instalacja odgromowa.

⁴ R. Stankiewicz, A. Felchner, A. Drożdż, *Z Dziejów Szpitala Wojskowego w Poznaniu*, Poznań 1995, s. 91; Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, *Charakterystyka budynków*, s. 2-6.

⁵ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, *Historia Szpitala (bardzo krótko)*, s. 34.

⁶ Tamże, rok 1981 i 1982.

⁷ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, specjalne notatki.

Przeprowadzony został też remont budynku internatu pielęgniarek. Dla budynku szpitala zakupiono 4 dźwigi na wymianę w roku 1985. Na podwórzu szpitala ułożono płytę asfaltową oraz na odcinku drogi z ul. Śniadeckich do budynku WAK, w którym przeprowadzono remont elewacji. W kotłowni szpitala zostało wymienionych 8 kotłów Eca 4. W roku 1985 z powodu narastających trudności finansowych wymieniono tylko 2 dźwigi towarowo – osobowe z planowanych 4 i kontynuowano prace adaptacyjno – modernizacyjne budynków dla przychodni stomatologicznej i polikliniki. Przyjęto na ewidencję i pełne zaopatrzenie budynek po byłym przedszkolu przy probostwie garnizonu poznańskiego przy ul. Szamarzewskiego. W roku 1986 wymieniono kolejne 2 dźwigi towarowo – osobowe w budynku głównym szpitala i wykonano remont instalacji c.o. w budynku internatu. Więcej prac remontowych przeprowadzono w latach 1987 – 1988⁸. W roku 1987 zostały wykonane: roboty blacharsko – dekarские budynków magazynowych przy ul. Ułańskiej o pow. 3840 m²; roboty elektryczne i malarskie w kościele garnizonowym; w obiekcie przy ul. Lutyckiej remont oczyszczalni ścieków, remont sieci zewnętrznej centralnego ogrzewania i remont wiaty; remont budynku internatu; remont kotłowni w budynku głównym szpitala. W roku 1988 w ramach remontów kapitałnych kontynuowano remont budynku głównego – wykonano część elewacji i wymieniano piony wodno – kanalizacyjne oraz prowadzono naprawy dachu. Wymienione zostały akumulatory jako źródło światła awaryjnego. Prowadzone były dalsze prace remontowe budynków przy ul. Lutyckiej, w ramach których wyremontowano kolejnych 5 budynków, wymieniono część sieci centralnego ogrzewania i remontowano dachy. W dalszym ciągu prowadzono prace adaptacyjne budynku przychodni. W kościele garnizonowym wykonano remont dachu. W ramach inwestycji rozpoczęto budowę prosektorium, trafostacji i wiaty dla służby mps. W roku 1990 w ramach rocznego planu remontów i konserwacji⁹ w 111 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią (111SzWzP) wykonano: remont dachu budynku szpitala; wyremontowano z malowaniem budynek stomatologii; wymieniono instalacje c.o. w budynku leków nr 14 przy ul. Lutyckiej; przeprowadzono malowanie oddziału wewn. II, kościoła garnizonowego, oddziałów ginekologii i chirurgii urazowej, stacji krwiodawstwa oraz kuchni głównej szpitala; wykonano remont kotłowni z wymianą kotłów c.o.; wyremontowano obiekty WAK przy ul. Lutyckiej. W dalszym ciągu prowadzone były roboty dekarские na budynkach magazynów przy ul. Ułańskiej i Lutyckiej. W ramach remontów kapitałnych zostały wyremontowane węzły sanitarne w budynku internatu przy ul. Dojazd, prowadzono przebudowę izby przyjęć, powiększono i

⁸ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Specjalne notatki.

⁹ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Opis urządzeń nie ujętych w metryce, rok 190 – remonty.

wyremontowano oddział wewn. II, zaadaptowano część pomieszczeń po wyprowadzeniu polikliniki na poszerzenie stacji krwiodawstwa oraz kontynuowano wymianę urządzeń wodno – kanalizacyjnych w budynku głównym szpitala.

Warunki pracy i problemy lecznicze Szpitala z początku dekady lat osiemdziesiątych pokazują przykładowe sprawozdania roczne jakie przełożonym pod względem fachowym w SOW składali w roku 1981 ordynatorzy oddziałów i kierownicy poradni¹⁰.

W II oddziale chorób wewnętrznych zastępował ordynatora oddziału i pełnił jego funkcję st. asystent ppłk Edward Jedlikowski specjalista chorób wewnętrznych, st. asystentem był ppłk Stefan Wołoszczuk – kardiolog. Asystentami byli: specjaliści II st. mjr Zdzisław Andrzejewski i kpt. Wojciech Michalak oraz mający specjalizację I st. kpt. Andrzej Wiliński i prac. cyw. Maria Roeske internista, reumatolog. W toku specjalizacji I st. chorób wewn. był wolontariusz kpt. Zbigniew Piecha. Oddział posiadał 11 etatów pielęgniarek w tym 1 gospodarczej obsadzonych w 100%. W przeciągu 11 miesięcy w oddziale leczonych było: 132 osoby cywilne, 169 żołnierzy zawodowych, 279 żołnierzy służby zasadniczej, 193 członków rodzin żołnierzy zawodowych, emerytów i rencistów, 44 podchorążych, 115 emerytów i rencistów wojskowych. Oddział pełnił również ostre dyżury dla miasta. Ciągłe wzrastała liczba ciężko chorych wymagających intensywnej opieki, m.in. 47 pacjentów z zawałem serca, leczono liczne wstrząsy pourazowe, zatrucia, niewydolności krążeniowo oddechowe, niewydolności nerek i stany astmatyczne. W roku 1981 zanotowano 11 zgonów – 2 emerytów i rencistów wojskowych, 6 członków rodzin wojskowych i 3 osób cywilnych. Na wyposażeniu sali wzmożonej opieki medycznej znajdowały się 3 monitory, 2 zestawy do reanimacji oraz 1 do kardiowersji i defibrylacji. Lekarze oddziału zabezpieczali także pracę ambulatorium, w którym liczba przyjęć wyniosła 25234, z czego ponad 7 tys. w godzinach popołudniowych. Dziennie przyjmowano ponad 100 pacjentów, ponad 5 w ciągu godziny. Trzy razy w tygodniu 2 godziny przyjmował pacjentów kardiolog i raz w tygodniu 2 godziny reumatolog. Pod opieką oddziału była pracownia ekg., w której wykonano 18220 badań, z tego 7624 dla chorych szpitalnych, pozostałe badania były poliklinicznymi. Lekarze oddziału brali udział w 3 konferencjach i zjazdach naukowych. Pracę oddziału utrudniały oddelegowania lekarzy – mjr Andrzejewski ponad miesiąc na poligon do ZSRR i kpt. Michalak na dwutygodniowy kurs OTSZ do Łodzi. W roku 1981 ppłk Wołoszczuk odznaczony został Srebrnym Krzyżem Zasługi, a ppłk Jedlikowski i pielęgniarka oddziałowa Wojciechowska medalem Zasłużony dla SOW. Jak zwykle w tamtym okresie nie mogła być

¹⁰ Filia Archiwum Wojsk Lądowych w Oleśnicy, 111 Szpital Wojskowy, sygn. 7644/92/7.

w sprawozdaniu pominięta praca społeczno – polityczna. Według sprawozdania systematycznie prowadzone były szkolenia z pacjentami w zakresie wiadomości politycznych i higieny zdrowotnej. W pracy tej brali udział wszyscy oficerowie i pracownicy cywilni pod opieką ordynatora. Z personelem średnim i niższym prowadzono szkolenia w zakresie aktualnych wiadomości politycznych. Oddział ubiegał się o miano „Zespołu wzorowej kultury”, pracownicy cywilni byli aktywnymi działaczami związków zawodowych i brali czynny udział w działalności PCK, pielęgniarki były zrzeszone w Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim. Oficerowie lekarze należeli do Towarzystwa Internistów Polskich. Pracę oddziału utrudniała zła jego lokalizacja, co powodowało duży ruch pacjentów z innych oddziałów do pracowni ekg., laboratorium, RWKL i do oddziału chirurgii urazowej, z którym oddział miał wspólną windę żywnościową. Na efektywność i jakość pracy miały też wpływ oddelegowania lekarzy wojskowych do różnych zajęć poza oddziałem, wakat lekarza cywilnego i zabezpieczanie 2 poradni specjalistycznych. Mała ilość pomieszczeń w stosunku do liczby hospitalizowanych pacjentów zmuszała do rozmieszczania chorych w innych oddziałach i wykorzystywania łóżek dostawczych. Oddział wymagał remontu.

W oddziale chirurgii ogólnej kierowanym przez ordynatora płk Maksymiliana Marczewskiego na stanowiskach starszych asystentów pracowali chirurdzy specjaliści II st.: ppłk Jerzy Bryk, mjr Aleksander Ochociński i prac. cyw. Józef Czachor oraz asystenci prac cyw. Fryderyk Pukacki – specjalista chirurgii II st. i będący w trakcie specjalizacji na II stopień pracownicy cywilni Maciej Koszutski, Jacek Lula, Jerzy Gaffling. W oddziale chirurgii ogólnej pracowało 17 pielęgniarek (1 oddziałowa) i 11 sanitariuszek oraz w bloku operacyjnym 8 pielęgniarek operacyjnych i 1 opatrunkowa, 3 sanitariuszki i 2 żołnierzy – sanitariuszy. W oddziale pełnione były 24 godzinne dyżury wspólne dla oddziałów chirurgicznego, urazowego i urologicznego. Oddział chirurgii ogólnej wspólnie z oddziałem chirurgii urazowej pełnił dwa razy w miesiącu „ostre dyżury” dla miasta. Od 20.12.1980 r. do 20. 11.1981 r. w oddziale leczono 536 uprawnionych do leczenia wojskowych pacjentów, w tym 375 wojskowych oraz 407 pacjentów nieuprawnionych. W ambulatorium przyjęto 9841 osób uprawnionych, w tym 5770 wojskowych oraz 1073 osoby nieuprawnione. Wykonano także 5088 badań dla RWKL. W oddziale wykonano 814 zabiegów operacyjnych, z czego 371 były zabiegami dużymi. Najczęstszymi zabiegami było usunięcie pęcherzyka żółciowego – 145, operacje naprawcze dróg żółciowych – 51, wycięcie gruczołu tarczowego – 14, częściowe wycięcie żołądka – 73, inne w liczbie 40 jak m.in. wycięcie wyrostka robaczkowego, leczenie torbieli trzustki, ran pourazowych, udrożnienie tętnic. W trakcie leczenia przetoczono 128,75 l. krwi pełnej, 61 l. osocza i 1,8 l. masy erytrocytarnej. W

ambulatorium chirurgicznym wykonano 455 mniejszych zabiegów chirurgicznych oraz 215 w sali opatrunkowej. Zanotowano 15 zgonów, których przyczyną były najczęściej powikłania chorób nowotworowych. Lekarze podnosili kwalifikacje zawodowe – stopień doktora nauk medycznych uzyskał kpt. Krepski na podstawie obrony pracy „Tolerancja przyspieszeń i niedotlenienia u pilotów po częściowym wycięciu żołądka”, mjr Ochociński – przewód doktorski „Niekorzystny wpływ wybranych czynników na organizm ludzki w porze wiatrów pustynnych”; trzech lekarzy w trakcie uzyskiwania drugiego stopnia specjalizacji. Lekarze oddziału brali udział w Międzynarodowej Konferencji Naukowej Instytutu Chirurgii A.M w Poznaniu oraz w licznych szkoleniach i kursach organizowanych m.in. przez Klinikę Chirurgii Ogólnej i Naczyń, klinikę Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Klinikę Chirurgii Oparzeniowej i Plastycznej oraz odbywających się dwa razy w miesiącu zebraniach oddziałowych. Zgłoszono do druku w Polskim Tygodniku Lekarskim (PTL) i Lekarzu Wojskowym 4 prace lekarzy oddziału, z których jedna ukazała się w PTL – Pukacki F, Wesołowski A. „Mięsak gładkokomórkowy żołądka przyczyną krwawienia”.

Stosowanie dużych ilości krwi, szczególnie w oddziałach zabiegowych było możliwe dzięki rozwiniętej w tym czasie akcji krwiodawstwa wojskowego. W roku 1981 tylko w miesiącach styczeń - marzec¹¹ w wojskowym punkcie krwiodawstwa 111 Szpitala 228 honorowych dawców oddało 571 litrów krwi oraz 46 dawców 119 litrów w stacjach cywilnych. Najwięcej krwi oddali żołnierze jednostek podległych DWL – 258 l., OPK – 109 l., jw. 2724 Czerwieńsk – 107 l. jw. 2844 Poznań 61 l. i pracownicy szpitala – 37 l. Dużą zachętą do oddawania krwi były w tym czasie dla żołnierzy - krwiodawców dodatkowe urlopy, co dla młodego człowieka wyrwanego na dwa lata z rodzinnego otoczenia miało duże znaczenie.

Oddział urologiczny funkcjonował od 1974 roku. W roku 1981 ordynatorem oddziału był ppłk Zbigniew Bogacki specjalista urolog, starszymi asystentami ppłk Stanisław Głowacz specjalista II st. anestezjologii, I st. chirurgii i w trakcie specjalizacji z urologii i prac. cyw. Andrzej Wąsowski specjalista II st. urologii, na etacie asystenta pracował prac. cyw. Piotr Nowakowski chirurg. W oddziale pracowało 8 pielęgniarek, w tym 1 oddziałowa i 1 opatrunkowa oraz 4 sanitariuszki i 1 żołnierz zastępczej służby poborowej. W oddziale w roku 1981 leczonych było 401 chorych, w tym 289 uprawnionych do wojskowej pomocy lekarskiej. Żołnierzy zawodowych leczono 69, 114 żołnierzy służby zasadniczej i 12 podchorążych. Średni czas leczenia w oddziale wynosił 15 dni. Wykonano 151 zabiegów

¹¹ Tamże.

operacyjnych, z czego 92 były zabiegami dużymi. Najwięcej operacyjnie leczono kamie nerkowych, pęcherza moczowego i moczowodowych – 62 i gruczolaków stercza – 13. W sali cystoskopowo – opatrunkowej wykonano 132 zabiegi. Nastąpiły 4 zgony, w tym jeden oficera, których przyczyną była najczęściej wtórna niewydolność nerek. Lekarze uczestniczyli w oddziałowych posiedzeniach naukowych i szkoleniach wspólnie z grupą oddziałów chirurgicznych. Lekarze oddziału urologicznego pełnili od 3 do 5 dyżurów chirurgicznych oraz brali udział wraz z oddziałem chirurgicznym w ostrych dyżurach dla miasta. W trakcie leczenia przetoczono 40 litrów krwi i 1,5 l. osocza. Według ordynatora zaopatrzenie w sprzęt trwały i jednorazowego użytku było niezadowalające. Posiadany sprzęt był w znacznym stopniu zużyty i wymagał szybkiej wymiany¹².

Oddział chirurgii urazowej i ortopedii kierowany był przez ordynatora ppłk Bogdana Ślebodę i pracowało w nim czterech starszych asystentów – ppłk Jan Mucha, mjr Zbigniew Kuczyński i pracownicy cywilni – Andrzej Chrempinski i Jan Schneider oraz jeden asystent – kpt. Wiktor Kuchciński. Ordynator i starsi asystenci wojskowi byli specjalistami II st. chirurgii urazowej i ortopedii, asystent posiadał I st. specjalizacji w zakresie chirurgii urazowej i ortopedii. Lekarze cywilni byli specjalistami drugiego stopnia w zakresie chirurgii ogólnej. W oddziale leczono w 1982 r. 545 osób, w tym 142 nieuprawnione. Leczonych żołnierzy zawodowych było 68, słuchaczy szkół 17 i żołnierzy służby zasadniczej 266. średni czas leczenia pacjenta wynosił 20 dni. Zużyto 79,5 l. krwi i 7,8 l. osocza. W ambulatorium przyjęto 5233 pacjentów, w tym 424 nieuprawnionych. Największą grupę stanowili żołnierze służby zasadniczej – 3155 leczonych, dalej żołnierze zawodowi 2108 i renciści wojskowi – 874. dla celów RWKL przeprowadzono 2075 badań, w tym 501 żołnierzy zawodowych. W trakcie roku w oddziale wykonano 341 zabiegów operacyjnych, w tym 89 dużych. W ambulatorium zostało wykonanych 2746 małych zabiegów i opatrunków. W trakcie pełnienia 17 ostrych dyżurów dla miasta przyjęto do leczenia szpitalnego 90 pacjentów i wykonano 306 zabiegów ambulatoryjnych oraz 47 opatrunków gipsowych. Do wykonanych dużych zabiegów operacyjnych zaliczono m.in. endoprotezoplastyki stawów biodrowych w złamaniach szyjek kości udowych, repozycje zastarzałych zwichnięć dużych stawów, w tym kręgosłupa piersiowego, trepanacje czaszki i przeszczepy skóry po rozległych i głębokich oparzeniach. Uwagę zwraca długi średni okres leczenia jednego pacjenta, jednak tu do leczenia przyjmowano przede wszystkim pacjentów po ciężkich urazach i ze schorzeniami, których leczenie wymagało skomplikowanych zabiegów, długotrwałego gojenia się

¹² Archiwum Wojskowe w Oleśnicy, sygn. 165/05/97/2, 111 WSR Sprawozdanie działalności leczniczej 1981r., s.4 – 5.

operowanych narządów i wielu dni usprawniania pacjentów. Lekarze oddziału brali czynny udział w szkoleniach grupy chirurgów oraz koła naukowego lekarzy szpitala i zebraniach Poznańskiego Towarzystwa Ortopedii i Traumatologii. Wydano drukiem dwie publikacje lekarzy oddziału – w „Wiadomościach Lekarskich” i „Chirurgii Narządu Ruchu i Ortopedii Polskiej”. Według ordynatora znacznym utrudnieniem w pracy oddziału był brak własnego bloku operacyjnego. Dla potrzeb ortopedii wydzielona była najmniejsza sala, pozbawiona wentylacji, w której ze względu na małą powierzchnię nie można było korzystać podczas zabiegu z aparatu rtg. z torem wizyjnym. Dużym mankamentem utrudniającym pracę, szczególnie w czasie ostrego dyżuru była mała izba przyjęć, gdzie w godzinach przedpołudniowych w jednym gabinecie przyjmowano pacjentów z dyżuru i pacjentów polikliniki. W oddziale brakowało ważnych dla prawidłowego działania narzędzi chirurgicznych i sprzętu pomocniczego. Zużyte zostały ostatnie endoprotezy niezbędne w zaopatrywaniu ludzi starszych ze złamaniami szyjek kości udowych. Sporadycznie występowały również braki niektórych leków i materiałów opatrunkowych. W roku 1981 nastąpiło 7 zgonów leczonych w oddziale pacjentów. Były to przede wszystkim osoby starsze z zadawnionymi złamaniami kości, zwłaszcza udowych, u których występowały różnego rodzaju powikłania choroby oraz pacjenci po rozległych, wielonarządowych urazach. Z oddziałami zabiegowymi ściśle związany był oddział anestezjologii i intensywnej opieki medycznej kierowany przez ppłk Jerzego Szukalskiego. W oddziale pracowało 3 starszych asystentów, w tym 1 pracownik cywilny oraz 2 asystentów. Dwa etaty wojskowe i jeden pracownika cywilnego w roku 1981 nie były obsadzone. Oficerowie lekarze - anestezjolodzy pracujący w oddziale to mjr Stanisław Głowacz, kpt. Michał Rosiecki, kpt. Leszek Guźniczak i kpt. Ryszard Stankiewicz. Średni personel medyczny stanowiło 13 pielęgniarek, niższy 2 salowe – sanitariuszki. W tym czasie w oddziale hospitalizowano 43 chorych, z których 12 zmarło (27,9%). Wykonano 1235 znieczuleń do zabiegów operacyjnych, 192 nagłe interwencje i około 2700 konsultacji. W oddziale tym leczono najcięższe przypadki, z reguły pacjentów w stanach nagłego zagrożenia życia, co było powodem tak dużej śmiertelności. Podstawowym problemem w pracy oddziału były braki w obsadzie etatowej – 3 wakaty lekarzy, co zmuszało lekarzy do pracy w zwiększonym wymiarze godzin i powodowało nadmierne obciążenie dyżurami. Również tylko dwa etaty salowych (według ordynatora powinno ich być minimum 5) były niewystarczające przy opisanym obciążeniu oddziału ilością najciężej chorych. Poza wymienionymi trudnościami również złe warunki lokalowe –

pracujący personel nie miał nawet pomieszczeń socjalnych nie zachęcały osoby spoza wojska do podjęcia pracy w tym oddziale¹³.

Oddział zakaźny w roku 1981 dysponował 30 łózkami, w tym 15 łóżek zakaźnych i 15 obserwacyjnych. Ordynatorem oddziału był ppłk Ryszard Kretschmer specjalista chorób wewnętrznych, kierujący pracą trzech starszych asystentów: pracownicy cywilni – Elżbieta Pietrzak specjalista chorób zakaźnych, Elżbieta Kuligowska specjalista chorób wewnętrznych oraz kpt. Bogdan Sierzputowski specjalista chorób wewnętrznych. Było 9 etatów pielęgniarskich i 7 salowych – wszystkie obsadzone. W oddziale znajdowało się pomieszczenie przystosowane do badań endoskopowych. W roku 1981 leczono 379 osób, w tym 155 z powodu chorób zakaźnych. Najwięcej było zachorowań na anginę – 70 oraz przypadków zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby – 36 i nosicielstwa HBs 19. Pacjentów wojskowych było 190, osób nieuprawnionych do leczenia wojskowego 63, pozostali chorzy to członkowie rodzin wojskowych i renciści wojskowi. W okresie sprawozdawczym wykonano w oddziale 40 biopsji wątroby. Trudności w zaopatrzeniu występowały głównie w materiałach jednorazowego użytku, okresowo brakowało też niektórych leków i środków do dezynfekcji pomieszczeń. W roku 1981 zmarło 6 osób leczonych w oddziale, głównie z powodu nowotworów i marskości wątroby. W trakcie leczenia przetoczono ponad 5 litrów krwi i 8 litrów osocza. W przychodni zakaźnych schorzeń wątroby zostały udzielone 2532 porady. Lekarze oddziału brali udział w zebraniach Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, zebraniach koła naukowego lekarzy wojskowych i w Klinice Chorób Zakaźnych AM w Poznaniu. W planach rozwoju oddziału zakładano podwyższanie kwalifikacji przez zespół lekarski oraz wprowadzenie szerszych konsultacji w zakresie schorzeń wątroby. Czyniono starania o aparaturę do wykonywania gastrokopii.

Oddział okulistyczny był po niedawnym remoncie i miał według oceny ordynatora dobre warunki pracy. Pracą oddziału kierował ordynator ppłk Antoni Kowalski, st. asystentem był kpt. Walenty Chudzicki. W oddziale pracowało 8 pielęgniarek, w tym 1 oddziałowa i 2 salowe. Oddział posiadał wspólną gospodarkę żywnościową, mundurową i kwatermistrzowską z oddziałem laryngologicznym. Pełnione były dwa ostre dyżury okulistyczne w miesiącu dla miasta. Dobre było zaopatrzenie w trwałe sprzęt medyczny. W roku 1981 leczonych było 248 osób, w tym 194 uprawnionych do wojskowej pomocy leczniczej. Zróżnicowany był profil kliniczny chorych – najwięcej było leczonych z powodu

¹³ Tamże, s. 6-7.

różnego rodzaju urazów i oparzeń – 33, zapalenia siatkówki – 17, jaskry – 14, zaćmy – 10, zapalenia rogówki – 13. Wykonano 162 operacje okulistyczne, w tym 18 dużych. Drobnych zabiegów okulistycznych z ostrych dyżurów i w ambulatorium było 280. W ambulatorium zostało przyjętych 11760 pacjentów, wykonano 5579 badań dla RWKL i 758 konsultacji dla oddziałów szpitala. Lekarze oddziału brali udział w zebraniach Polskiego Towarzystwa Okulistycznego przy Klinice Chorób Oczu w Poznaniu oraz w szkoleniach oddziałowych. Prowadzona była profilaktyka i higiena narządu wzroku wśród chorych oddziału i w przychodni metodą wizualną i w formie pogadanek.

Oddział neurologiczny był w remoncie generalnym od 01.12. 1980 do 09.10.1981. W tym okresie kadrę i żołnierzy leczono w szpitalu MSW w Poznaniu oraz w szpitalu okręgowym we Wrocławiu. Renciści i członkowie rodzin wojskowych byli leczeni w innych oddziałach szpitala. Obsadę etatową stanowili specjaliści w dziedzinie neurologii: ordynator ppłk Longin Klichowski, starsi asystenci – ppłk Lucjan Spelak i prac. cyw. Bolesław Mączyński oraz asystent Elżbieta Nowak – Mielcarek specjalista I stopnia (w trakcie specjalizacji na II stopień). Pracowało 8 pielęgniarek w oddziale i 1 w ambulatorium oraz technik eeg (1/2 etatu). Pełna była obsada 6 etatów sanitariuszek. Ze względu na remont w oddziale było leczonych w roku 1981 tylko 74 pacjentów, w tym 6 osób cywilnych nieuprawnionych do lecznictwa wojskowego. Dla wykonania wysokospecjalistycznych badań jak tomograficzne, scyntygraficzne, angiograficzne korzystano z pomocy Kliniki Neuroradiologicznej AM w Poznaniu. W ambulatorium neurologicznym przyjęto 6423 pacjentów, w tym 1661 kadry zawodowej, 1635 żołnierzy służby zasadniczej i 243 podchorążych. Opublikowano 1 pracę w Wojskowym Przeglądzie Kwatermistrzowskim, lekarze brali udział w pracach koła naukowego. Ppłk Klichowski pracował społecznie w ZBoWiD i PCK, a ppłk Spelak pełnił funkcje przewodniczącego komisji wychowania zdrowotnego w szpitalu¹⁴.

Oddział ginekologiczny posiadał 30 łóżek etatowych i według ordynatora był korzystnie usytuowany w szpitalu ze względu na odizolowanie od innych oddziałów, co wpływało korzystnie na atmosferę i samopoczucie leczonych. W oddziale pracowało 3 lekarzy specjalistów ginekologów – ordynator ppłk Andrzej Borowski, mjr Kazimierz Kalinowski i prac. cyw. Gabriela Czechowska. Było 10 etatów pielęgniarek i 6 salowych w pełni obsadzonych. Według sprawozdawcy korzystanie ze wspólnego dla kilku oddziałów bloku operacyjnego usprawniało tok przygotowania pacjentek, umożliwiało właściwie

¹⁴ Tamże, *Działalność partyjno-polityczna 111WSR styczeń – grudzień 1981 roku*, s. 12.

opracowanie anestezjologiczne oraz zabezpieczenie w materiały i narzędzia operacyjne, jednak korzystanie z bloku przez kilka oddziałów powodowało okresowe trudności w uzyskaniu sali operacyjnej. Mała ilość łóżek w oddziale powodowała ciągłe trudności w przyjmowaniu chorych i skracanie cyklu leczenia do niezbędnego minimum. Szczupłość personelu lekarskiego była często powodem trudności w zorganizowaniu zespołu operacyjnego, zwłaszcza wobec konieczności codziennego zabezpieczenia przychodni ginekologicznej. W roku 1981 leczonych było w oddziale 566 pacjentek, w tym 85 cywilnych. Wykonano 512 zabiegów operacyjnych, w tym 82 duże, 107 przerywania ciąży, 267 badań histopatologicznych i 755 cytologicznych. Przeprowadzonych zostało 614 konsultacji chorych z innych oddziałów. Zanotowano jeden zgon z powodu choroby nowotworowej. Zostało w trakcie leczenia przetoczonych 111 litrów krwi, 1500 ml. masy erytrocytarnej i 5100 ml. osocza. W poradni ginekologicznej przyjęto 8448 pacjentek, w tym 491 pracownic cywilnych wojska i 21 osób cywilnych. W oddziale i ambulatorium systematycznie prowadzona była przez personel oddziału akcja świadomego planowania rodziny i oświaty zdrowotnej.

Od 1973 r. w szpitalu funkcjonowała poradnia zdrowia psychicznego, której personel w roku 1981 składał się z 3 osób – psychiatry, psychologa i pielęgniarki. Kierownikiem poradni był kpt. Wiesław Majewski specjalista psychiatra. Przyjęto ponad 6000 pacjentów, z czego 1300 w gabinecie psychologicznym, wydano ponad 1500 opinii dla RWKL i przeprowadzono 130 konsultacji dla oddziałów szpitalnych. W gabinecie psychiatrycznym kontynuowane było leczenie odwykowe alkoholizmu, antynikotynowe i poradnictwo seksuologiczne. Poradnia funkcjonowała w trudnych warunkach lokalowych – ciasne i ciemne pomieszczenie rejestracji, załoczona poczekalnia i nieszczelne akustycznie gabinety. Według kierownika poradni dla prawidłowego jej funkcjonowania powinna mieć przynajmniej 4 pomieszczenia do bezpośredniej pracy z chorymi – dwa gabinety psychiatryczne, gabinet psychologa, rejestrację i odpowiednią poczekalnię. Personel poradni przeciążony był pracą usługową uniemożliwiającą podejmowanie innych działań, jak np. profilaktyki na terenie jednostek wojskowych. Często ilość przyjęć w ciągu dnia dochodziła do 50 pacjentów, co prowadziło do wielogodzinnego wyczekiwania pacjentów, często z odległych garnizonów na załoczonej korytarzu, z których wielu rezygnowało w tych okolicznościach z wizyty u lekarza. W tych warunkach czas, jaki należało poświęcić poszczególnym chorym ulegał skróceniu, co niekorzystnie wpływało na diagnozowanie i psychoterapię. Nie udało się mimo usilnych starań zaangażować do pracy drugiego psychiatry, co poprawiłoby trudną sytuację poradni.

Przychodnia stomatologiczna szpitala w sytuacji ogólnie złego stanu uzębienia społeczeństwa w jeszcze latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych była bardzo obciążona pracą. Obsadę personalną przychodni w roku 1980 stanowiło 8 lekarzy dentystów, w tym 3 wojskowych, 6 techników dentystycznych, 4 pielęgniarki i 5 osób personelu pomocniczego. Poradnią kierował płk Tadeusz Olejniczak. W roku 1980 przyjęto 30561 pacjentów, w tym 3021 żołnierzy zawodowych, 4267 żołnierzy służby zasadniczej, 3512 rencistów, ponad 11000 członków rodzin wojskowych. Wykonano 11557 zabiegów efektywnych, wśród nich ponad 4 tysiące chirurgicznych i 6117 wypełnień ubytków zębowych. Wykonanych zostało w tym czasie 10240 protez zębów. Tak duża liczba leczonych powodowała, że czas oczekiwania na leczenie protetyczne i ortodontyczne wynosił 6 – 8 miesięcy. W leczeniu protetycznym przeważali członkowie rodzin kadry oraz renciści wojskowi, stanowiący około 80% leczonych. W pododdziale chirurgii szczękowej leczono operacyjnie 87 pacjentów, z czego 5 było zabiegami dużymi i 39 średnimi. W tym czasie 2 asystentów ukończyło specjalizację – kpt. Puacz z chirurgii stomatologicznej i prac. cyw. Mańkowski w zakresie protetyki. Stomatolodzy szpitala uczestniczyli w szkoleniach fachowych, brali udział w Konferencji Chirurgów Wojskowych w Łodzi, Konferencji Stomatologów SOW, aktywnie uczestniczyli w pracach koła naukowego lekarz 111 Szpitala. Dwa artykuły na temat zapobiegania wadom zgryzu u dzieci wydrukowano w prasie wojskowej „Żołnierz Ludu” i „Wiraże”.

Pogłębiający się w latach osiemdziesiątych kryzys ekonomiczny i stan wojenny negatywnie wpłynęły na działalność szpitala. Poza niewielkimi zmianami organizacyjnymi i remontami bieżącymi nie przeprowadzono znaczących inwestycji. Zdolności lecznicze znacznie ograniczało oddelegowanie w latach 1982 – 1984 kilkunastu lekarzy wojskowych do pracy w cywilnych rejonowych komisjach poborowych, co miało według decydentów usprawnić ich działanie i spowodować zmniejszenie liczby zwalnianych od odbywania zasadniczej służby wojskowej. Nagłe skierowanie do pracy poza szpital m.in. chirurgów (A. Wesołowski, B. Krepski, J. Mucha, internistów – S. Koziarek, Z. Andrzejewski, ginekologa – H. Kuźniak, neurologa – L. Spelak, laryngologa – M. Wilczyński, anestezjologa – L. Guźniczak i radiologa – C. Wesołowski) przy normalnym obciążeniu zadaniami, powodowało znaczące perturbacje w pracy jednostki i po trzech latach wycofano się z tego niefortunnego eksperymentu, kierując tylko przez kolejne dwa lata do kontrolowania komisji dwóch lekarzy – mjr Z. Andrzejewski i kpt. B. Krepski.

W kolejnych latach następowały dalsze zmiany kadrowe, a lekarze podnosili swoje kwalifikacje zawodowe¹⁵. W roku 1982 do pracy w szpitalu przybyli: kpt. Drybański Piotr – asystent oddziału chirurgii, por. Cyna Adam – st. asystent oddziału chirurgii urazowo – ortopedycznej, kpt. Mańko Marian – st. asystent oddziału ginekologicznego, st. chor. Andrzejewski Zdzisław – chorąży sekcji administracji ogólnej, sierż. Lipiec Józef – kierownik kancelarii, plut. Zyta Wojciech – st. mechanik okręgowego warsztatu sprzętu medycznego, podoficerowie magazynierzy – plut. Kochan Kazimierz, st. sierż. Gruszczyński Roman. Pracę w szpitalu zakończyli: ppłk Kalinowski Kazimierz – st. asystent oddziału ginekologii, pracownicy cywilni: Mikołajewski Witold – st. asystent oddziału laryngologii, Czechowska Gabriela – st. asystent oddziału ginekologii. Ppłk Śleboda Bogdan uzyskał stopień doktora nauk medycznych, a pracownik cywilny Piotr Kościński I st. specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. W roku następnym¹⁶ specjalistami II stopnia zostali: ppłk Cieślak Tadeusz w dziedzinie pediatrii, mjr Wiliński Andrzej chorób wewnętrznych i pracownik cywilny Sobkowiak Bożena farmacji aptecznej. Służbę wojskową zakończył: ppłk Bogatek Stefan – zastępca komendanta d.s. politycznych, a pracę w Szpitalu Skrzypiński Zygmunt – st. asystent oddziału wewnętrznego I i Schneider Andrzej – st. asystent oddziału chirurgii urazowej. W tym czasie przybyli do Szpitala: mjr Zawada Marian – asystent oddziału anestezjologii i intensywnej opieki medycznej (AiIOM), ppłk Frańczak Edward i por. Jackowski Jerzy na stanowiska st. oficerów pionu mobilizacyjnego, chor. Nowicki Bogdan – chor. sekcji administracji ogólnej, st. sierż. Krauczukas Bolesław – magazynier pionu mobilizacyjnego, st. sierż. Kacik Józef – kierownik kancelarii, sierż. szt. Przybylski Włodzimierz – podoficer wydziału zaopatrzenia medycznego. W latach osiemdziesiątych stworzono dużo etatów dla pracowników cywilnych, co związane było z szukaniem oszczędności, gdyż pensje pracowników tych były niższe od wojskowych na podobnych stanowiskach. Często okazywało się, że były to oszczędności pozorne, ponieważ pracownik cywilny otrzymywał wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych, nie mógł być delegowany, zwłaszcza kobiety do pracy w terenie, nadzorowania lekarzy jednostek wojskowych, zabezpieczania zajęć polowych, mobilizacyjnych, służb itd. W roku 1983 do pracy przyjęte zostały osoby cywilne: Juchacz Aldona – mł. asystent oddziału wewnętrznego I, Fijałkowska Edda – st. asystent oddziału wewnętrznego II, Szałamach Krystyna – st. asystent oddziału AiIOM, Banaszewski Mieczysław – st. asystent oddziału laryngologicznego, Grażyński Hanna – lekarz stomatolog, Skibińska Ewa i Bałtrukowicz

¹⁵ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Historia Szpitala (bardzo krótko).

¹⁶ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Specjalne notatki.

Marzena – farmaceuci. W roku 1984 poza znacznymi zmianami kadrowymi wielu lekarzy uzyskało kolejne stopnie specjalizacji. W zakresie farmacji aptecznej I stopień uzyskali: ppłk Łojewski Piotr i pracownicy cywilni Prościńska Teresa oraz Kandulska Barbara, mjr Andrzejewski Zdzisław I st. medycyny społecznej. Specjalistami (II st. specjalizacji) zostali: ppłk Wesołowski Aleksander – balneoklimatologii, , pracownicy cywilni: Kautz Aleksandra i Stangierska Elwira – chorób wewnętrznych, Koszutski Maciej i Gaffling Jerzy – chirurgii, Kościński Piotr – anestezjologii i intensywnej terapii, Parzysz Maria – okulistyki. Służbę i pracę w szpitalu zakończyli: ppłk Lisiński Zbigniew – kierownik sekcji formowania i odnawiania zapasów, ppłk Lipski Zygmunt – asystent gabinetu rtg, ppłk Czekajewski Tadeusz – kierownik gabinetu stomatologii, pracownicy cywilni: Chrempiński Andrzej – st. asystent oddziału chirurgii urazowej, Olkowski Adam – st. asystent gab. rtg, Nowakowski Piotr – asystent oddziału urologicznego, Grażyński Hanna – stomatolog. Służbę i pracę rozpoczęli: ppłk Dudzic Tadeusz – zastępca komendanta d.s. politycznych, kpt. Dutko Józef – asystent oddziału chirurgii, mjr. Grzebalski Andrzej – st. asystent oddziału wewn. II, por. Harabasz Bartosz – stomatolog, mjr Musiej Włodzimierz – kierownik gabinetu stomatologii, ppor. Widziński Grzegorz – st. farmaceuta, mjr Wika Wojciech – asystent oddziału urologicznego, mjr Pasinski Zbigniew – asystent gab. rtg, pracownicy cywilni: Król Teresa – asystent oddziału wewn. II, Szczepaniak Dorota – stomatolog, Grochulski Jacek – mł. asystent oddziału chirurgii urazowej. W kolejnym roku podwyższył kwalifikacje zawodowe tylko mjr Wojciech Michalak uzyskując podspecjalizację gastrologii. Ubyli w tym czasie ze szpitala: płk Kościński Roman – ordynator oddziału dermatologicznego i pracownicy cywilni: Przewoźna Stroińska Stefania – st. asystent gab. stomatologicznego, Szatkowska Felicja – st. asystent gab. stomatologicznego, Grochulski Jacek – mł. asystent oddziału chirurgii urazowej, Sobkowiak Bożena – farmaceuta i Król Teresa – asystent oddziału wewn. I. Przybyli: ppłk Wiktor Soroko – ordynator oddziału dermatologicznego, mjr Karwacki Jacek – asystent oddziału neurologicznego, kpt. Dąbrowicz Kazimierz – asystent oddziału okulistycznego, pracownicy cywilni: Mikołajczak Janusz – asystent oddziału chirurgii urazowej, Grzybek Wanda – mł. asystent gab. stomatologicznego, Kucz Ewa – mł. asystent oddziału ginekologicznego, Pasterska Anna – mł. asystent gab. fizykoterapii, Ludwiczak Elżbieta i Podkowińska Beata – mł. asystenci pracowni klinicznej, Zygmunt Irena – farmaceuta.

W sprawach kadrowych charakterystyczna dla lat osiemdziesiątych wystąpiła duża rotacja pracowników cywilnych szpitala. Z reguły chętnie rozpoczynali oni pracę w szpitalu jako młodzi lekarze rozpoczynający specjalizację i godzący się na niższe zarobki, ponieważ warunki uzyskania specjalizacji były dla nich znacznie korzystniejsze, niż w placówkach

cywilnych. Pracowników szpitala chętnie delegowano na szkolenia i obowiązujące staże oraz kursy, aby bez zbędnych opóźnień uzyskiwali oni kolejne stopnie specjalizacji pozwalające na coraz szerszy zakres samodzielnej pracy w oddziałach szpitalnych. Przed egzaminem specjalizacyjnym nie tylko wojskowi, ale również pracownicy cywilni delegowani byli na trzymiesięczne kursy w Szpitalu Klinicznym WAM w Warszawie z bezpłatnym zakwaterowaniem w internacie szpitalnym, wyżywieniem za symboliczną opłatę i z pełnym uposażeniem jak w czasie pracy na etacie szpitalnym. Co miało również duże znaczenie dla specjalizującego się kierownik jego specjalizacji był najczęściej ordynatorem oddziału, w którym dany lekarz pracował, a wiele staży uzupełniających można było odbywać w pobliskich klinikach Akademii Medycznej i szpitalach specjalistycznych. Takich warunków nie zapewniały szpitale cywilne, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, oddalonych od szpitali specjalistycznych i mających stałe braki kadrowe, co powodowało znaczne utrudnienia w delegowaniu na np. obowiązujące staże i szkolenia. Bardzo często po uzyskaniu drugiego stopnia specjalizacji, pozwalającego na samodzielną pracę, a nawet objęcie stanowiska ordynatora oddziału lekarze cywilni mający swobodę zmiany zatrudnienia opuszczali szpital i przenosili się do placówek zapewniających korzystniejsze warunki. W tym czasie w szpitalach wojskowych stanowiska kierownicze mogli zajmować tylko zawodowi wojskowi. Lata osiemdziesiąte to czas nasilającego się kryzysu gospodarczego i permanentnych braków nawet podstawowych środków do życia, które nie były normalnie kupowane, a „załatwiane” najczęściej w ramach wymiany towarów i usług, które to działania osiągnęły wymiary patologii. W warunkach służby wojskowej było to znacznie ograniczone, kadra i rodziny miały zagwarantowaną opiekę medyczną, bez potrzeby „załatwiania” czegokolwiek, więc lekarz - cywilny pracownik, specjalista w dziedzinie często deficytowej na rynku cywilnych usług medycznych długo się nie zastanawiał nad zmianą umożliwiającą jemu i rodzinie poprawę warunków życia w tym nienormalnym czasie. Sytuacja taka była oczywiście niekorzystna dla leczenia wojskowego, jednak nie można było zmienić odgórnych rzekomo korzystnych i oszczędnych założeń. Sytuacja zmieniła się dopiero pod koniec lat dziewięćdziesiątych, kiedy zlikwidowane zostały etaty wojskowe i szpital stał się wojskowym tylko z nazwy, finansowanym według kontraktu z Kasą Chorych.

W kolejnych latach do roku 1990 pracę w Szpitalu zakończyli ¹⁷: mjr Andrzejewski Zdzisław – asystent oddz. wewnętrznego II, ppłk Kuczyński Zbigniew – st. asystent oddziału

¹⁷ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Historia Szpitala (bardzo krótko); Notatki specjalne.

chirurgii urazowej, mjr Pasiński Zbigniew – asystent gab. rtg., płk Józwiak Jerzy – komendant szpitala, por. Widziński Grzegorz – farmaceuta, st. sierż. Lipiec Józef – dowódca plutonu szkolnego, płk Degórski Andrzej – kierownik pracowni klinicznej, płk Liśkiewicz Zbigniew – zastępca komendanta d.s. lecznictwa, płk Skalbani Jan – ordynator oddziału laryngologicznego, płk Szukalski Jerzy – ordynator AiIOM, ppłk Siedlak Józef – kierownik gabinetu chorób dziecięcych, ppłk Wesołowski Aleksander – kierownik gabinetu fizykoterapii, ppłk Rosiecki Michał – st. asystent AiIOM, płk Dudzic Tadeusz – zastępca komendanta d.s. wychowawczych, płk Kowalski Antoni – ordynator oddziału okulistycznego, płk Marczewski Maksymilian – ordynator oddziału chirurgicznego, mjr Blinkiewicz Stanisław – p.o. asystenta AiIOM, płk Burzyński Zbigniew – zastępca komendanta d.s. rejonów leczniczych, st. chor. Giza Jerzy – szef służby samochodowej, sierż. szt. Serdyński Jan – sekcja administracji ogólnej. Poza członkami kadry zawodowej pracę zakończyło w tym czasie kilku pracowników cywilnych: Ewa Kucz – asystent oddziału ginekologicznego, Teresa Król – asystent oddziału wewn. II, Barbara Kobusińska – pediatra, Lisiecka Aniela – st. asystent gabinetu fizykoterapii. Do roku 1990 kadrę szpitala zasilili: kpt. Gendera Mirosław – asystent oddziału wewn. II, kpt. Sosnowski Jan – asystent oddziału chirurgii urazowej, kpt. Grzybowski Grzegorz – st. asystent oddziału dermatologicznego, kpt. Dwojak Jerzy – asystent AiIOM, kpt. Musiał Stanisław – kierownik gabinetu stomatologii, chor. Zawacki Henryk i plut. Piwosz Tomasz – pracownicy kwatermistrzostwa, ppłk Burzyński Zbigniew – zastępca komendanta d.s. rejonu leczniczego, mjr Koszada Jan – asystent gab. rtg, mjr Mikołajczak Zbigniew – asystent oddziału wewn. I, chor. szt. Paluch Andrzej – dowódca plutonu szkolnego, kpt. Pawlak Roman – kierownik sekcji finansów, mjr Stachowiak Paweł – st. asystent oddziału okulistycznego, por. Drużdż Artur – st. asystent oddziału neurologicznego, kpt. Maciejewski Ryszard – asystent oddziału chirurgii urazowej, kpt. Szymański Zdzisław – st. asystent AiIOM, kpt. Skrobisz Mieczysław – farmaceuta, mjr Lipiński Lesław – kierownik pracowni klinicznej, ppłk Roszkowski Andrzej – farmaceuta, kpt. Robert Brdąkała – asystent oddziału chirurgicznego, sierż. szt. Buczkowski Krzysztof – dowódca drużyny transportowej. Do pracy w szpitalu przyjętych zostało w tym czasie wielu pracowników cywilnych: Smyczyńska Anna – asystent gab. stomatologicznego, Wójcik Irena – asystent gab. stomatologii dziecięcej, Stasińska Barbara – asystent oddziału chorób wewnętrznych, Gwizdowski Witold – mł. asystent oddziału chirurgii urazowej, Harabasz Alicja – asystent gab. stomatologicznego, Szczyżyca Hanna i Skrzypczak Anna – mł. asystentki pracowni klinicznej, Nowak Halina – stomatolog, Grec Gracja – asystent pracowni klinicznej, Mazurkiewicz Maria – asystent oddziału dermatologicznego, Błachnio Krystyna –

logopeda, Walczak Elżbieta – mł. asystent stacji krwiodawstwa, Wojtkowiak Lidia – mł. asystent oddziału chorób wewn., Jasiakiewicz Eugeniusz – asystent oddziału ginekologicznego, Jowska Jolanta – asystent oddziału neurologicznego, Andrzejewska Jolanta – st. asystent oddziału ginekologicznego, Adamska Halina – asystent przychodni internistycznej, Modrzejewska Monika – mł. asystent apteki.

W tych latach wielu lekarzy podwyższyło kwalifikacje zawodowe. Specjalizacje uzyskali: ppłk Kuchciński Wiktor – II stopnia chirurgii urazowej, ppłk Ochociński Aleksander – II st. chirurgii plastycznej, kpt. Dąbrowicz Kazimierz – II st. okulistyki, por. Łazowski Stanisław – I st. patomorfologii, kpt. Grzybowski Grzegorz – II st. dermatologii, mjr Smolarek Mieczysław – II st. chirurgii urazowej, mjr Lipiński Lesław – II st. analityki, kpt. Grabowski Bogdan – I st. analityki, mjr Krepski Bogdan – II st. chirurgii, mjr Dwojak Jerzy – II st. anestezjologii, mjr Andrzejewski Zdzisław – II st. organizacji ochrony zdrowia; pracownicy cywilni: Juchacz Aldona – I st. chorób wewnętrznych, Król Teresa – II st. chorób wewnętrznych, Zaczyńska Teresa – I st. chirurgii urazowej, Fabiszewski Zbigniew – I st. chirurgii ogólnej, Karwacka Maria – I st. chirurgii stomatologicznej, Skibińska Ewa – I st. farmacji aptecznej, Lula Jacek – II st. chirurgii ogólnej, Podkowińska Beata – I st. analityki medycznej, Sobieraj Maria – I st. radiodiagnostyki, Pasterska Anna – I st. otolaryngologii. Stopień doktora nauk medycznych uzyskali: ppłk Soroko Wiktor, ppłk Ochociński Aleksander, płk Budzyła Jan, ppłk Kretschmer Ryszard, ppłk Stankiewicz Ryszard.

Ważne zmiany kadrowe nastąpiły w roku 1988 i 1989 po przejściu do rezerwy długoletniego komendanta płk Jóźwiaka i zmian etatów zastępców komendanta. W roku 1988 komendantem szpitala został ppłk Gajewski Jeremi¹⁸, a w 1989 r. zastępcą komendanta d.s. rejonów leczniczych ppłk Karwacki Jacek, po kilkumiesięcznym zajmowaniu tego stanowiska przez ppłk Burzyńskiego Zbigniewa, późniejszego szefa służby zdrowia SOW.

¹⁸ Płk Gajewski urodził się 19.10.1933 r. w Stanisławowie w rodzinie urzędniczej. Maturę uzyskał w 1951 r. w Liceum Ogólnokształcącym im. Stefana Żeromskiego w Kielcach. W roku 1953 rozpoczął studia medyczne w Fakultecie Wojskowo – Medycznym w Łodzi, które ukończył w 1959 r. w Wojskowej Akademii Medycznej. Pierwszy przydział służbowy otrzymał do Samodzielnego Batalionu Piechoty Górskiej Wojsk Wewnętrznych w Wadowicach. W roku 1961 został lekarzem izby chorych 5 Brygady Wojsk Wewnętrznych w Krakowie. W 1963 r. objął stanowisko starszego lekarza 10 Pułku Wojsk Wewnętrznych w Poznaniu. Rozpoczął specjalizację z radiologii lekarskiej. W 1971r. został przeniesiony na etat asystenta 111 Szpitala Wojskowego w Poznaniu. W 1974 r. został wyznaczony na stanowisko lekarza radiologa w Szpitalu Polowym Doraźnych Sił Zbrojnych ONZ w Ismaili w Egipcie. W 1975 r. uzyskuje II st. specjalisty radiologii lekarskiej. W roku 1981 został wyznaczony na stanowisko zastępcy Komendanta Szpitala d.s. leczenia szpitalnego w 111 Szpitalu Wojskowym w Poznaniu, a w 1988 roku zostaje komendantem tego szpitala. W 1991 był współorganizatorem pierwszych ćwiczeń w ramach „Partnerstwa dla pokoju”, za co otrzymał wyróżnienie Ministra Obrony Narodowej. W roku 1993 został Wielkopolaninem Roku w plebiscycie Radia Merkury. Odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, odznaczeniami resortowymi MON i Ministra Zdrowia. W roku 1995 odszedł do rezerwy po 42 latach służby wojskowej.

Życiorys przekazany autorowi przez płk w st. spocz. J. Gajewskiego.

W roku 1990 po kolejnych zmianach kadrowych i organizacyjnych kadrę szpitala, RWKL i Grupy Organizacyjno –Mobilizacyjnej 6 Bazy Szpitalnej Frontu stanowili¹⁹:

6 BSzF: płk Maćkowiak Zygmunt

ppłk Zając Bronisław

ppłk Goszcz Zbigniew

RWKL: ppłk Jaworski Kazimierz

ppłk Głowacki Andrzej

ppłk Wojciechowski Antoni

ppłk Pawlak Mieczysław

mjr Gawliński Marek

Szpital:

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. płk Gajewski Jeremi | komendant Szpitala |
| 2. płk Liśkiewicz Zbigniew | zastępca komendanta d.s. lecznictwa |
| 3. ppłk Karwacki Jacek | zastępca komendanta d.s. rejonów leczniczych |
| 4. mjr Gąsior Marian | zastępca komendanta d.s. wychowawczych |

Lekarze:

5. płk Wołoszczuk Stefan
6. płk Budzyła Jan
7. ppłk Michalak Wojciech
8. ppłk Rutkowski Kazimierz
9. mjr Gendera Mirosław
10. mjr Mikołajczak Zbigniew
11. ppłk Grzebalski Andrzej
12. ppłk Koziarek Stanisław
13. ppłk Bryk Jerzy
14. ppłk Drybański Piotr
15. ppłk Ochociński Aleksander
16. mjr Krepski Bogdan
17. kpt. Brdąkała Robert
18. ppłk Dutko Józef
19. płk Śleboda Bogdan
20. ppłk Kuchciński Wiktor

¹⁹ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Listy płac kadry i służby okresowej, sygn. 12/II

21. mjr Smolarek Mieczysław
22. mjr Sosnowski Jan
23. ppłk Klisowski Stanisław
24. ppłk Puacz Józef
25. ppłk Chudzicki Walenty
26. płk Soroko Wiktor
27. kpt. Grzybowski Grzegorz
28. płk Spelak Lucjan
29. ppłk Guźniczak Leszek
30. mjr Pietrala Stanisław
31. ppłk Stankiewicz Ryszard
32. kpt. Maciejewski Ryszard
33. kpt. Ptaszek Witalis
34. płk Borowski Andrzej
35. ppłk Kuźniak Henryk
36. płk Kretschmer Ryszard
37. płk Głowacz Stanisław
38. mjr Topczewski Jerzy
39. ppłk Jedlikowski Edward
40. ppłk Mac Janusz
41. ppłk Wesołowski Cyryl
42. mjr Lipiński Lesław
43. kpt. Łazowski Stanisław
44. płk Śmigielski Tadeusz
45. płk Cieślak Tadeusz
46. ppłk Wiliński Andrzej
47. mjr Mańko Marian
48. ppłk Wika Wojciech
49. mjr Dąbrowicz Kazimierz
50. mjr Cyna Adam
51. mjr Dwojak Jerzy
52. ppłk Zawada Marian
53. mjr Koszada Jan
54. ppłk Majewski Wiesław

Stomatolodzy:

- 55. ppłk Musiej Włodzimierz
- 56. kpt. Harabasz Bartosz
- 57. mjr Musiał Stanisław

Farmaceuci:

- 58. płk Kędziora Zbigniew
- 59. ppłk Łojewski Piotr
- 60. ppłk Strykowski Marek
- 61. ppłk Nowosiński Edward
- 62. ppłk Rychlik Jerzy
- 63. mjr Ziółkowski Wiesław
- 64. kpt. Wiśniewski Wojciech
- 65. kpt. Grabowski Bogusław
- 66. kpt. Skrobisz Mieczysław

Pracownia Psychologiczna SOW

- 67. ppłk Jermacz Józef

Kwatermistrzostwo, kancelaria, służby pomocnicze

- 68. mjr Spiżewski Wiktor kwatermistrz Szpitala
- 69. kpt. Łabuziński Eugeniusz
- 70. mjr Maruszewski Jerzy
- 71. ppłk Toms Kazimierz
- 72. st. chor. Jaworski Ryszard
- 73. st. chor. szt. Brząkała Józef
- 74. chor. Domek Tadeusz
- 75. st. chor. szt. Tracz Jerzy
- 76. sierż. szt. Kochan Kazimierz
- 77. st. sierż. szt. Gruszczyński Roman
- 78. sierż. Piwosz Tadeusz
- 79. chor. szt. Zawacki Henryk
- 80. st. sierż. szt. Przybylski Włodzimierz
- 81. st. sierż. szt. Kacik Józef
- 82. chor. Królak Zenon
- 83. chor. szt. Ossowski Kazimierz
- 84. chor. Jasiński Stanisław

- 85. chor. Wower Zdzisław
- 86. chor. szt. Nowicki Bogdan
- 87. st. sierż. Łagoda Roman
- 88. chor. szt. Palucin Andrzej
- 89. sierż. szt. Buczkowski Krzysztof

Terenowy aparat mobilizacyjny

- 90. ppłk Franczuk Edward
- 91. kpt. Jackowski Jerzy
- 92. mjr Kurc Heliodor
- 93. chor. szt. Poniewski Edward
- 94. sierż. Fabiś Marek
- 95. st. chor. Kowalski Kazimierz

Warsztat naprawy sprzętu medycznego polowego

- 96. mjr Kujaczyński Leonard
- 97. chor. Czwojda Walenty
- 98. chor. Pietras Zygmunt
- 99. st. sierż. Ignaszak Włodzimierz
- 100. st. sierż. Żyto Wojciech

Grupa pomiarów promieniowania mikrofalowego

- 101. ppłk Ignaszak Ireneusz
- 102. st. chor. Zbyrad Jan

Kapelan Szpitala

- 103. ppłk Sternik Marian

Pierwsze lata transformacji ustrojowej nie były sprzyjające dla wojska, w tym jego służby zdrowia. Armia była przez nowe władze postrzegana przede wszystkim jako jeden z głównych filarów „władzy ludowej” i z tego wynikały niektóre szkodliwe w sumie dla stanu sił zbrojnych działania. Zlikwidowano wiele jednostek, instytucji i szkół wojskowych, w tym zasłużoną nie tylko dla wojskowej służby zdrowia Wojskową Akademię Medyczną, której imię nosi dzisiaj Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Jak wielkim błędem była likwidacja WAM świadczą aktualne próby kierownictwa MON reaktywacji szkolenia wojskowych kadr medycznych w ramach Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Zdano sobie sprawę (zbyt późno), że tylko szkoleni od podstaw, w warunkach życia wojskowego kandydaci na

żołnierzy zawodowych w służbie medycznej mogą być pełnowartościowymi lekarzami wojskowymi. Poza tym niewielu lekarzy cywilnych mających obecnie możliwości pracy w kraju i poza jego granicami, przy stale poprawiającej się sytuacji finansowej lekarzy, zwłaszcza specjalistów decyduje się na pracę w trudnych i nie najlepiej opłacanych warunkach służby wojskowej. Życie zweryfikowało optymistyczne założenia decydentów uważających, że masowy napływ cywilnych lekarzy chętnych do pracy w wojsku pozwoli oszczędzać na własnym szkolnictwie dla potrzeb wojska. Ministerstwem Obrony Narodowej kierowali często ludzie o znikomej wiedzy na temat funkcjonowania sił zbrojnych i ich potrzeb, czego najlepszym przykładem jest wypowiedź ówczesnego Ministra Obrony Narodowej, który słuchając doświadczonych pilotów o potrzebach lotnictwa stwierdził, że „polski pilot polecą nawet na wrotach od stodoły”, z czego miało pewnie wynikać, że obędziemy się bez inwestowania w nowoczesny sprzęt. Do tego za czasów zwierzchnictwa nad armią Lecha Wałęsy dochodziło do patologicznej często ingerencji hierarchów kościelnych, przede wszystkim ordynariatu polowego w sprawy kadrowe, szkolenia i ideologii oraz zmuszania do postaw często jak to określano „gorliwszych od papieża”. Wojsko, w którym służba zasadnicza została znacznie skrócona częściej brało udział w pielgrzymkach i różnych uroczystościach kościelnych, niż w ćwiczeniach poligonowych. Taka sytuacja rodziła frustracje wśród kadry, której część, zwłaszcza na wyższych stanowiskach starała się dostosować do nowych warunków i często z gorliwością neofitów uczestniczyła w różnych działaniach mających mało wspólnego z obronnością kraju, a wielu wartościowych oficerów szczególnie średniego szczebla zarządzania mających tzw. „wysługę lat” skłoniła do opuszczenia szeregów armii. Przy ciągle malejących nakładach finansowych na wojsko również w szpitalu ograniczano się w ostatnich latach jego funkcjonowania jako stricte wojskowego do najniezbędniejszych bieżących remontów i odnowienia kaplicy oraz poprawiania stanu kościoła garnizonowego. W latach 1991 - 1992w ramach remontu kapitalnego odnowiono kuchnię główną szpitala wraz z zapleczem, zakończono remont izby przyjęć, wykonano remont kotłowni i wybudowano pomieszczenia dla spalania odpadów sanitarnych oraz rozpoczęto remont części wodnej fizykoterapii. Prowadzone były ciągle remonty bieżące, gdyż wiekowy i tylko przystosowany do działalności leczniczej budynek wymagał stałych prac remontowych i adaptacyjnych, co pozwalało na w miarę normalne funkcjonowanie jednostki. M.in. przeprowadzono remont hydroforni, wymieniono lampy bezcieniowe na salach operacyjnych, wymieniono posadzki w laboratorium, wyremontowano pomieszczenia pralni, przeprowadzono malowanie ścian w oddziale okulistycznym, w bloku operacyjnym, oddziale chirurgii, laryngologii, neurologii i w budynku stomatologii. W

budynku polikliniki wymieniona została stolarka okienna i kontynuowano remont dachu, podobnie jak w budynkach magazynów przy ul. Ułańskiej i Lutyckiej. W ramach inwestycji oddano do użytku prosektorium, plebanię i kontynuowano budowę trafostacji. Do roku 1998 udało się jeszcze zrealizować tylko jedną inwestycję – w kompleksie przy ul. Lutyckiej powstał magazyn wielofunkcyjny. Od roku 1993 ustawicznymi remontami kapitałnymi starano się dostosować stare pomieszczenia do rosnących wymagań nowoczesnego leczenia. Oddano do użytku po wielu pracach adaptacyjnych oddział urologii na piątym piętrze budynku szpitala, w przystosowanych na czwartym piętrze pomieszczeniach uruchomiono gabinet pulmonologii, a na piątym gabinet gastrologii. Nieustannie trwały remonty dachów na budynku głównym oraz magazynów przy ul. Lutyckiej i Ułańskiej, wymieniono dwa urządzenia dźwigowe, w budynku stomatologii udało się uruchomić kotłownię gazową, przed izbą przyjęć powstał parking dla sanitarek, wymieniano zużyte pionory wodno – kanalizacyjne, okna w budynku polikliniki, wykonano funkcjonalną dyżurkę dla oficera dyżurnego²⁰. Znaczną część środków przeznaczonych na remonty trzeba było kierować do obiektów przydzielonych do szpitala m.in. po reorganizacji systemu zaopatrywania wojsk w roku 1974, kiedy to rozwiązano 6 Okręgową Składnicę Sanitarną i utworzono Wydział Zaopatrzenia Medycznego podporządkowany komendantowi szpitala. Poza ciągłymi remontami dachów na budynkach tych obiektów założono tam nowe instalacje odgromowe, zaadaptowano pomieszczenia garaży na bazę ładowania akumulatorów, wykonano odwodnienie magazynu leków i przeprowadzono jego remont, wymieniono urządzenia c.o. w budynku nr 14 oraz przeprowadzono remont budynku nr 1 w obiektach przy ul. Lutyckiej. W ramach remontów bieżących nieustannie trwała konserwacja obiektów, prace malarskie w oddziałach i poliklinice, wymiana nieszczelnych okien i uszkodzonych drzwi, remonty kuchni i kotłowni oraz ciągle psujących się instalacji grzewczych.

Na początku roku 1999 roku główny obiekt szpitala zajmował około 3 ha powierzchni, z czego pod zabudowaniami ponad 7 tys. m², podwórze gospodarcze miało ponad 10 tys. m², zieleni, trawniki ponad 8,5 tys. m², pozostała powierzchnia to drogi, chodniki. Mieścił się przy ul. Grunwaldzkiej nr 16/18, w centrum miasta, 1,5 km od stacji kolejowej Poznań Główny, z którą miał połączenie tramwajowe. Należące do szpitala magazyny przy ul. Lutyckiej posiadały własną bocznice kolejową o długości 581 metrów. Szpital posiadał 440 łóżek etatowych, maksymalnie mógł rozwinąć 550 łóżek, z powodu ciągłych remontów ilość wykorzystywanych łóżek była często zmniejszona, w roku 1998 faktycznie rozwiniętych było

²⁰ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Opis urządzeń nie ujętych w metryce w metryce.

350 łóżek. Maksymalne obłożenie w latach dziewięćdziesiątych wynosiło od 226 (1998 rok) do 324 (rok 1993). Budynek szpitalny wybudowany w 1927 roku miał kubaturę zewnętrzną 71319 m³, 7 kondygnacji, powierzchnię użytkową 10196 m², wyposażony w centralne ogrzewanie, był skanalizowany i posiadał schron. Podłączony do miejskiej sieci elektrycznej posiadał także własne awaryjne źródła zasilania prądem. Wymagał bieżącego remontu. W obiekcie przy ul. Grunwaldzkiej znajdowały się oprócz budynku szpitalnego: wymagająca także bieżącego remontu kostnica (rok budowy 1927), trafostacja, warsztaty WAK (1980 r.) oraz zbiornik retencyjny o powierzchni 38 m² i kubaturze 973 m³. W roku 1992 oddano do użytku nowo wybudowaną pracownię patomorfologii, składającą się z części prosektoryjnej i histopatologicznej. W roku 1988 uruchomiono poliklinikę mieszczącą się w adaptowanym z koszarowego budynku przy ul. Szylinga. Miał on 6056 m² powierzchni użytkowej i kubaturę zewnętrzną 28832 m³. W roku 1986 nowe pomieszczenia w przystosowanym budynku o powierzchni użytkowej 578 m² otrzymały gabinety stomatologiczne. Do Szpitala należały także magazyny przy ul. Ułańskiej i obiekty po dawnej składnicy sanitarnej przy ul. Lutyckiej wykorzystywane przez Wydział Zaopatrzenia Medycznego. Wszystkie budynki byłej składnicy powstały w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX w. i były całkowicie zdadne do użytku, ich całkowita powierzchnia wynosiła około 10 tys. m². Za wyjątkiem zbiornika MPS (żelbet) i wiaty (stal) były murowane, ogrzewane centralnie, posiadały oświetlenie elektryczne. W skład obiektu wchodziły: budynek sztabowy, 8 magazynów, 4 garaże, przepompownia, wiata, zbiornik MPS.

2. Zmiany personalne lat dziewięćdziesiątych XX w.

Ostatnie lata funkcjonowania szpitala w systemie szpitalnictwa wojskowego to czas najintensywniejszych w jego historii zmian kadrowych²¹. W roku 1991 do pracy w szpitalu przybyli: ppłk Wcisło Mieczysław – zastępca komendanta d.s. leczniczych, mjr Turaczyk Adam – kierownik gabinetu fizykoterapii, mjr Gawliński Marek – st. asystent poradni zdrowia psychicznego, kpt. Woroniecki Sławomir – kierownik gabinetu chorób dziecięcych, ppor. Nowakowska Agata – stomatolog, chor. szt. Zięba Józef – podoficer mps, plut. Sroka Włodzimierz – st. mechanik sprzętu medycznego, st. sierż. Ratajczak Andrzej – podoficer wydziału zaopatrzenia medycznego oraz pracownicy cywilni: Kluczyńska Dorota – farmaceuta, Stachowiak Jolanta – okulista, Andrzejewska Magdalena – radiolog, Knast –

²¹ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Historia Szpitala (bardzo krótko).

Sokół Eleonora – pediatra, Kaczmarek Iwona – pediatra, Guzek – Tabott Dorota – stomatolog. Pracę w Szpitalu w tym roku zakończyli: ppłk Jedlikowski Edward – kierownik zakładu rehabilitacji, ppłk Nowosiński Edward – kierownik sekcji sprzętu medycznego, st. chor. Domek Tadeusz – kierownik kancelarii, st. chor. Jaworski Ryszard – podoficer mps. Ze szpitala w roku 1991 odeszło wielu pracowników cywilnych: stomatolodzy Mańkowski Andrzej i Nowak Laskowska Halina, farmaceuci Janosz Gabriela i Andryskowska Liliana, lekarz chorób zakaźnych Pietrzak Elżbieta, Banaszewski Mieczysław – laryngolog i Kwaśniewski Damian – internista. W roku 1991 bardzo wielu lekarzy podwyższyło kwalifikacje zawodowe. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał ppłk Chudzicki Walenty, 8 lekarzy zostało specjalistami II st. i 5 I st. Specjalistami II stopnia zostali: kpt. Brdąkała Robert – chirurg, mjr Koszada Jan – radiolog, kpt. Sosnowski Jan – ortopeda i pracownicy cywilni: Gwiazdowski Witold – ortopeda, Szewczyk Wanda – dermatolog, Mielcarek Elżbieta i Sierzputowska Bożena – neurolodzy, Karwacka Maria – chirurg stomatolog. Pierwszy stopień specjalizacji uzyskali: kpt. Szymański Zdzisław – anestezjolog, kpt. Woroniecki Sławomir – pediatra, kpt. Drużdż Artur – neurolog, pracownicy cywilni: Wojtkowiak Lidia i Kwaśniewski Damian – interniści. Mniejszy ruch kadrowy miał miejsce w kolejnych dwóch latach kiedy to przybyło do szpitala dwóch oficerów – kpt. Kaleta Wojciech na stanowisko asystenta oddziału chorób wewn. i ppor. Kłosowska Dorota – st. farmaceuta wydziału zaopatrzenia medycznego oraz trzech pracowników cywilnych – Kolanowski Piotr na stanowisko mł. asystenta gabinetu rtg, Mandel Gębska Agnieszka – mł. asystent AiIOM i Degórska Ludmiła – mł. asystent apteki. W tym czasie szpital opuścili: mjr Sosnowski Jan – asystent oddziału chirurgii urazowej, mjr Koprowski Piotr – st. oficer, st. sierż. szt. Gruszczyński Roman – magazynier, chor. szt. Ossowski Kazimierz z sekcji administracji ogólnej, st. chor. szt. Tracz Jerzy z etatu st. farmaceuty, w rzeczywistości wieloletni pracownik kancelarii, zwolniony w związku z porządkowaniem etatów i stanowisk przez nowego komendanta Szpitala. Pracę w szpitalu zakończyli kolejni pracownicy cywilni: Kaźmierowska Hanna – asystent AiIOM, Sobieraj Maria – st. asystent gabinetu rtg. Należeli do tych wielu, którzy po uzyskaniu specjalizacji w warunkach nieporównywalnie lepszych niż w większości szpitali cywilnych porzucali szybko pracę w 111 SzWzP przechodząc do jednostek cywilnej służby zdrowia i dając dowód na istnienie pozornych oszczędności przy tworzeniu etatów cywilnych w miejsce wojskowych. W dalszym ciągu wielu lekarzy podnosiło kwalifikacje zawodowe zdobywając kolejne stopnie specjalizacji i doktora nauk medycznych. Specjalizację I st. uzyskała z neurologii Jowska Jolanta, a specjalistami II st. zostali: mjr Ptaszek Witalis chorób wewnętrznych, mjr Topczewski Jerzy urologii, mjr Musiał

Stanisław ortodoncji, mjr Maciejewski Ryszard ortopedii, ppłk Stachowiak Paweł neurologii, ppłk Wika Wojciech urologii, ppłk Mikołajczak Zbigniew kardiologii, ppłk Grzebalski Andrzej gastroenterologii, pracownicy cywilni – Zaczyńska Teresa chirurgii urazowej, Mazurkiewicz Maria dermatologii, Fabiszewska Zbigniew chirurgii, Skrzypczak Anna analityki medycznej. Stopień doktora nauk medycznych uzyskali: ppłk Dutko Józef, ppłk Drybański Piotr i pracownik cywilny Koszutski Maciej. W latach 1994 – 1995 specjalizacje I stopnia zdobyli: por. Olkowski Sławomir anestezjologii, por Winkler Krzysztof również anestezjologii, prac. cywilny Andrzejewska Magdalena radiologii, kpt. Kuźma Robert chirurgii, pracownicy cywilni Kluczyńska Dorota farmacji aptecznej, Jowska Jolanta chorób zakaźnych, Bartosz Agnieszka chorób wewnętrznych, Mandel Gębska Agnieszka anestezjologii. Specjalistami II stopnia zostali: kpt. Grabowski Bogusław analityki lekarskiej, kpt. Kaleta Wojciech chorób wewnętrznych, pracownicy cywilni Juchacz Aldona chorób płuc i gruźlicy i Wojciechowska Elżbieta analityki klinicznej. Ppłk Stankiewicz Ryszard uzyskał podspecjalizację z zakresu chorób płuc i gruźlicy, a pracownik cywilny Stangierska Elwira gastroenterologii. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał kpt. Drużdż Artur.

W dalszym ciągu trwała intensywna wymiana kadr szpitala²². Do roku 1996 odeszli ze służby i pracy: ppłk Wcisło Mieczysław – zastępca komendanta d.s. lecznictwa, ppłk Kretschmer Ryszard – ordynator oddziału chorób zakaźnych, płk Bryk Jerzy – ordynator oddziału chirurgicznego, ppłk Krepski Bogdan – chirurg na etacie st. asystenta oddziału zakaźnego, mjr Musiał Stanisław – kierownik gabinetu stomatologicznego, mjr Gąsior Marian – oficer wychowawczy, chor szt. Nowicki Bogdan – chor. sekcji administracji ogólnej, sierż. Piwosz Tadeusz – magazynier, płk Gajewski Jeremi – komendant szpitala, ppłk Rutkowski Kazimierz – st. asystent oddziału chorób wewn., ppłk Puacz Józef – kierownik pododdziału chirurgii szczękowej, płk Kędziora Zbigniew – szef zaopatrzenia medycznego, ppłk Wika Wojciech – st. asystent oddziału urologicznego, ppłk Toms Kazimierz – szef administracji ogólnej, st. chor. Jasiński Stanisław – szef służby samochodowej, st. sierż. szt. Kacik Józef – kierownik kancelarii, sierż. szt. Tomaszewski Antoni – st. magazynier, ppłk Pietrała Stanisław – st. asystent AiOIM, ppłk Rychlik Jerzy – st. farmaceuta, ppłk Grzebalski Andrzej – ordynator oddziału obserwacyjno zakaźnego, płk Cieślak Tadeusz – kierownik gabinetu chorób dzieci, płk Śmigielski Tadeusz – kierownik stacji krwiodawstwa, ppłk Ochociński Aleksander – st. asystent oddziału chirurgii, ppłk Zawada Marian – st. asystent oddziału laryngologicznego, ppłk Kuźniak Henryk – st. asystent oddziału ginekologicznego, ppłk

²² Tamże...

Roszkowski Andrzej – st. farmaceuta, ppłk Sternik Marian – ksiądz kapelan, st. chor. szt. Paluch Andrzej – dowódca plutonu, mjr Kurc Heliodor – st. oficer mobilizacyjny, ppłk Ignaszak Ireneusz – kierownik ekipy pomiarów promieniowania mikrofalowego, st. chor. szt. Brząkała Józef – szef zaopatrzenia mundurowego, st. chor. Kowalski Kazimierz – chor. mobilizacyjny, ppłk Mac Janusz – kierownik gabinetu rtg, , magazynierzy i technicy: st. sierż. Rajczyk Andrzej, st. chor. szt. Zięba Józef, st. sierż. szt. Przybylski Włodzimierz, st. chor. Pietras Zygmunt, st. chor. Wower Zdzisław oraz pracownicy cywilni: Kaczmarek Irena – lekarz pediatra, Guzek Tabot Dorota – stomatolog, Kandulska Barbara – farmaceuta, Sierzputowska Bożena – st. asystent oddziału neurologii, Zaczyńska Teresa – st. asystent oddziału chirurgii urazowej. W tym czasie do pracy w Szpitalu przybyli: kpt. Szarpak Jerzy – st. asystent I oddziału chorób wewn., kpt. Niestarta Zbigniew – st. asystent oddziału chorób zakaźnych, kpt. Strojanowski Jerzy – asystent I oddziału chorób wewn. kpt. Roguszcak Piotr – asystent oddziału chirurgicznego, chor. Karol Budziński – chor. sekcji administracji ogólnej, por. Nowakowska Agata – kierownik gabinetu stomatologicznego, st. sierż. szt. Tomaszewski Antoni – magazynier, kpt. Kuźma Robert – st. asystent oddziału urologicznego, mjr Widzinski Grzegorz – szef zaopatrzenia medycznego, chor. szt. Narożniak Andrzej – szef służby samochodowej, magazynierzy: chor. szt. Jankowiak Tadeusz, chor. Breza Ryszard, sierż. szt. Lewiński Grzegorz, kpt. Olejak Zbigniew – st. asystent oddziału chorób wewn., kpt. Darowski Zenon – kierownik pododdziału chirurgii szczękowej, mjr Wolbromski Krzysztof – kierownik sekcji krwiodawstwa, kpt. Rajczyk Alfred – kierownik gabinetu chorób dzieci, kpt. Skalski Piotr – st. asystent AiIOM, mjr Nowak Adam – st. asystent oddziału chirurgicznego, ppor. Skalska Dorota – kierownik ambulansu chirurgicznego, ppłk Michalak Wojciech objął stanowisko ordynatora oddziału obserwacyjno zakaźnego, kpt. Kaja Krzysztof – st. oficer aparatu mobilizacyjnego, st. sierż. Okrajek Zdzisław – magazynier, chor. Kowalczyk Lesław – chor. administracji, kpt. Oleszczuk Dariusz – st. oficer mobilizacyjny, kpt. Jaraszek Marek – ksiądz kapelan, kpt. Wachowiak Marek – kierownik ekipy pomiaru promieniowania mikrofalowego, st. chor. Perczyński Grzegorz – chor. żywnościowy, kpt. Janicki Kazimierz – st. asystent oddziału laryngologicznego. W tym czasie zatrudnionych zostało kilku pracowników cywilnych: Cieślak Tadeusz – pediatra, Binkowska Joanna – stomatolog, Zengteler Grażyna – st. asystent patomorfologii, Kubaszewska Maria – st. asystent radiodiagnostyki. W roku 1996 stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskał ppłk Gawliński Marek, specjalistami II st. zostali kpt. Drużdż Artur neurologii, kpt. Niestarta Zbigniew chorób wewnętrznych, mjr Szymański Zdzisław anestezjologii oraz pracownicy cywilni – Wojtkowiak Lidia chorób wewnętrznych, Harabasz Alicja stomatologii

zachowawczej, Kolanowski Piotr radiodiagnostyki, Pasterska Anna otolaryngologii, Lula Jacek urologii. Specjalizacje I st. uzyskali kpt. Skalski Piotr anestezjologii i por. Tuszyńska Agata stomatologii zachowawczej. Do roku 1998, kiedy to szpital został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej stopień naukowy doktora nauk med. uzyskali: ppłk Lipiński Lesław, mjr Janicki Kazimierz i pracownik cywilny Wilkoszarska Joanna. Specjalistą I st. z zakresu medycyny lotniczej został mjr Olbromski Krzysztof, a specjalistami II st. zostali: mjr Szarpak Jerzy chorób wewnętrznych, mjr Widziński Grzegorz organizacji ochrony zdrowia wojsk, mjr Wolbromski Krzysztof transfuzjologii klinicznej, kpt. Olejak Zbigniew onkologii, mjr Skrzydlewski Andrzej chorób wewnętrznych, płk Stankiewicz Ryszard medycyny rodzinnej, pracownicy cywilni Łysakowska Beata okulistyki, Jowska Jolanta chorób zakaźnych.

W roku 1997 ze służby odeszło wielu żołnierzy zawodowych w związku z osiągnięciem wieku emerytalnego i wysługi lat w służbie wojskowej: płk Wołoszczuk Stefan – ordynator oddziału chorób wewnętrznych, płk Głowacz Stanisław - ordynator oddziału urologicznego, płk Spelak Lucjan – ordynator oddziału neurologicznego, mjr Nowak Adam – asystent oddziału chirurgicznego, mjr Łabuzinski Eugeniusz – zastępca szefa logistyki, mjr Rosiak Andrzej i ppłk Pietruszyński Wojciech, st. chor. Poniewski Edward – oficerowie mobilizacyjni. W tym roku pracę w szpitalu rozpoczęli: mjr Filipiuk Krzysztof – st. asystent oddziału ginekologii, kpt. Bartlewicz Adam – kierownik gabinetu fizykoterapii, kpt. Tomaszewski Dariusz – zastępca szefa logistyki, mł. chor Sosnowski Sławomir – dowódca plutonu, mjr Baczyński Krzysztof – oficer mobilizacyjny, kpt. Cybulski Mieczysław – st. asystent oddziału neurologii, kpt. Kuczek Jerzy – asystent oddziału chorób wewnętrznych, sierż. szt. Doron Witold – magazynier.

3. W strukturze lecznictwa cywilnego

Sytuacja szpitala stała się jeszcze trudniejsza po roku 1998, kiedy to szpital zmienił swoją podległość i został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonej przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, przestał być finansowany z budżetu MON i zaczął otrzymywać środki finansowe na podstawie umów z kasami chorych. W roku 1998 na podstawie rozkazu Dowódcy Pomorskiego Okręgu Wojskowego nr PF-339 z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie zmian składu organizacyjnego w Pomorskim Okręgu Wojskowym szpital

zmienił swoją podległość²³. Decyzją Nr R – MZ/0132/1998 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej wpisano 111 Szpital Wojskowy z Przychodnią – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej do Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonego przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej pod Nr R – Z/124²⁴. Znacznie zmniejszona została ilość etatów wojskowych oraz nastąpiło ich obniżenie, na przykład stopień etatowy przewodniczącego wojskowej komisji lekarskiej zmieniono z pułkownik na major, podobnie jak ordynatorów oddziałów. Spowodowało to masowy odpływ z pracy żołnierzy zawodowych, którzy mieli już wysługę lat w służbie upoważniającą do przejścia na emeryturę. Dalsze pozostawanie w służbie tych oficerów groziłoby zmniejszeniem świadczeń emerytalnych po odejściu ze stanowiska o niższym zaszeregowaniu etatowym. W roku 1998 ze służby ubyli: mjr Michalak Wojciech – ordynator oddziału zakaźnego, ppłk Borowski Andrzej – ordynator oddziału ginekologicznego, mjr Szarpak Jerzy – st. asystent oddziału chorób wewnętrznych, mjr Maciejewski Ryszard – asystent oddziału chirurgii urazowej, ppłk Wesołowski Cyryl – kierownik gabinetu rtg, ppłk Turaczyk Adam – kierownik zakładu rehabilitacji, ppłk Musiej Włodzimierz – kierownik gabinetu stomatologicznego, ppłk Majewski Wiesław – kierownik poradni zdrowia psychicznego, mjr Pawlak Roman – kierownik sekcji finansowej, mjr Brdąkała Robert – kierownik pododdziału oparzeniowo plastycznego, ppłk Stachowiak Paweł – st. asystent oddziału okulistyki, ppłk Maruszewski Jerzy – kierownik sekcji sprzętu medycznego, chor. Zbyrad Jan – st. technik ekipy pomiaru promieniowania mikrofalowego, ppłk Strykowski Marek – kierownik apteki, ppłk Mańko Mariusz – st. asystent oddziału ginekologicznego, mjr Szymański Zdzisław – st. asystent AiIOM, płk Śleboda Bogdan – ordynator oddziału chirurgii urazowej, mjr Ziółkowski Wiesław – st. farmaceuta, ppłk Gawliński Marek – st. asystent AiIOM, kpt. Jaroszek Marek – ksiądz kapelan, Fabiszewski Zbigniew – chirurg, Kautz Aleksandra – kardiolog oraz kilku chorążych i podoficerów służb pomocniczych. W tym czasie służbę i pracę rozpoczęli: mjr Wach Andrzej – asystent oddziału chirurgii ogólnej, kpt. Rajczyk Tadeusz – asystent oddziału chirurgii ogólnej, ppor. Wysocki Andrzej – asystent gabinetu rtg, sierż. Walkowiak Mariusz – instruktor dietetyki, mjr Skrzydlewski Andrzej – st. asystent oddziału chorób wewnętrznych, kpt. Supiński Jarosław – asystent oddziału chirurgii urazowej, mjr Goździk Witold – kierownik poradni zdrowia psychicznego, kpt. Pawlak Piotr – główny księgowy, Łysakowska Beata – okulista, Krause Izabela – okulista, Sołtysiak Dorota – laryngolog, chor. szt. Grembecki Wiesław –

²³ Archiwum 111 szpitala Wojskowego, *Specjalne notatki*.

²⁴ Tamże...

chor. sekcji administracji ogólnej, chor Błaszak Stanisław – kierownik magazynów oraz kilku podoficerów na stanowiska magazynierów.

Najistotniejszą zmianą kadrową lat dziewięćdziesiątych było objęcie stanowiska komendanta szpitala przez ppłk Stankiewicza Ryszarda w grudniu 1994 roku na podstawie rozkazu MON PF 145 z 22.12.1994 r.²⁵ Płk Stankiewicz rozpoczął służbę wojskową w roku 1966 jako podchorąży WAM w Łodzi. Studia ukończył w roku 1972 i po odbyciu stażu podyplomowego pracował początkowo jako lekarz jednostki wojskowej, a następnie w 111 Szpitalu Wojskowym. Uzyskał I st. specjalizacji w pediatrii, II st. anestezjologii i intensywnej terapii, podspecjalizację w zakresie chorób płuc i gruźlicy oraz specjalizację II st. medycyny rodzinnej. Jest doktorem nauk medycznych. Po zmianach organizacyjnych, od kiedy szpital funkcjonuje jako Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej jest jego dyrektorem.

W roku 1998 Szpital kontynuował swoją działalność z następującą obsadą etatową lekarzy według specjalności, stomatologów, farmaceutów i techników²⁶ - etaty wojskowe/etaty cywilne: chirurgów ogólnych 5/3, chirurgów urazowych 5/1, urologów 3/3, stomatologów 3/8, internistów 9/9, patomorfologów 1/0, neurologów 3/2, dermatologów 2/2, laryngologów 3/2, okulistów 2/3, ginekologów 4/1, pediatrów 2/1, psychiatrów 1/1, fizjoterapeutów 1/0, rentgenologów 3/2, lekarzy diagnostyki laboratoryjnej i transfuzjologii 2/0, anestezjologów 7/2, lekarzy chorób zakaźnych 2/2, innych lekarzy – komenda 3/0, farmaceutów 12/6, pielęgniarek i położnych 0/205, laborantów 0/19, techników fizykoterapii 0/11, techników dentystycznych 0/8, innych pracowników medycznych 0/15, techników rtg 0/12. W związku z niestabilną sytuacją kadrową szpitala w ostatnich latach dziewięćdziesiątych często obsada etatowa zmieniała się i niekiedy nie wszystkie etaty były przez pewien czas obsadzone.

W szpitalu funkcjonowały wtedy oddziały: chirurgiczny z pododdziałem oparzeniowym na 70 łóżek, dwa oddziały wewnętrzne z pododdziałami kardiologicznym i gastrologicznym na 108 łóżek, 30 łózkowe oddziały ginekologiczny, chirurgii urazowo ortopedycznej, urologiczny, neurologiczny i obserwacyjno zakaźny, otolaryngologiczny z pododdziałem chirurgii szczękowej mający 40 łóżek, okulistyczny na 20 łóżek, anestezjologii i intensywnej terapii na 6 łóżek i dermatologiczny z 40 łózkami. W szpitalu działały ponadto: gabinet fizykoterapii, poradnia zdrowia psychicznego, ambulatorium dziecięce, gabinet stomatologiczny i gabinety należące do poszczególnych oddziałów²⁷.

²⁵ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, *Notatka personalna ppłk. Stankiewicza*.

²⁶ Tamże, *Kadry, ilość lekarzy według specjalności*.

²⁷ Stankiewicz R., Felchner A., Drużdż A., *Z dziejów Szpitala Wojskowego w Poznaniu*, Poznań 1995, s. 21.

W latach 1997 – 1999 do leczenia w oddziałach szpitalnych przyjęto kilkanaście tysięcy pacjentów, z czego do ponad 30% w roku 1999 stanowili chorzy nieuprawnieni do leczenia wojskowego²⁸. W poszczególnych oddziałach leczono (uprawnieni/nieuprawnieni/zgony): intensywnej opieki medycznej i intensywnej opieki kardiologicznej 16/6/ 6, chirurgicznym 199/39/5, chirurgii urazowej 93/22/1, urologiczny 114/24/1, laryngologiczny 159/25/0, okulistyczny 63/23/0, ginekologiczny 137/ 7/0, oddział chorób wewn. 198/28/14, neurologiczny 96,26/8, gastroenterologiczny 120/9/2, dermatologiczny 78/2/0, kardiologiczny 27/39/11. Pacjenci byli leczeni w sumie przez 20589 dni, a średni czas leczenia wynosił 13,5 dnia. Najdłużej – średnio ponad 30 dni leczeni byli pacjenci oddziału chirurgii urazowej, najwięcej zgonów – 14 zanotowano w oddziale chorób wewnętrznych, 11 kardiologicznym i 8 neurologicznym, co związane jest z rodzajami schorzeń i ich ciężkością leczonych tam pacjentów. Ilość leczonych pacjentów znacznie wzrosła w roku 1998, kiedy to zakończono remonty bieżące oddziałów szpitalnych. Do leczenia szpitalnego w poszczególnych oddziałach przyjęto (uprawnieni/ nieuprawnieni/zgony): intensywnej opieki medycznej i kardiologicznej 88/22/23, chirurgiczny 867/172/3, chirurgii urazowej 383/56/2, urologiczny 495/112/4, laryngologiczny 707/139/2, okulistyczny 413/120/0, ginekologiczny 535/33/0, wewnętrzny 850/81/24, neurologiczny 420/58/10, gastrologiczny 564/62/11, dermatologiczny 363/19/1, kardiologiczny 1076/152/28. Pacjenci leczeni byli w sumie przez 77474 dni, a średni czas leczenia wynosił 11,02 dnia. Najdłużej średnio leczeni byli chorzy w oddziałach neurologicznym – 15 dni i chirurgii urazowej – 14 dni. Najwięcej zgonów nastąpiło podobnie jak w roku poprzednim w oddziałach wewnętrznym 24 i kardiologicznym 28. W związku ze zmianą zasad finansowania działalności szpitala od 1998 r. – kontrakty z kasami chorych, wzrosła liczba osób leczonych spoza wojska – ponad 15% w roku 1998 i 37,48% w roku następnym. W roku 1999 przyjęto do leczenia szpitalnego w oddziałach (uprawnieni/nieuprawnieni /zgony): intensywnej opieki medycznej i kardiologicznej 97/49/24, chirurgiczny 824/294/6, chirurgii urazowej 627/270/1, urologiczny 528/232/2, laryngologiczny 546/201/0, okulistyczny 480/268/0, ginekologiczny 460/142/1, chorób wewnętrznych 733/264/34, neurologiczny 577/234/12, zakaźny 142/51/0, gastroenterologiczny 619/204/10, dermatologiczny 287/66/0, kardiologiczny 1348/461/31, chirurgia szczękowa 64/30/0, przewlekłe choroby 27/10/7. W ciągu roku pacjenci byli leczeni przez 56488 dni, przy średnim czasie leczenia 7,55 dnia. Najwięcej zgonów zanotowano w oddziałach leczących najtrudniejsze przypadki chorobowe - w pododdziale kardiologicznym

²⁸ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, *Przyjęci do 111 SzWzP z podziałem według oddziałów i grup osobowych.*

31, chorób wewnętrznych 34 i intensywnej terapii medycznej 24. W tym czasie wzrósł znacznie procent leczonych osób nieuprawnionych do lecznictwa wojskowego i wyniósł 37,48%. Wynikło to z nowych zasad finansowania Szpitala oraz z dobrej opinii jaką zawsze w społeczności poznańskiej się on cieszył. Stąd po zniesieniu ograniczeń w przyjmowaniu pacjentów spoza wojska i chęci uzyskania dobrego kontraktu z kasami chorych nastąpił znaczny wzrost ilości leczonych pacjentów cywilnych.

Szpital w związku ze swoją podstawową działalnością przez cały czas współpracował z klinikami Akademii Medycznej i innymi poznańskimi szpitalami. Poza tym trwała współpraca z szeregiem szkół, zakładów pracy, środowiskiem kombatanckim i Fundacją św. Jana Jerozolimskiego – Pomoc Maltańska. Bezinteresownie udzielano pomocy osobom starszym w domach opiekuńczych, dzieciom w przedszkolach i pracownikom Teatru Wielkiego im. Stanisława Moniuszki. Prowadzona była systematyczna praca oświatowo – wychowawcza w zakresie profilaktyki chorób społecznych i higieny życia codziennego w rejonie leczniczym. W kolejną dekadę szpital wszedł jako wielospecjalistyczny zakład leczniczy, posiadając model organizacyjny, który pozwalał sprawnie wykonywać zadania w zakresie lecznictwa, orzecznictwa i zaopatrzenia medycznego²⁹.

²⁹ Stankiewicz R., Felchner A., Drużdż A., *Z dziejów...*, s. 21-22.

ROZDZIAŁ V

DZIAŁALNOŚĆ MOBILIZACYJNA

1. Komenda Wojskowej Terenowej Obrony Przeciwlotniczej

Lata pięćdziesiąte to w Szpitalu okres względnej stabilizacji organizacyjnej i kadrowej oraz nasilonej działalności aparatu politycznego, a także zajęć typowo wojskowych w związku z aktualną sytuacją międzynarodową w czasie zimnej wojny i wewnętrzną czasu stalinowskiego terroru i utrwalania „władzy ludowej”. Szpital poznański po rozformowaniu rozkazem MON nr 035/Org. z dnia 04.03. 1949 r. Poznańskiego Okręgu Wojskowego funkcjonował w ramach Śląskiego Okręgu Wojskowego, którego jednostki były ze względu na usytuowanie w pobliżu granicy zachodniej w pierwszej kolejności reorganizowane i odpowiednio wyposażane technicznie. W latach 1949-1955 zmodernizowano sprzęt i uzbrojenie we wszystkich starych i nowo formowanych oddziałach. W porównaniu z 1949 rokiem, w roku 1954 liczba jednostek wojskowych w okręgu wzrosła dwukrotnie. Sytuacja międzynarodowa powodowała, że istniała realna groźba wybuchu nowej wojny światowej (toczyła się wojna w Korei, powstała RFN, NATO, trwał wyścig zbrojeń). W siłach zbrojnych PRL zmiany polegały w pierwszym rządzie, obok znacznego wzrostu stanów liczebnych na dwukrotnym zwiększeniu siły lotnictwa, utworzeniu wojsk pancernych, motoryzacji i mechanizacji wojsk lądowych oraz powołaniu Terenowej Obrony Przeciwlotniczej (TOPL)¹. Konieczność niektórych z tym związanych działań nie ominęła też szpitala. Zgodnie z rozkazem DOW Wrocław Nr 00587 z dnia 12.09.1951 r. i instrukcją WTOP-lot. Nr 3/51 z dnia 05.07.1951 r. rozkazem organizacyjnym Nr 1 Komendanta 111 Szpitala Rejonowego z dniem 17.11.1951 r. została utworzona w Szpitalu Komenda Wojskowej Terenowej Obrony Przeciwlotniczej w składzie²:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------|
| 1. komendant WTOPlot. | ppłk Łepkowski Zygmunt |
| 2. szef sztabu WTOPlot. | kpt. Staniewski Stefan |
| 3. szef służby obserwacyjno-rejestr. | kpt. Świderczuk Stanisław |
| 4. szef służby bezpieczeństwa | por. Glinkiewicz Hipolit |

¹ R. Majewski, Z dziejów Śląskiego Okręgu Wojskowego, Wrocław 1988, s. 71-72.

² CAW, sygn. 1131/65/14082.

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| 5. szef służby sanitarnej | mjr Abram Marian |
| 6. szef służby odkażania | ppor. Wroński Anastazy |
| 7. szef pogotowia przeciwpożarowego | sierz. Nowaczyk Stanisław |
| 8. szef służby weterynaryjnej | kpt. Złotowski Stanisław |
| 9. szef służby alarmowej | por. Bittner Wiktor |
| 10. szef pogotowia technicznego | por. Mańkowski Stefan |

Zadaniem komendanta i poszczególnych służb było natychmiastowe zorganizowanie oraz przystosowanie obiektów 111 Szpitala Rejonowego do obrony przeciwlotniczej i przeciwchemicznej. Komendant w meldunkach 2-tygodniowych, 1. i 15. każdego miesiąca składał sprawozdanie komendantowi Szpitala o przebiegu pracy Komendy TOPL.

Szefowie poszczególnych służb opracowali plany ich działania. Szef służby bezpieczeństwa przedstawił plan urządzeń zabezpieczających:

1. Poddasza Szpitala są opróżnione całkowicie z przedmiotów łatwopalnych. Części drewniane konstrukcji dachów są pomalowane farbami ogniotrwałymi.
2. Na poddaszu znajduje się 9 punktów przeciwpożarowych: skrzynie z piaskiem, naczynia z wodą, bosaki, kilofy, wiadra.
3. Piasek na pokrycie powierzchni poddasza jest przygotowany na terenie obiektu i zostanie wykorzystany na rozkaz komendanta WTOP-lot.
4. Urządzenia wyłączające instalacje: wodną, gazową, i elektryczną oraz kanalizację są czynne i gotowe do użytku.
5. W piwnicach budynku znajdują się specjalne schrony. Prace nad całkowitym ich uporządkowaniem zostaną zakończone do miesiąca maja 1953 r.
6. Zabezpieczenie techniczne obiektu będzie wykonywała załoga pogotowia technicznego pod kierunkiem por. Mańkowskiego³.

Szef sztabu przygotował plan wykonania szczelin przeciwlotniczych, które powinny zostać wykonane przez załogi poszczególnych służb w okresie pogotowia OPL na terenie ogrodu szpitalnego oraz w okolicy magazynów przy ul. Ułańskiej. Szczeliny miały być zamaskowane i przykryte darnią. Zakładano zaciemnienie i maskowanie obiektów szpitala. Oznaczenie budynku szpitala znakiem czerwonego krzyża miało nastąpić na podstawie otrzymanych decyzji o określeniu sposobu maskowania budynków sanitarnych. W razie pozostawienia budynku szpitala bez oznaczeń czerwonego krzyża, budynek miał nie zostać maskowany w inny sposób z uwagi na jego nie wyróżnianie się z kompleksów budynków

³ Tamże, k. 4-5.

znajdujących się w sąsiedztwie. Mury budynków magazynowych szpitala znajdujących się przy ul. Ułańskiej planowano przemalować z koloru czerwonego na kolor ciemno-szary. W czasie alarmu nocnego w szpitalu pozostać powinno tylko światło zastępcze w salach operacyjnych oddziałów chirurgicznego, położniczego i laryngologicznego oraz w dyżurkach pielęgniarek i w izbie przyjęć. Obowiązywało zaciemnienie okien za pomocą zasłon istniejących i wykonanych z materiałów podręcznych jak koce, gazety w pomieszczeniach, w których światło pozostawało. Odpowiedzialnymi za zaciemnienie byli szefowie oddziałów.

Szef sztabu WTOPlot. przygotował plan zabezpieczenia ciągłości usług:

1. Na wypadek alarmu lotniczego do schronów ewakuuje się wszystkich chorych leżących przy pomocy personelu sanitarnego nie zatrudnionego w służbach WTOPlot. oraz rekonwalescentów. Za sprawnie przeprowadzoną ewakuację odpowiedzialni są ordynatorzy oddziałów szpitala.
2. Dla każdego oddziału szpitala wyznaczone są oddzielne schrony.
3. Po zakończonej ewakuacji chorych leżących personel oraz rekonwalescenci udają się na wyznaczone miejsca do schronów i szczelin.
4. Chorzy znajdujący się w poliklinice skierowani zostaną do szczelin przeciwlotniczych.
5. Na miejscu pracy pozostawać może jedynie personel oddziału chirurgicznego na sali operacyjnej do chwili ukończenia operacji.
6. Członkowie poszczególnych służb udają się natychmiast na wyznaczone miejsca zbiórki.
7. W razie przerwania dopływu prądu na rozkaz szefa służby pogotowia technicznego elektromonter włącza agregaty na oddział chirurgiczny, położniczy i laryngologiczny, następnie wykrywa i naprawia uszkodzenia.
8. W wypadku alarmu lotniczego zamyka się dopływ wody i gazu, a powstałe w czasie nalotu uszkodzenia naprawiają pododdziały gazowy i wodno-kanalizacyjny.
9. W czasie pożaru pogotowie przeciwpożarowe przystępuje natychmiast do akcji ratowniczej, działając zgodnie z planem akcji obrony przeciwpożarowej obiektu.
10. Po odwołaniu alarmu personel wraca na swoje miejsca pracy i przystępuje do likwidacji powstałych szkód.

2. 6 Komenda Bazy Szpitalnej Frontu

Zabezpieczenie kadrowe szpitala pozwoliło sprawnie realizować wszystkie zadania stawiane jednostce, z których sprawiającym poważne obciążenie było utworzenie bazy szpitalnej frontu. Grupa Organizacyjna 6 Komendy Bazy Szpitalnej przygotowywała zabezpieczenia kadrowe – lekarze szpitala mieli przydziały mobilizacyjne na kierownicze stanowiska w jednostkach organizacyjnych bazy, pozostały personel był mobilizowany z rezerwistów kierowanych przez poszczególne komendy uzupełnień. Struktura organizacyjna i zadania Bazy Szpitalnej Frontu (BSzF) przedstawiała się następująco⁴:

KOMENDA BSzF (KBSzF) - 154 oficerów, w tym 60 lekarzy. Był to organ dowodzenia kierujący pracą i zaopatrzeniem materiałowo-technicznym podległych szpitali polowych i innych jednostek bazy.

KOMENDA (właściwa – 9 oficerów) w składzie:

- Komendant – lekarz organizator
- Zastępca ds. politycznych
- Zastępca ds. leczenia
- Zastępca ds. liniowych
- St. inspektor chirurg
- St. inspektor internista
- St. inspektor epidemiolog
- St. inspektor ds. obrony przed bronią masowego rażenia
- Pomocnik komendanta ds. organizacyjno-ewidencyjnych

Kancelaria i wydział polityczny.

Oddział leczniczo-ewakuacyjny z sekcją statystyki -18 osób

Zespół grup specjalistycznych

Kierownikiem zespołu był z-ca komendanta BSzF ds. leczenia

Grupy specjalistyczne:

1. torakoabdominalne – 2 grupy po 7 osób
2. neurochirurgiczne – 2 grupy po 6 osób
3. ortopedyczne – 2 grupy po 4 osoby
4. okulistyczne - 2 grupy po 2 osoby

⁴ M. Dójczyński, *Organizacja Ochrony Zdrowia Wojsk*, WAM Łódź, 1976.

I.G. Iwanow, O.S. Łobastow, *Organizacija i taktika medicinskoj służby*, Leningrad 1988, s. 211- 225.

5. chirurgii szczękowej – 2 grupy po 3 osoby
6. laryngologiczne – 2 grupy po 2 osoby
7. psychiatryczna – 1 grupa, 3 osoby
8. ginekologiczna – 1 grupa, 2 osoby
9. plastyczno-oparzeniowa – 1 grupa, 4 osoby
10. radiotoksykologiczna – 1 grupa, 6 osób
11. anatomopatologiczna i medycyny sądowej – 1 grupa, 8 osób

Wojskowa komisja lekarska – 5 oficerów

Szefowie służb – 7 oficerów:

- inżynierijno-saperskiej
- chemicznej
- łączności
- technicznej
- samochodowej
- uzbrojenia
- pomocniczej

Wydział zaopatrzenia medycznego – 3 osoby

Wydział wojskowej służby wewnętrznej – 18 osób

Kwaternistrzostwo

Liczba oficerów grupy organizacyjnej komendy bazy była zmienna i wahała się od 3 do 10 żołnierzy. W końcu lat osiemdziesiątych XX w poznańskiej komendzie 6 BSzF pracowało trzech lekarzy: płk Zygmunt Maćkowiak, ppłk Bronisław Zając i ppłk Stefan Chuchała⁵.

Zasadnicze działania KBSZF:

- kierowanie pracą podległych szpitali i jednostek bazy
- organizowanie przegrupowania, rozwijania szpitali i jednostek
- nadzór nad przyjęciem, segregacją i udzielaniem kwalifikowanej pomocy medycznej i specjalistycznej pomocy medycznej rannym i chorym oraz nadzór nad orzecznictwem lekarskim w szpitalach
- zaopatrywanie podległych jednostek w pionie medycznym, kwatermistrzowskim i technicznym
- organizowanie obrony i ochrony BSzF

⁵ *Kronika 111 WSR Poznań*; rel. Jerzy Durkalec.

- prowadzenie statystyki i sprawozdawczości

BATALION ZABEZPIECZENIA KBSzF - 408 osób, 90 samochodów, 60 przyczep

W skład batalionu wchodziło:

1. Dowództwo
2. Sztab (pluton łączności, wojskowa stacja pocztowa, pluton saperów, pluton ochrony, drużyna rozpoznania skażeń)
3. Kompania transportowa
4. Składy (sanitarny z wytwórnią płynów infuzyjnych, żywnościowy, mundurowy, materiałów pędnych i smarów (mps), sprzętu technicznego
5. Piekarnia polowa
6. Pralnia polowa
7. Pluton Wojskowej Służby Wewnętrznej (WSW)
8. Służby techniczne (pluton remontowy sprzętu medycznego, pluton remontowy samochodów, drużyna remontowa sprzętu łączności)
9. Kwatermistrzostwo
10. Ambulatorium

Zadania batalionu zabezpieczenia:

- zapewnienie KBSzF transportu samochodowego
- organizowanie łączności wewnętrznej i zewnętrznej
- obrona i ochrona KBSzF i BSZF
- regulacja ruchu
- rozpoznanie skażeń
- udział w likwidacji skutków broni masowego rażenia
- dowóz zaopatrzenia materiałowego ze źródeł
- usługi pralnicze
- zapewnienie zaopatrzenia bieżącego żywnościowego, medycznego, mundurowego i in.
- remonty
- obsługa pocztowa
- Obsługa kwatermistrzowska KBSzF
- Zabezpieczenie medyczne KBSzF

SZPITALA POLOWE

1. Polowy Szpital Segregacyjny - dwa po 500 łóżek

2. Polowy Szpital Chirurgiczny - osiem po 300 łóżek
3. Polowy Szpital Wewnętrzny - trzy po 300 łóżek
4. Polowy Szpital Wieloprofilowy – dwa po 300 łóżek
5. Polowy Szpital Lekko Rannych – trzy po 500 łóżek
6. Polowy Szpital Zakaźny – trzy po 100 łóżek
7. Polowy Szpital Neurologiczny – jeden 200-łóżkowy⁶.

Przykładowa struktura organizacyjna Polowego Szpitala Chirurgicznego:

- Komenda
- Sekcja polityczna
- Oddział przyjęć i segregacji
- 3 oddziały lecznicze po 100 łóżek (2 oddziały chirurgiczne, 1 oddział oparzeniowy)
- Gabinet radiologii lekarskiej
- Laboratorium kliniczne
- Apteka
- Kwatermistrzostwo

Stan osobowy – 94 osoby; w zależności od rodzaju szpitala stan osobowy wynosił od 100 do 200 osób

STACJA KRWIODAWSTWA

POŁOWA STACJA WYTWARZANIA TLENU

PRZEZNACZENIA I ZADANIA BAZY SZPITALNEJ FRONTU

Pod pojęciem BSzF rozumie się określoną grupę szpitali polowych (ok. 20) i innych jednostek podlegającą jednej komendzie (KBSzF) i przeznaczoną do udzielania kwalifikowanej i specjalizowanej pomocy medycznej rannym i chorym oraz ich leczenia. BSzF składała się z szeregu szpitali polowych i innych jednostek o zmiennej liczbie ustalonej zarządzeniem Szefa Służby Zdrowia Frontu. Przeciętna liczba łóżek BSzF wynosiła 6000 – 7000 z możliwością powiększenia o 50%. W skład BSzF wchodziło ok. 3,5 tys. personelu, w tym ok. 300 lekarzy. Na wyposażeniu było ok. 600 pojazdów mechanicznych. Od momentu rozwinięcia BSzF miała pracować 60 dni. Była to ruchoma jednostka medyczna szczebla operacyjnego. Występowała tylko na szczeblu frontu.

Podstawowymi zadaniami BSzF było:

- przyjmowanie rannych i chorych ze związków taktycznych i samodzielnych jednostek oraz ich segregacja według wskazań do poszczególnych szpitali BSzF

⁶ Tamże, s. 27.

- udzielanie kwalifikowanej i specjalizowanej pomocy medycznej z następowym leczeniem szpitalnym rannych i chorych z ustalonym czasem leczenia 30-60 dni
- segregacja i przygotowanie rannych i chorych wymagających dłuższego leczenia oraz tych, którzy po zakończeniu leczenia nie będą zdolni do dalszej służby do ewakuacji do zakładów leczniczych obszaru kraju
- kierowanie ozdrowieńców do armii i związków taktycznych frontu
- prowadzenie orzecznictwa wojskowo-lekarskiego
- organizowanie ochrony i obrony BSzF
- organizowanie procesu załadowczego
- materiałowo-techniczne zabezpieczenie szpitali i innych jednostek

Zakładano, że na czas wojny Front Polski mobilizuje (posiada) 10 baz frontowych – Szczecin, Bydgoszcz, Elbląg (Pomorski OW), Poznań, Wrocław, Gliwice (Śląski OW), Olsztyn, Warszawa, Lublin, Kraków (Warszawski OW). Dwie bazy – szczecińska BSzF (POW) i poznańska BSzF (ŚOW) były tak zwanymi pierwszorzutowymi, co oznaczało ich użycie w pierwszej kolejności, a co za tym szło, termin zakończenia mobilizacji był dla nich najkrótszy. W skład frontu wchodziły 3 – 4 armie ogólnowojskowe; upraszczając każdy Okręg Wojskowy miał mobilizować armię. Każda armia działająca w pierwszym rzucie frontu miała otrzymać w okresie początkowym 1 BSzF na zabezpieczenie medyczne działań bojowych na jej kierunku operacyjnym.

Na bazie wojskowego szpitala poznańskiego mobilizowano szpitale polowe, w których kadrę kierowniczą stanowili oficerowie szpitala, a pozostały personel powoływano spośród rezerwistów. Każdy ze szpitali polowych średnio raz na cztery lata był mobilizowany i kierowany na ćwiczenia polowe z rozwijaniem jego elementów i pozorowaniem pracy w warunkach wojennych. W międzyczasie odbywały się jednodniowe ćwiczenia teoretyczne, bez wyjazdów w teren i rozwijania poszczególnych szpitali w polu. Ćwiczeniami rezerwistów kierowali oficerowie-lekarze Szpitala mający przydziały mobilizacyjne na określone stanowiska kierownicze w szpitalach.

Organizacja i zadania szpitali polowych oparte były na wzorach radzieckich, obowiązujących w armiach stron Układu Warszawskiego i zgodnie z obowiązującymi w tym czasie zasadami odbywały się ćwiczenia szpitali BSzF mobilizowanych na bazie Szpitala⁷.

⁷ I.G. Iwanow, O.S. Łobastow, Organizacija i taktika miedicinskoj służby, Leningrad 1988, s. 233-252.

Polowy Szpital Segregacyjny rozwijał się na drogach ewakuacji z batalionów medycznych dywizji. W celu stworzenia bardziej sprzyjających warunków dla medycznej segregacji przy masowym napływie rannych i chorych, na drogach prowadzących do szpitala segregacyjnego personel medyczny szpitala organizował medyczne posterunki rozdzielcze. Zadanie tych posterunków polegało na tym, aby z ogólnej liczby ewakuowanych rannych i chorych wydzielić i skierować do szpitala ewakuacyjnego tylko tych, którzy na dotychczasowych etapach ewakuacji nie otrzymali określenia ewakuacyjnego. Pozostałych rannych i chorych mających takie określenie zapisane w początkowej karcie informacyjnej posterunki kierowały bezpośrednio do odpowiednich urządzeń leczniczych bazy. Segregacja na posterunkach z reguły odbywała się poprzez wstępne badanie na środkach transportu sanitarnego i ocenę dotychczasowej dokumentacji medycznej. Jeśli przy tym stwierdzano u niektórych poszkodowanych pogorszenie stanu zdrowia w czasie ewakuacji, to po udzieleniu niezbędnej pomocy lekarskiej kierowani oni byli do szpitala segregacyjnego. Na posterunkach rozdzielczych rannych i chorych grupowano na środkach transportu sanitarnego w kontyngenty o podobnych ranach lub chorobach w celu kierowania do odpowiednich szpitali bazy, czego nie zawsze zdołano wykonać w batalionach medycznych dywizji. W skład szpitala segregacyjnego zawsze wchodził oddział dla hospitalizacji rannych i chorych, sala (w namiotach) operacyjna, opatrunkowa, przeciwwstrząsowa, dla zakażonych bakteriami beztlenowymi (tężec, zgorzel gazowa). Dla prowadzenia medycznej segregacji w szpitalu były tworzone brygady segregacyjne, w skład których wchodził: lekarz, 1-2 pielęgniarki i rejestrator. Taka brygada w ciągu godziny mogła dokonać segregacji 5-10 rannych i chorych. Średnio ranni i chorzy przebywają w szpitalu 8-12 godzin. Stąd szpital segregacyjny może w ciągu doby przyjąć i posegregować do 1500 rannych i chorych. Oddział anatomopatologiczny szpitala ustalał przyczyny śmierci rannych i chorych ewakuowanych z batalionów medycznych do bazy szpitalnej, a także zmarłych w polowych szpitalach bazy oraz pokazywał błędy w okazywanej pomocy medycznej⁸.

Kolejnym szpitalem polowym, który w ramach ćwiczeń był mobilizowany na bazie poznańskiego szpitala wojskowego był polowy szpital chirurgiczny. Szpital ten mógł pracować w składzie BSzF jako ogólnochirurgiczny lub jako specjalizowany. Mógł także przesuwac się w ogniska masowych strat sanitarnych z zadaniem okazania kwalifikowanej pomocy medycznej lub być wykorzystywany dla przyjęcia nie nadających się do transportu rannych i chorych z medycznego batalionu, w celu oswobodzenia go do kolejnego manewru.

⁸ M. Dójczyński, *Organizacja...*, s. 22 i n.

W odróżnieniu od medycznych batalionów w szpitalu musiały być stworzone warunki dla dłuższej hospitalizacji rannych i chorych. W tym celu rozwijano odpowiednie oddziały szpitalne. Pierwszy oddział chirurgiczny zwykle rozwijano dla rannych w tułów i kończyny górne, drugi dla rannych w kończyny dolne. W warunkach wojny współczesnej może występować znaczna liczba oparzeń, dlatego trzeci oddział chirurgiczny zazwyczaj przeznaczony był dla poparzonych. Samodzielnym funkcjonalnie pododdziałem był oddział operacyjno-anestezjologiczny mający na swoim wyposażeniu sale dla prowadzenia terapii przeciwwstrząsowej. Na bazie polowego szpitala chirurgicznego, po wzmocnieniu jego załogi odpowiednimi grupami z oddziału specjalistycznej pomocy medycznej (zespołu grup specjalistycznych) mogły być tworzone szpitale specjalizowane jak: dla rannych w głowę, szyję i kręgosłup; dla rannych w klatkę piersiową i brzuch; dla rannych z uszkodzeniem kości długich i stawów. Specjalizowany polowy szpital chirurgiczny dla rannych w głowę, szyję i kręgosłup był tworzony przez przydzielenie do polowego szpitala chirurgicznego grupy neurochirurgicznej. Do tego szpitala kierowani byli pacjenci z ranami czaszki, narządu wzroku i słuchu, szczęki, szyi i kręgosłupa. Zwykle 60% łóżek szpitalnych przewidywano dla rannych w kręgosłup i z uszkodzeniami czaszki, 20% dla rannych z uszkodzeniami szczęki, po 10% dla rannych z uszkodzeniami narządu wzroku i słuchu. Na terenie szpitala oprócz standardowych oddziałów szpitalnych rozwijano oddziały specjalizowane – neurochirurgiczny, oczny, otolaryngologiczny i twarzowo-szczękowe. Cechą charakterystyczną tego szpitala był oddział diagnostyczny z laboratorium, gabinetem rtg., salą diagnostyczną i opatrunkową. Zorganizowanie oddziału diagnostycznego, jak wynikało a doświadczeń II wojny uwarunkowane było trudnościami w diagnozowaniu połączonych urazów i koniecznością badania takich rannych przez wielu specjalistów w salach – opatrunkowej i diagnostycznej. Tutaj określano uraz wiodący, kolejność interwencji chirurgicznych i oddział, w którym należy prowadzić dalsze leczenie. Dzięki badaniu rannych w oddziale diagnostycznym zapewnione były warunki dla płynnego opracowania rannych i nieprzerwanej pracy chirurgów. Przewidywano, że u znacznej części rannych (do 30%) będą połączone zranienia różnych części ciała. Dlatego nie tylko w uściśleniu diagnozy ale i w okazaniu specjalistycznej chirurgicznej pomocy oraz w dalszym leczeniu tych rannych powinno uczestniczyć wielu różnych specjalistów. W związku z tym w szpitalu celowym było rozwijać jeden blok operacyjny z salą intensywnej terapii. Ranni nie odpowiadający profilowi leczenia tego szpitala (np. z nie przenikającymi ranami czaszki bez uszkodzenia kości), którzy

trafili tu z powodu błędów medycznej segregacji podlegali chirurgicznemu opracowaniu w sali diagnostycznej i opatrunkowej i następnie ewakuowani według wskazań⁹.

Specjalistyczny polowy chirurgiczny szpital dla rannych w klatkę piersiową, brzuch i miednicę tworzone poprzez przydzielenie do polowego szpitala chirurgicznego grupy torakoabdominalnej z oddziału specjalizowanej pomocy medycznej (zespołu grup specjalistycznych). W szpitalu rozwijano oddział przyjęć i segregacji oraz trzy oddziały chirurgiczne, centralny blok operacyjny, a także oddział anestezjologii i intensywnej terapii. Pierwszy oddział chirurgiczny przeznaczony był dla rannych w klatkę piersiową; drugi dla rannych w brzuch i miednicę oraz z połączonymi ranami brzucha i klatki piersiowej; trzeci dla rannych z powikłanymi infekcjami ranami klatki piersiowej, brzucha i miednicy. W centralnym bloku operacyjnym jedna sala była przeznaczona dla operacji chirurgicznych ran klatki piersiowej baz powikłań ropnych, druga dla rannych w brzuch i miednicę. W sali intensywnej terapii przygotowywano rannych do operacji i wyprowadzano z narkozy. Znaczna część rannych leczonych w tym szpitalu powinna być leczona w sali intensywnej terapii zarówno przed, jak i po leczeniu operacyjnym. Dlatego w szpitalu rozwijany był oddział anestezjologii i intensywnej terapii. W trzecim oddziale chirurgicznym mieli znajdować się ranni z infekcyjnymi powikłaniami ran. Były tu wydzielane specjalne sale dla rannych z ropowicami i przetokami kałowymi.

Specjalistyczny polowy szpital chirurgiczny dla rannych z uszkodzeniami kości długich i stawów tworzone przez przydzielenie do polowego szpitala chirurgicznego grupy ortopedycznej z oddziału specjalizowanej pomocy medycznej (zespołu grup specjalistycznych). W szpitalu rozwijane były oddziały: przyjęć i segregacji, trzy chirurgiczne – pierwszy dla rannych z uszkodzeniami biodra, przedramion i pobliskich stawów, drugi dla rannych z urazami ramion, goleni i sąsiednich stawów, trzeci dla rannych z pourazowymi amputacjami kości długich, będących jednocześnie porażonymi działaniem promieniowania jonizującego lub z ograniczonymi oparzeniami. Oprócz tego w związku z dużą liczbą powikłań infekcjami bakteriami beztlenowymi (tężec, zgorzel gazowa) przy zranieniach bioder i kończyn w szpitalu organizowany był specjalny oddział dla pacjentów z takimi powikłaniami. W trzecim oddziale chirurgicznym i w oddziale dla zakażonych bakteriami beztlenowymi organizowane były własne sale opatrunkowe. Skład osobowy oddziału anestezjologii i intensywnej terapii zwykle pracował w oddziale operacyjnym, ponieważ ponad 50% zabiegów chirurgicznych powinno odbywać się w znieczuleniu ogólnym i

⁹ Tamże, s. 24.

znaczna część operowanych wymaga intensywnej terapii. Duża część pacjentów trafiających do tego szpitala to poszkodowani z ciężkimi urazami, transportowani na noszach. U wielu z nich zakłada się szyny unieruchamiające na czas transportu. Przy badaniach w czasie segregacji medycznej, w procesie sanitarnego zaopatrywania i transportu z batalionów medycznych może rozwinąć się wstrząs i wielu rannych trafia do szpitala z jego objawami. Dlatego w szpitalu rozbudowany był oddział intensywnej terapii. System przyjęć, sanitarnego opracowania i udzielanej pomocy powinien być w miarę możliwości kroczący. Możliwie najszybciej należy stosować środki przeciwbólowe, następnie rannego ułożonego na specjalnym stole ortopedycznym przewieźć do gabinetu rentgenowskiego. Po wstępnym zaopatrzeniu chirurgicznym na tym stole ciężko ranni kierowani są do właściwych pododdziałów szpitala. Duża część rannych otrzymuje opatrunki gipsowe, dlatego w oddziale operacyjnym tworzono gipsownię i suszarnię, w której ranni przebywali do czasu pełnego wyschnięcia gipsu. Jeśli dla wymagających założenia opatrunków gipsowych nie było możliwości wydzielania specjalnej sali, to w części operacyjnej wydzielano miejsce dla nakładania tych opatrunków. Personel oddziałów i zwłaszcza suszarni zobowiązany był do szczególnego nadzoru nad rannymi z rozległymi opatrunkami gipsowymi, ponieważ mogło u nich dochodzić do nagłych, obfitych krwawień pod opatrunkami. Wymagało to szybkiego zdjęcia gipsu i odpowiedniego zaopatrzenia rannego, w czym specjalnie szkolony był personel oddziałów i suszarni.

Polowy Szpital Wieloprofilowy był kolejną jednostką BSzF rozwijaną na bazie 111WSR. Szpital ten rozwijany był w składzie bazy dla udzielania kwalifikowanej i specjalistycznej pomocy medycznej rannym i oparzonym, przeważnie ze złożonymi obrażeniami oraz dla ich leczenia stacjonarnego. W razie konieczności szpital mógł udzielać pomocy medycznej porażonym bronią chemiczną, chorym na chorobę popromienną i z chorobami somatycznymi. W ten sposób w szpitalu mogła być okazywana specjalistyczna pomoc medyczna wszystkim grupom rannych i oparzonych, za wyjątkiem rannych w głowę, szyję i kręgosłup. W szpitalu rozwijano oddział przyjęć i segregacji, dwa oddziały chirurgiczne, internistyczny, stomatologiczny, gabinet rentgenowski, laboratorium, aptekę i oddział fizykoterapii. W związku z tym, że stosunkowo duża liczba rannych i chorych będzie wymagała intensywnej terapii i leczenia przeciwbólowego tworzono samodzielny oddział anestezjologii i intensywnej terapii. W oddziale przyjęć i segregacji do pomieszczeń segregacyjnych (w namiotach) mogą napływać różne grupy rannych i chorych. W związku z tym, że segregacja rannych i chorych była skomplikowana przez napływ rannych z urazami złożonymi, w okresie najintensywniejszej pracy oddziału zakładano jego wzmocnienie siłami

innych oddziałów. Pierwszy oddział chirurgiczny był przeznaczony dla rannych, u których wiodącymi były urazy mechaniczne. W jego składzie rozwijano sale: operacyjną z przedoperacyjną; opatrunkową z przedopatrunkową; dla zakażonych bakteriami beztlenowymi; gipsownię z suszarnią. W drugim oddziale chirurgicznym (dla oparzonych) urządzano salę opatrunkową z przedopatrunkową i sale szpitalne. Rozwijanie polowych szpitali wieloprofilowych w składzie BSzF pozwalało nie tylko zapewnić udzielanie pomocy medycznej w przypadkach złożonych urazów, to jest wtedy gdy zachodzi konieczność wspólnego działania wielu specjalistów, ale także reagować na zmieniające się struktury strat sanitarnych. Szpital wieloprofilowy mógł być także rozwijany oddzielnie od innych urządzeń leczniczych, gdy przy niewielkich stratach sanitarnych rozwijanie na danym kierunku bazy szpitalnej nie miało sensu. Celowym było wykorzystywanie szpitala wieloprofilowego dla medycznego zabezpieczenia dużych powietrznych, morskich desantów lub związków działających na izolowanych kierunkach, kiedy nie jest możliwa ewakuacja do szpitala bazy. Ważną jednostką BSzF był Polowy Szpital Internistyczny, który mógł spełniać rolę szpitala ogólnoterapeutycznego lub specjalistycznego. Do niego kierowani byli pacjenci ze schorzeniami somatycznymi, a w przypadku użycia przez przeciwnika broni masowego rażenia także porażeni promieniowaniem jonizującym, środkami trującymi i toksynami bakteryjnymi. W razie konieczności przewidywano wzmocnienie składu szpitala grupą radiotoksykologiczną z oddziału (zespołu) grup specjalistycznych. W razie przesunięcia szpitala w rejon masowych porażeń środkami trującymi lub toksynami bakteryjnymi szpital udzielać miał pomocy medycznej w takim zakresie jak bataliony medyczne dywizji. W pracy w ramach BSzF rozwijane były: oddział przyjęć i segregacji; dwa oddziały internistyczne; oddział psychiatryczny, fizykoterapia; oddział stomatologiczny, gabinet rentgenowski i apteka. Sale intensywnej terapii oddziałów leczniczych mogły być połączone w specjalnym funkcjonalnym oddziale reanimacji i intensywnej terapii. W okresie zapełniania szpitala namioty segregacyjne należało profilować (dla porażonych promieniowaniem jonizującym, dla porażonych środkami trującymi i dla chorych ze schorzeniami somatycznymi). Jeden z oddziałów internistycznych był przeznaczony dla porażonych promieniowaniem jonizującym i dla chorych ze schorzeniami somatycznymi, drugi dla porażonych środkami trującymi. Do oddziału intensywnej terapii kierowani byli chorzy w stanach zagrożenia życia: zapaść, ostre zaburzenia oddychania, ostra niewydolność serca, ciężkie zatrucia, stany spastyczne itp. W sali operacyjnej tego oddziału wykonywane były niektóre zabiegi chirurgiczne¹⁰.

¹⁰ Tamże.

Polowy Szpital Neurologiczny rozwijany w składzie BSzF zabezpieczał specjalistyczną psychoneurologiczną pomoc medyczną oraz leczenie porażonych i chorych z chorobami psychicznymi i neurologicznymi, po kontuzjach (zamkniętych urazach mózgu i kręgosłupa), a także w niektórych rodzajach porażenia środkami trującymi. W szpitalu zwykle rozwijane były: oddział przyjęć i segregacji; oddział psychoneurologiczny z częścią przyjęć chorych psychicznie; oddział neurologiczny dla kontuzjowanych; oddział neurologiczny; oddział stomatologiczny; oddział rentgenowski, fizykoterapia; laboratorium; apteka. Dla przyjęć pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i ostrymi stanami reaktywnymi w składzie oddziału przyjęć i segregacji organizowano oddzielną część. Największą trudność organizacyjną i funkcjonalną w pracy tego szpitala stanowił oddział psychoneurologiczny. Koniecznym było m.in. wzmocnienie konstrukcji namiotów, ograniczenie dostępu do pieców, przymocowanie łóżek do podłoża i montowanie drzwi bez możliwości ich otwierania przez chorych. W związku z koniecznością przestrzegania reżimu oddziału psychiatrycznego zarówno w oddziale jak i w części przeznaczonej do przyjęć nie prowadzono sterylizacji narzędzi medycznych i nie przygotowywano mieszanek do iniekcji. Wykonywano to w części zabiegowej oddziałów i przygotowany materiał przekazywano w miarę potrzeb personelowi medycznemu. We wszystkich salach oddziału psychoneurologicznego konieczna była organizacja ścisłego nadzoru i pielęgnacji chorych, zwłaszcza w czasie doprowadzania na zabiegi, do gabinetu rtg, w czasie karmienia itp. Diagnostyka i leczenie kontuzjowanych wymagały współpracy wielu specjalistów, którzy szczególną uwagę musieli zwracać na pacjentów z zamkniętymi urazami mózgu, u których mogły rozwinąć się objawy ucisku płatów czołowych. W razie ich rozpoznania poszkodowanych w trybie pilnym kierowano do polowego specjalistycznego szpitala chirurgicznego dla rannych w głowę, szyję i kręgosłup. Kontuzjowani wymagali stałej obserwacji i troskliwej opieki, gdyż jak wynikało z doświadczeń II wojny u znacznej ich części – ponad 60% mogły pojawić się zaburzenia psychiczne.

Ważną rolę w BSzF odgrywał Polowy Szpital Zakaźny zapewniający specjalistyczną pomoc medyczną porażonym i chorym ze schorzeniami infekcyjnymi. Ewakuacja z tego szpitala była dopuszczalna tylko w nadzwyczajnych warunkach – przy zagrożeniu wejścia przeciwnika w rejon rozmieszczenia szpitala, niesprzyjającej sytuacji radiacyjnej. Na szpital nałożone były także obowiązki prowadzenia niektórych przedsięwzięć przeciwepidemicznych (uczestniczenie w lokalizacji i likwidacji ognisk epidemicznych, powiadamianie dowódców jednostek wojskowych i szefów służb medycznych związków taktycznych o rozpoznaniu i leczeniu każdego przyjętego do szpitala chorego lub porażonego). Jednostki szpitala po ich

rozwinięciu powinny zabezpieczać rozdzielne przyjęcia, sanitarne opracowanie i leczenie chorych (porażonych) z różnymi formami schorzeń (np. układu oddechowego i infekcji jelitowych), a także szybkie przejście na surowy reżim działań przeciwepidemicznych. Dlatego w oddziale przyjęć i diagnostyki organizowano dwa obserwacyjne i dwa sanitarne przepusty, a oddziały lecznicze były odpowiednio profilowane. W oddziale przyjęć i diagnostyki oddzielnie obok sal obserwacyjnych organizowane były diagnostyczne dla uściślenia rozpoznań zachorowań u przyjmowanych pacjentów i kierowania ich do właściwych oddziałów leczniczych. W oddziale przyjęć i diagnostyki chorzy znajdowali się w oddzielnych boksach, czego nie stosowano już w oddziałach leczniczych. W trakcie medycznej segregacji oceniano ciężkość stanu chorych i określano kolejność stosownej pomocy medycznej. Ciężko chorzy wymagający pilnej pomocy i intensywnej terapii byli szybko kierowani do sal intensywnej terapii rozwijanych w składzie każdego oddziału leczniczego. Funkcjonalne pododdziały szpitala rozmieszczane były tak, aby maksymalnie ograniczać kontakty pomiędzy chorymi. W tym celu starano się je rozmieszczać na trzech w miarę możliwości izolowanych placach. Na pierwszym rozwijano oddział przyjęć i diagnostyki, na drugim oddziały lecznicze (każdy oddzielnie), na trzecim komendę, pododdziały zabezpieczenia, aptekę i pomieszczenia składu osobowego szpitala. Przy takim rozmieszczeniu szpital bez dużej reorganizacji mógł być przestawiony na ścisły przeciwepidemiczny reżim pracy.

Polowy Szpital dla Lekko Rannych przeznaczony był do udzielania kwalifikowanej i specjalistycznej pomocy medycznej lekko rannym i lekko chorym, ich leczenia do pełnego wyzdrowienia, rehabilitacji i uzyskania zdolności do powrotu w skład jednostki wojskowej. Do tego szpitala kierowani byli lekko ranni i chorzy z urazami tkanek miękkich (bez uszkodzenia organów wewnętrznych, ważnych naczyń i pni nerwowych), złamaniami kości dłoni i stopy, lekkimi kontuzjami i stanami reaktywnymi, oparzeniami II stopnia, zajmującymi nie więcej niż 20% powierzchni ciała, ograniczonymi oparzeniami III stopnia pasywnych części ciała, chorobą popromienną I stopnia, lekkimi porażeniami środkami trującymi, nerwicami czynnościowymi, przewlekłymi nieżytami oskrzeli i żołądka. Szpital ten był jednostką szczególnego rodzaju. Przedsięwzięcia lecznicze były tutaj łączone z przygotowaniem fizycznym i bojowym. W szpitalu prowadzono kompleksowe leczenie, w trakcie którego obok metod chirurgicznych i terapeutycznych szeroko stosowano postępowanie fizykoterapeutyczne, gimnastykę leczniczą i terapię zajęciową. W ramach szpitala rozwijano z reguły oddziały: przyjęć i segregacji; operacyjno-opatrunkowy; chirurgiczne; internistyczne; stomatologiczny; fizykoterapeutyczny; gimnastyki leczniczej;

gabinet rentgenowski; laboratorium; aptekę; oddział terapii zajęciowej oraz przewidywano miejsce dla ćwiczeń przygotowania bojowego. Oddział przyjęć i segregacji zabezpieczał masowe przyjęcia i odpowiednie rozmieszczenie lekko rannych i lekko chorych w szpitalu (do 100 – 150 pacjentów w ciągu godziny). Tutaj odbywała się wstępna medyczna segregacja, i sanitarne opracowanie, a w razie konieczności pilna pomoc lekarska. Przy masowym napływie rannych i chorych w celu najlepszego wykorzystania sił chirurgicznych rozwijana była centralna sala opatrunkowa i operacyjna z pracującymi tu chirurgami ze wszystkich oddziałów chirurgicznych. Pierwszy oddział chirurgiczny był 50 łóżkowy dla hospitalizacji lekko rannych czasowo wymagających leżenia i z nałożonymi pierwotnymi lub czasowo odroczonymi szwami w czasie chirurgicznego opracowania. W tym oddziale obowiązywał reżim szpitalny. W drugim oddziale chirurgicznym leczono pacjentów z oparzeniami i ranami kończyn. Był możliwy drugi wariant – rozwijanie chirurgicznych oddziałów drugiego i trzeciego: jeden z nich przeznaczony dla leczenia rannych, drugi dla oparzonych. W oddziałach internistycznych leczono pacjentów ze schorzeniami somatycznymi, lekko porażonych środkami trującymi, z chorobą popromienną I stopnia, chorych skórno-wenerycznych, a także rekonwalescentów przekazanych do leczenia z innych szpitali w celu dokończenia terapii. Wszystkie oddziały lecznicze tego szpitala, za wyjątkiem pierwszego chirurgicznego były organizacyjnie pododdziałami – kompaniami. Każda kompania miała dowódcę i składała się z plutonów. Rozdział rannych i chorych do poszczególnych plutonów wynikał z konieczności leczenia ich jednorodnymi metodami i możliwości uczestniczenia w jednakowych zajęciach przygotowania fizycznego i bojowego. Na terapię zajęciową organizowaną przez pomocnika komendanta szpitala d.s. zabezpieczenia materiałowo-technicznego kierowali lekarze oddziałów leczniczych po uzgodnieniu ze specjalistami oddziału gimnastyki leczniczej i instruktorem-metodykiem terapii zajęciowej. Zakładano, że leczenie lekko rannych i lekko chorych w szpitalu pozwoli zakończyć ich terapię w obrębie frontu, bez konieczności ewakuacji na głębokie zaplecze. Uważano, że można osiągnąć znaczne skrócenie czasu leczenia i powrót do szeregów najbardziej cennych, mających bojowe doświadczenie żołnierzy i oficerów. Doświadczenia II wojny pokazywały także, iż zwykle przez 20 dni od początku funkcjonowania szpitala znaczna część lekko rannych i lekko chorych zostanie wyleczona i wypisana ze szpitala. W rezultacie tego pojawią się wolne miejsca, na które mogą być przekazani perspektywiczni dla powrotu w szeregi zdrowiejący ranni i chorzy z innych zakładów leczniczych BSzF.

W trakcie szkoleń kadry mającej przydziały mobilizacyjne do jednostek BSzF dużo uwagi poświęcano zagadnieniom właściwego wyboru rejonu rozwijania bazy¹¹. Powinien on znajdować się w pobliżu dróg dowozu i ewakuacji oraz bazy zaopatrzenia. Takie rozmieszczenie pozwala szeroko wykorzystywać powrotne rejsy transportu ogólnego przeznaczenia dla ewakuacji rannych i chorych z jednostek do bazy szpitalnej, a także ułatwia zabezpieczenie urządzeń leczniczych w środki spożywcze, paliwo i inne produkty. W okolicy gdzie rozwijana jest baza powinna być dostatecznie rozwinięta sieć dróg wiążąca oddzielne urządzenia lecznicze między sobą i zapewniająca prowadzenie wewnątrzbazowych przewozów rannych i chorych. Przy wyborze rejonu rozwinięcia BSzF należało uwzględniać wykorzystanie miejscowych zasobów dla rozmieszczenia, wyposażenia szpitali i zabezpieczenia ich pracy (pomieszczenia, materiały budowlane, paliwo, źródła wody itp.). Ważne aby w pobliżu nie było obiektów dla możliwych ataków lotnictwa i rakiet przeciwnika na przykład ważnych składów amunicji, punktów dowodzenia itp. Szpitale bazy powinny być rozwijane w strefach nie ulegających zatopieniu przy uszkodzeniu tam zabezpieczających brzegi rzek w czasie powodzi, czy topnienia śniegów w górach. Teren w rejonie rozmieszczenia bazy powinien umożliwiać stosowanie odpowiedniego maskowania urządzeń leczniczych. Zakładano, że szpitale bazy będą rozmieszczane w rejonach, w których pobliżu znajdują się lotniska lub gdzie jest możliwa rozbudowa pasów (placów) lądowania i startowania dla samolotów (śmigłowców) z ewakuowanymi rannymi i chorymi. W czasie operacji zaczepnej baza powinna być rozwijana w pobliżu rejonów znacznych strat sanitarnych, w miejscach pracy medycznych batalionów dywizji i samodzielnych jednostek medycznych. To pozwala kierować rannych i chorych z ogniska masowych strat bezpośrednio do bazy szpitalnej, a także przyjmować z batalionów medycznych na miejscu niezdolnych do transportu porażonych. Przy wejściu do bazy szpitalnej, na przecięciu się dróg prowadzących z batalionów medycznych rozwijany był polowy szpital segregacyjny, a jego pobliżu szpitale przeznaczone dla najciężej poszkodowanych, których ewakuacja jest niewskazana – specjalistyczne szpitale chirurgiczne dla rannych w głowę, szyję i kręgosłup; dla rannych z uszkodzeniami kości długich i stawów; dla rannych w klatkę piersiową, brzuch i miednicę. W sąsiedztwie szpitala dla rannych w głowę rozmieszczany był szpital neurologiczny, a w pobliżu szpitala dla rannych w klatkę piersiową, brzuch i miednicę szpital internistyczny. Przy takim rozlokowaniu uzyskiwane są najbardziej sprzyjające warunki dla wzajemnych konsultacji lekarzy specjalistów różnych szpitali. Szpital dla lekko rannych rozwijany był

¹¹ Tamże..., s. 251-253.

zwykle w centrum rejonu zajmowanego przez bazę tak, że lekko ranni i lekko chorzy mogli być angażowani do pełnienia wielu prac gospodarczych oraz prowadzenia ochrony i obrony. Na najbardziej prawdopodobnym kierunku ruchu rannych planowano rozwinięcie szpitala ogólnochirurgicznego i wieloprofilowego współpracujących ściśle ze szpitalem segregacyjnym. Szpital zakaźny rozwijany był zawsze w znacznej odległości od pozostałych szpitali bazy dla uniknięcia szerzenia się zakażeń. W szpitalach bazy gabinet rentgenowski, apteka, laboratorium i inne pododdziały obsługujące kilka oddziałów rozmieszczano w centrum, lub w pobliżu najważniejszego oddziału. We wszystkich szpitalach po zakończeniu masowych przyjęć rannych i chorych odpadała konieczność posiadania silnego oddziału przyjęć i segregacji. Dlatego część pomieszczeń i wyposażenia oraz składu osobowego tego oddziału wykorzystywano dla wzmocnienia oddziałów leczniczych.

Wszystkie urządzenia BSzF pracowały zgodnie z planem opracowywanym przez komendę bazy. Planowanie pracy realizowane było z uwzględnieniem organizacji medycznego zabezpieczenia operacji armijnych oraz utworzonym ugrupowaniem sił i środków służb medycznych. Podstawą dla podjęcia opracowania planu pracy bazy były decyzje komendanta, w których zwykle wskazywano: najważniejsze informacje o operacyjno-tyłowej sytuacji; rejon rozwinięcia bazy szpitalnej i jej oddziałów; liczbę etatowych i rzeczywistych łóżek do rozwinięcia; czas i kolejność wyruszenia bazy szpitalnej (jej oddziałów) w rejon rozwinięcia; czas gotowości do pracy; możliwą liczbę rannych i chorych, którzy mogli trafić do leczenia w oddziałach oraz przypuszczalne rodzaje porażeń w zależności od rodzaju użytej broni; przewidywany czas leczenia rannych i chorych i kolejność ich ewakuacji do szpitali w kraju; skład i miejsce urządzeń leczniczych, przewidywany manewr nimi w czasie operacji; możliwości i kolejność wykorzystywania miejscowych zakładów leczniczych; przydzielone bazie szpitalnej środki transportu sanitarnego, siły przeciwepidemiczne i inne pomocnicze; dyslokację bazy transportowej i kolejność dowozu środków materiałowych do bazy; organizację dowodzenia i łączność. Na podstawie decyzji komendanta i oceny sytuacji sporządzano plan pracy BSzF w operacji włączający następujące rozdziały:

1. Podstawowe zadania bazy szpitalnej.
2. Leczniczo-ewakuacyjne zamierzenia (organizacja przejmowania w skład bazy szpitalnej urządzeń leczniczych, ich rozdział do oddziałów bazy i specjalizacja; organizacja segregacji medycznej rannych i chorych trafiających do bazy szpitalnej; zakres, organizacja udzielanej medycznej pomocy rannym i chorym, czas leczenia itp.).

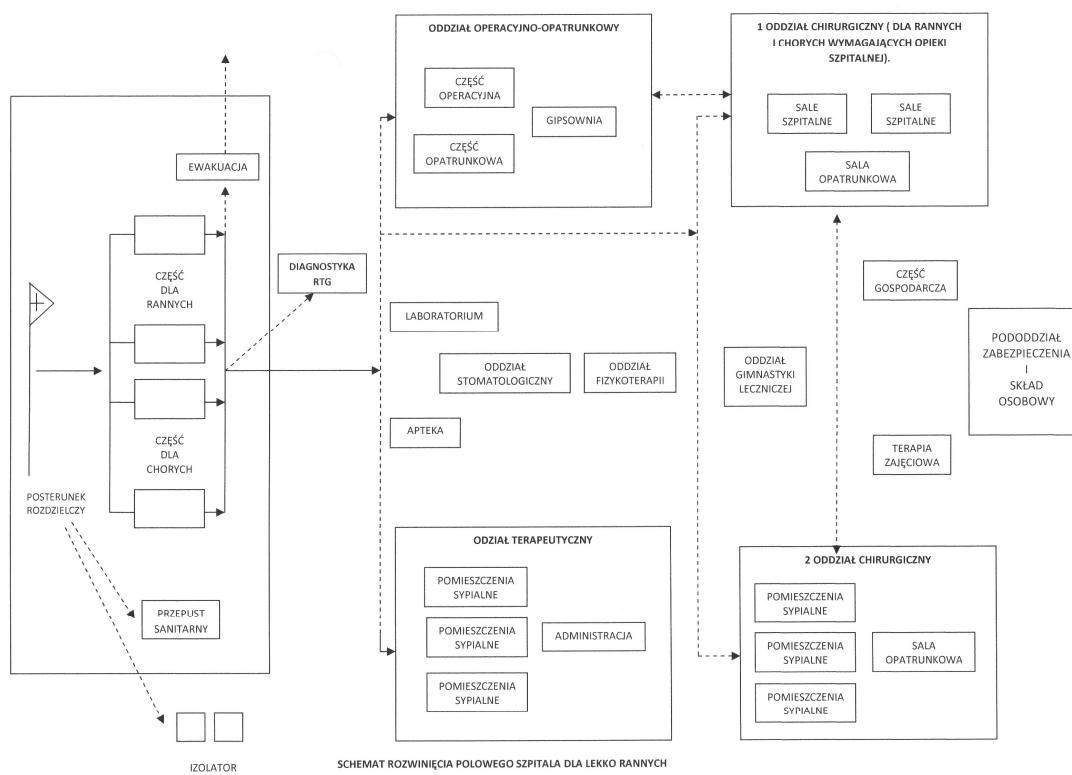
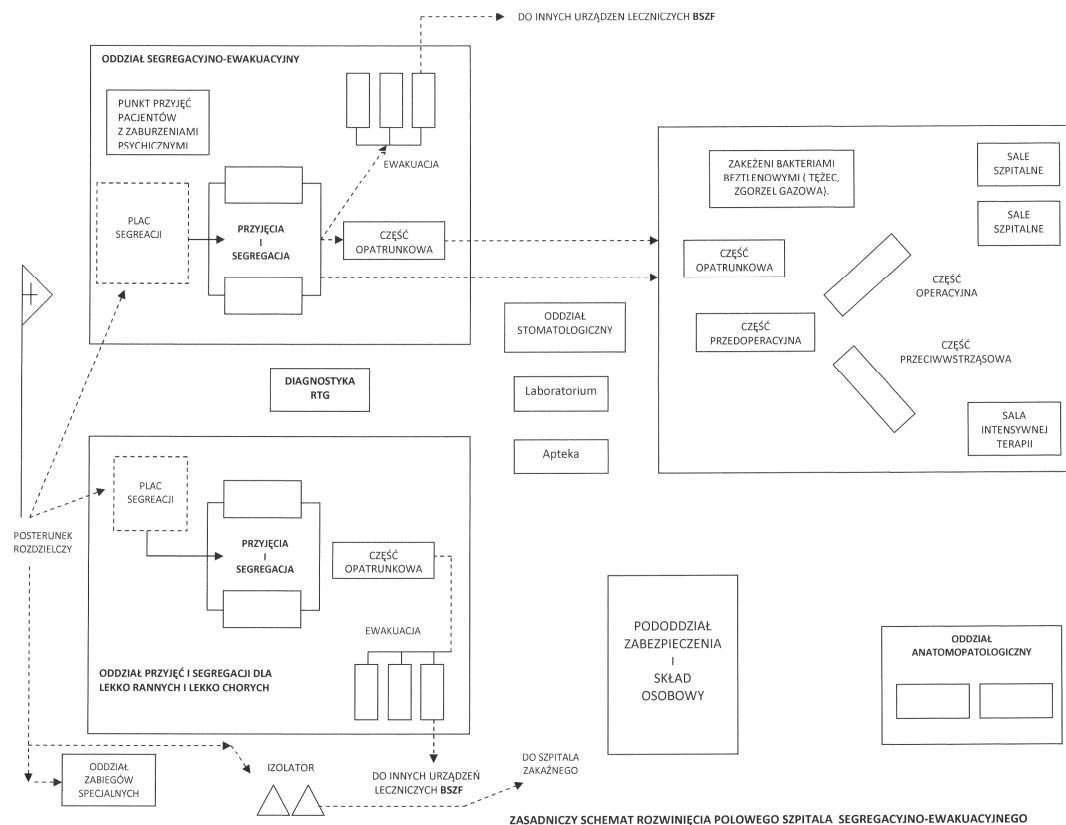
3. Sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne przedsięwzięcia przeprowadzane w bazie.
4. Organizacja obrony przed bronią masowego rażenia, ochrony i obrony BSzF.
5. Materiałowe i techniczne zabezpieczenie jednostek organizacyjnych bazy szpitalnej.
6. Dowodzenie częściami składowymi i zakładami bazy, organizacja łączności.

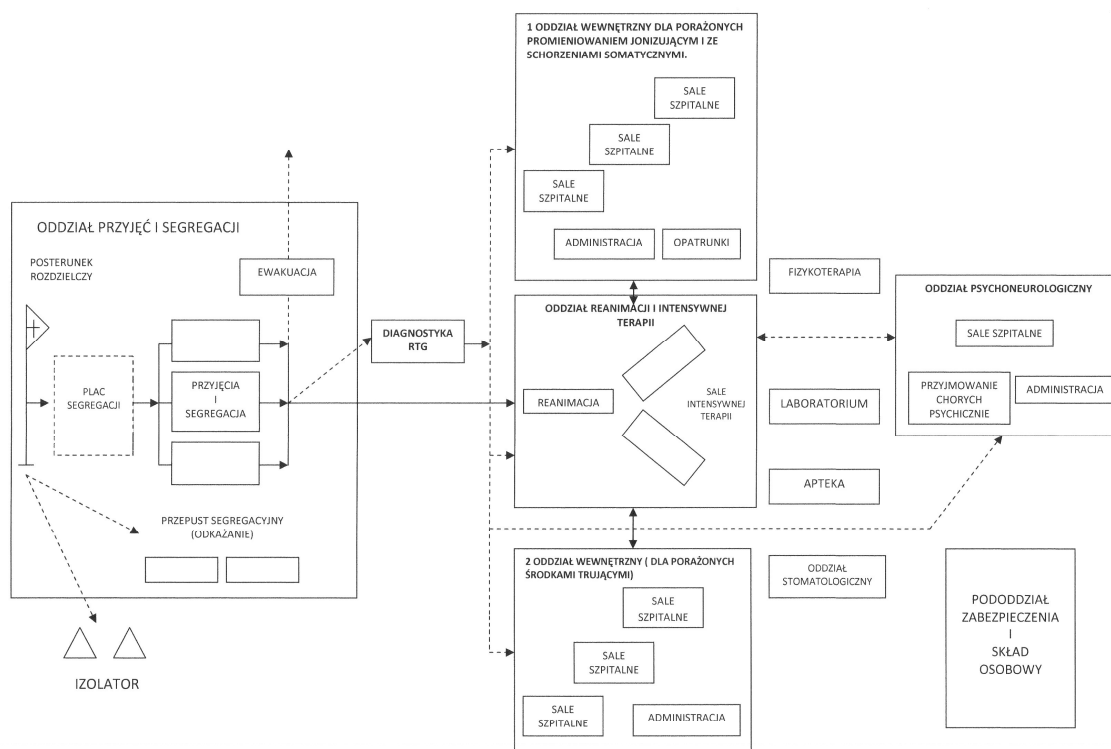
Plan pracy bazy szpitalnej przedstawiany był na mapie z dodaniem objaśniającej notatki i tablic obliczeniowych. W charakterze dodatku do planu pracy bazy szpitalnej mogły być opracowywane i sformułowane: postanowienie komendanta bazy szpitalnej o sposobie organizacji jej wyruszenia w rejon rozwinęcia, schemat organizacji łączności, plan obrony przed bronią masowego rażenia, ochrony i obrony Komendy BSzF. Prace przy przygotowaniu i sformułowaniu wszystkich dokumentów planowania, a także dostarczenie ich treści do komendantów urzędów wchodzących w skład bazy szpitalnej organizuje oddział ewakuacyjny Komendy BSzF. Po zakończeniu planowania pracy bazy Komenda BSzF wspiera urządzenia lecznicze w organizacji przyjęć, udzielania nowoczesnej pomocy medycznej rannym i chorym, organizuje i przeprowadza kontrole wszystkich rodzajów działalności podległych jednostek¹².

Na bazie Szpitala nie rozwijano w ramach ćwiczeń całej BSzF (względy ekonomiczne, terenowe, konieczność oderwania od pracy dużej liczby rezerwistów), ćwiczyły jedynie pojedyncze szpitale, co kilka lat rozwijane w warunkach polowych. W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ćwiczenia 6 BSzF odbywały się na poligonach w Biedrusku, Węgrzynie lub w Żaganiu.

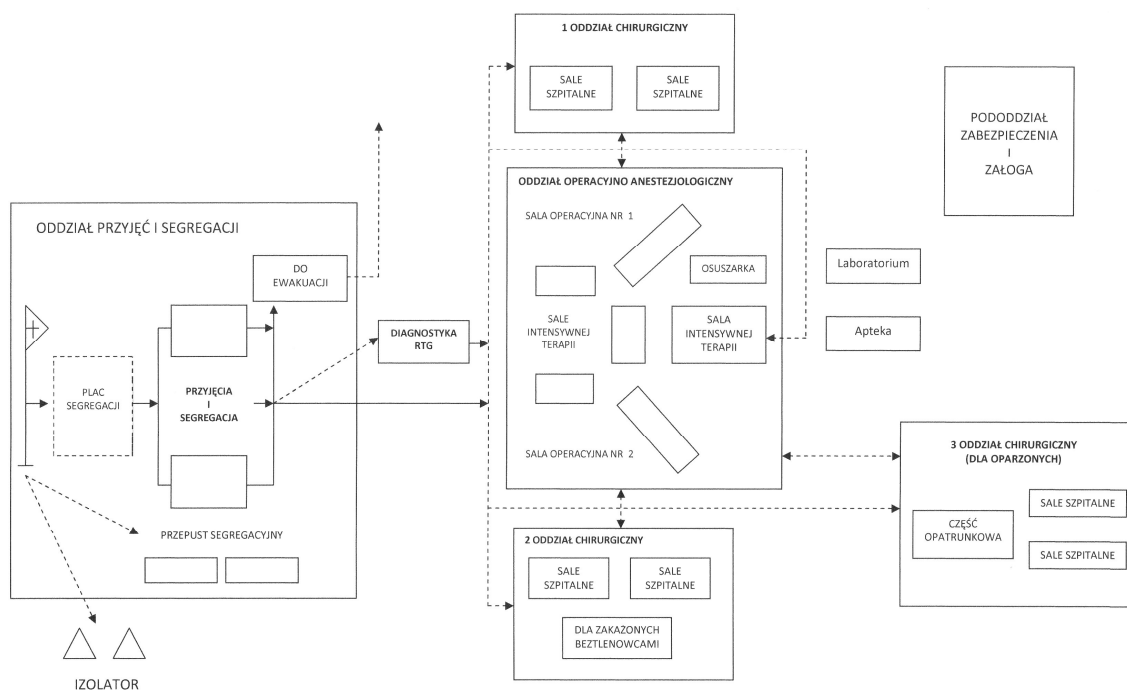
SCHEMATY ROZWINIĘCIA SZPITALI POLOWYCH BAZY SZPITALNEJ FRONTU

¹² Tamże, s. 253-254.

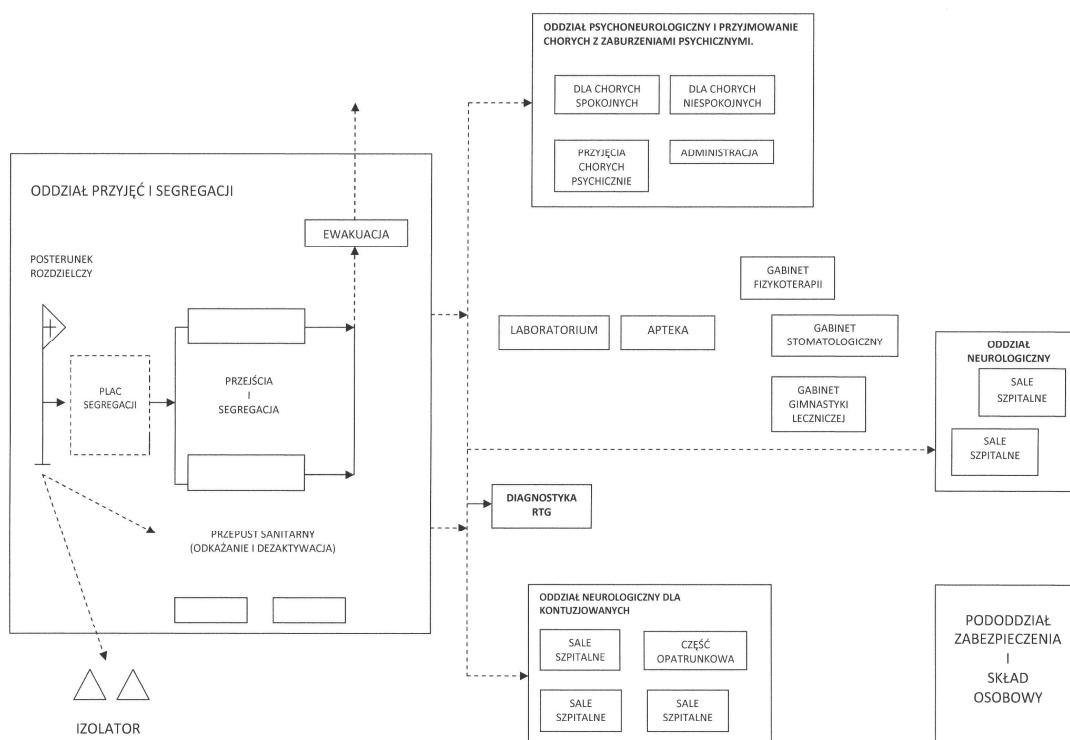




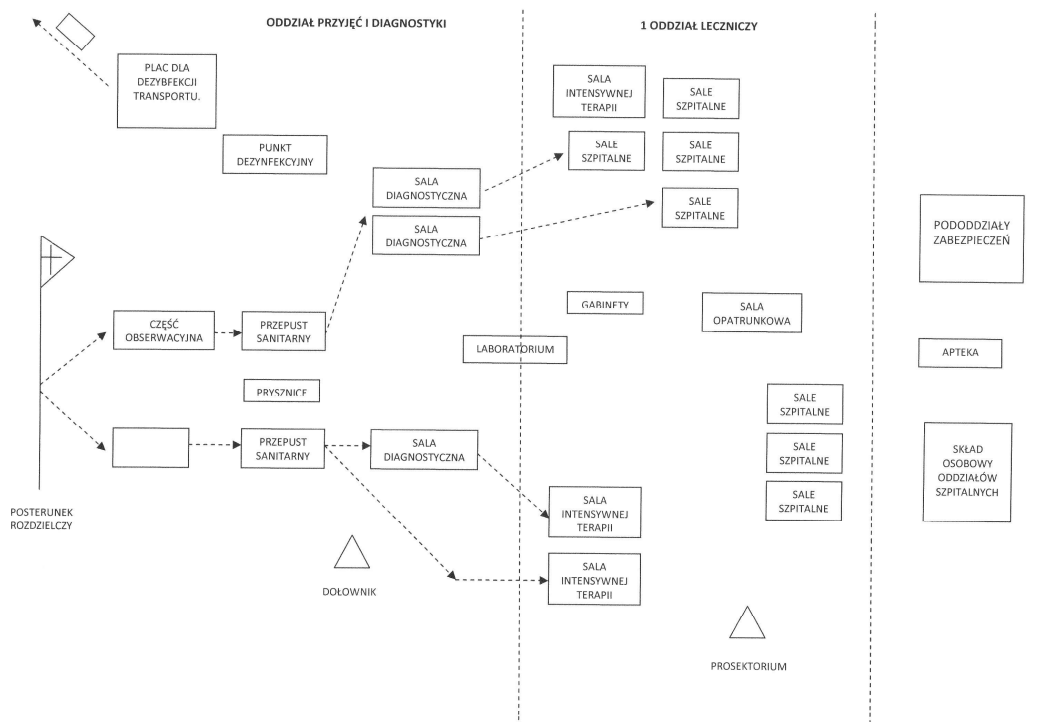
SCHEMAT ROZWIĘNIĘCIA POLOWEGO SZPITALA INTERNISTYCZNEGO



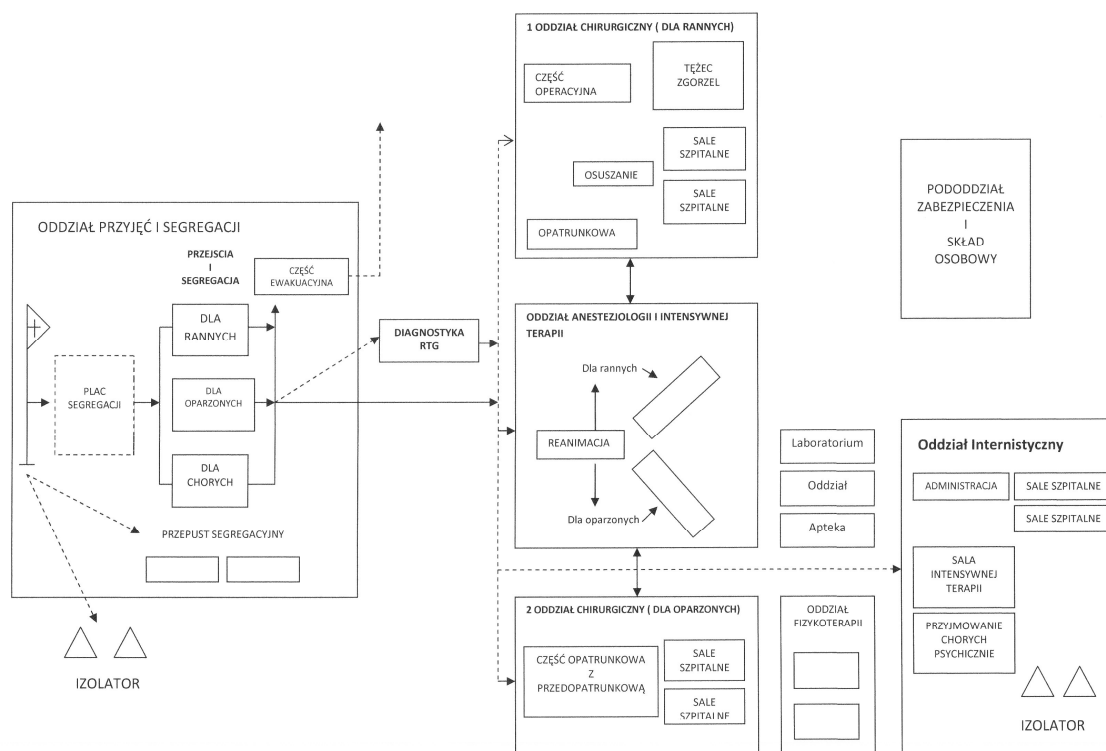
SCHEMAT ROZWIĘNIĘCIA POLOWEGO SZPITALA CHIRURGICZNEGO



SCHEMAT ROZWIĘCIĄ POŁOWEGO SZPITALA NEUROLOGICZNEGO



SCHEMAT ROZWIĘCIĄ POŁOWEGO SZPITALA CHOROÓB ZAKAŻNYCH



SCHEMAT ROZWINIĘCIA POŁOWEGO SZPITALA WIELOPROFILOWEGO

Szpitala BszF rozwijane przez szpital były organizowane w warunkach polowych co kilka lat, każdy w pełnym składzie osobowym z powoływanyymi na czas szkolenia żołnierzami rezerwy. W międzyczasie prowadzone były zajęcia teoretyczne i ćwiczenia z żołnierzami rezerwy tzw. mobilizacyjnych rzutów alarmowych formowanych jednostek. Przykład przebiegu takich zajęć odbywających się regularnie w czasie funkcjonowania Wojska Polskiego w strukturze zjednoczonych sił zbrojnych państw stron Układu Warszawskiego przedstawia plan przeprowadzenia ćwiczeń jednodniowych z jednostkami mobilizowanymi¹³. Celem ćwiczeń było doskonalenie znajomości obowiązków i zadań wykonywanych przez żołnierzy rezerwy Mobilizacyjnego Rzutu Alarmowego (MRA) w czasie mobilizacyjnego rozwinięcia jednostki; doskonalenie w praktycznym wykonywaniu obowiązków przez obsadę punktu kontrolno-informacyjnego i pododdziałowego punktu wyposażenia; sprawdzenie i uaktualnienie ewidencji personalnej; dopasowanie umundurowania; sprawdzenie przydatności na zajmowanych stanowiskach, praktyczne załadowanie wyposażenia pododdziałowego punktu wyposażenia. Ćwiczenia prowadzili mający odpowiednie przydziały mobilizacyjne oficerowie szpitala przy pomocy oficerów innych jednostek np. studiów wojskowych. Na

¹³ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Plan przeprowadzenia ćwiczeń jednodniowych z jednostkami mob. Nr 1/PF-70.; Plan przeprowadzenia ćwiczeń jednodniowych z żołnierzami rezerwy mobilizacyjnego rzutu alarmowego jednostek nowo formowanych Nr 1/PF-105.

ćwiczenia powoływano kilkudziesięciu żołnierzy rezerwy. Po przyjęciu żołnierzy rezerwy, sprawdzeniu i uaktualnieniu ewidencji oraz dopasowaniu umundurowania, komendanci jednostek mobilizowanych przeprowadzali apele ewidencyjne zapoznając żołnierzy z ich przydziałem. Następnie wydzielali stany osobowe wchodzące w skład MRA i zapoznawali je ze szczegółowymi obowiązkami i zadaniami do realizacji w czasie mobilizacji oraz rozwijania jednostek, po czym dokonywali podziału na zespoły i kierowali do poszczególnych magazynów. Magazynierzy zapoznawali wszystkie zespoły z miejscem składowania sprzętu przeznaczonego dla poszczególnych jednostek. Zasadnicze uzupełnienie jednostek mobilizowanych w tym czasie miało zajęcia teoretyczne po uprzednim sprawdzeniu i uaktualnieniu ewidencji oraz dopasowaniu umundurowania. Wyświetlone zostały filmy szkoleniowe: Pierwsza pomoc poparzonym napalmem; Zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne wojsk w warunkach polowych. Następnie przeprowadzone została informacja polityczna o aktualnej sytuacji społeczno-politycznej, po której stany osobowe zostały zapoznane ze szczegółowymi obowiązkami i zadaniami do realizacji w czasie mobilizacyjnego rozwijania jednostki. Na zakończenie dokonano omówienia ćwiczeń, rozmundurowano żołnierzy rezerwy i wydano im dokumenty potwierdzające udział w zajęciach. W trakcie ćwiczeń żołnierze otrzymywali jednorazowy posiłek.

Znacznie większego zaangażowania sił i środków wymagały ćwiczenia zgrywające z polowymi szpitalami BSzF. Przykładowy plan i organizację takich ćwiczeń przedstawia rozkaz Komendanta 111 Szpitala Wojskowego z Przychodnią (111SzWzP) Nr PF 3/85¹⁴ dotyczący przeprowadzenia ćwiczenia z Polowym Szpitalem Wieloprofilowym (PSzWp). W celu sprawnego przeprowadzenia ćwiczenia, zapewnienia wysokiego poziomu dyscypliny i porządku wojskowego oraz należytych warunków bezpieczeństwa i sanitarno-higienicznych wyznaczone zostały osoby funkcyjne: komendant polowego szpitala, zastępca komendanta do spraw leczniczych (lekarze szpitala), zastępca komendanta do spraw liniowych. Ponadto na ćwiczenie powołano 28 oficerów, chorążych i podchorążych rezerwy oraz 88 podoficerów i szeregowych rezerwy. Komendant rozkazał:

1. Przygotować pełną dokumentację ćwiczenia zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.
2. Opracować konspekty na szkolenie w grupach specjalistycznych.
3. Wytypować i wydzielić z Zapasów Nienaruszalnych (ZN) w poszczególnych działach zaopatrzenia niezbędny sprzęt i materiały w ilościach zapewniających sprawny

¹⁴ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, sygn. 10183/96/3.

przebieg szkolenia, należyte warunki bytowe i sanitarno-higieniczne /zgodnie z etatem ćwiczebnym/.

4. Wydanie sprzętu użytkownikom dokonać na podstawie formalnych, zatwierdzonych przez właściwych przełożonych dokumentów materiałowych.

W tym celu:

1. Zastępca ds. politycznych

- udzieli pomocy aparatowi partyjno-politycznemu w zakresie organizacji pracy polityczno-wychowawczej;
- sprawdzi przydatność oficerów aparatu partyjno-politycznego;
- przygotuje odpowiedni sprzęt kulturalno-oświatowy i materiały propagandowe.

2. zastępca ds. lecznictwa 111 SzWzP

- wydzieli i skieruje niezbędnych oficerów-lekarzy do prowadzenia szkolenia;
- sprawdzi stan sanitarno-higieniczny w rejonie rozwinięcia PSzWp;
- określi sposób pomocy medycznej dla uczestników szkolenia;

3. Szef Wydziału Zaopatrzenia Medycznego 111 SzWzP

- wydzieli i wyda sprzęt medyczny i materiały niezbędne do przeprowadzenia szkolenia, zgodnie z etatem ćwiczebnym;
- skompletuje oraz wyda z użytku bieżącego zestaw leków i materiałów medycznych niezbędnych do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej;
- udzieli pomocy fachowej w urządzeniu i funkcjonowaniu apteki PSzWp.

4. Kwatermistrz 111 Szpitala Wojskowego z Przychodnią

- przygotuje i wyda poprzez podległe służby należyty sprzęt i materiały, zgodnie z etatem ćwiczebnym;
- udzieli wszechstronnej pomocy kwatermistrzowi ćwiczącej jednostki w zakresie kwatermistrzowskiego zabezpieczenia długoterminowego bytowania wojsk w polu, a szczególnie żywienia wojsk w tym chorych w warunkach polowych;
- zorganizuje indywidualne wyposażenie żołnierzy rezerwy;
- ustali i zabezpieczy źródła wody przydatnej do spożycia;
- wydzieli z podległej kadry zawodowej doświadczonego oficera /chorążego/ do ciągłego nadzoru nad działalnością służb kwatermistrzowskich.

5. kierownik sekcji administracji ogólnej

- wspólnie z komendą ćwiczącej jednostki opracuje niezbędną dokumentację ćwiczebną;

- w porozumieniu z Z-cą ds. leczenia, Szefem Wydziału Zaopatrzenia Medycznego, i Kwatermistrzem 111 SzWzP wytypuje wykładowców i instruktorów ze stanu kadry zawodowej i pracowników cywilnych szpitala;
- nakaze kierownikowi kancelarii szpitala przygotowanie niezbędnych instrukcji, materiałów kartograficznych i kancelaryjnych;
- zorganizuje przyjęcie i dowóz żołnierzy rezerwy do rejonu ćwiczeń;
- poprzez podległych szefów służb i magazynierów zabezpieczy ćwiczącą jednostkę w należyty na czas ćwiczeń sprzęt techniczny i materiały zgodnie z etatem ćwiczebnym;
- w trakcie organizacji PSzWp szkolenia i rozformowania udzieli wszechstronnej pomocy komendzie PSzWp;
- zorganizuje łączność telefoniczną w relacji garnizon – rejon ćwiczeń.

6. Komendant Polowego Szpitala Wieloprofilowego

- rozwinie szpital zgodnie z wytycznymi KBSzF;
- zapewni wysoki poziom dyscypliny i porządku wojskowego oraz stan sanitarno-higieniczny;
- stworzy warunki do pełnej realizacji opracowanego planu;
- zorganizuje na wysokim poziomie obronę i ochronę rejonu rozwinięcia PSzWp ze szczególnym uwzględnieniem niedopuszczenia do zaboru mienia wojskowego oraz penetracji;
- przyjmie a po zakończeniu szkolenia przekaze służbie leśnej rejon ćwiczeń;
- nie dopuści do niszczenia drzewostanu, powstania zagrożenia pożarowego i naruszenia warunków bhp;
- przygotuje żołnierzy, którzy nie składali przysięgi do uroczystego zaprzysiężenia;
- po zakończeniu szkolenia dokona zakonserwowania sprzętu i materiałów i przekaze go właściwym dysponentom;
- po rozformowaniu szpitala złoży osobiście meldunek komendantowi 111 SzWzP¹⁵.

To skrótowe przedstawienia zakresu zadań i obowiązków związanych z utrzymaniem w stanie gotowości do pracy elementów BSzF oraz przygotowaniem i prowadzeniem ćwiczeń daje obraz obciążeń kadry szpitala będących poza zasadniczą działalnością zakładu leczniczego. Były to zresztą nie jedyne dodatkowe obowiązki wynikające z pracy w szpitalu, których wykonywanie nie było związane, jak obecnie z np. otrzymaniem dodatkowych dni wolnych od pracy za czas pobytu na poligonach, zajęciach szkoleniowych, czy pracą w tzw. nadgodzinach. Mimo wszystko służba w warunkach szpitalnych była nieporównywalnie

¹⁵ Tamże, k. 8.

łatwiejsza niż pełniona przez lekarzy jednostek wojskowych, zwłaszcza w tzw. zielonych garnizonach, co było powodem starań z ich strony do przejścia na stanowiska szpitalne.

ROZDZIAŁ VI

ROWÓJ NAUKOWY I DZIAŁALNOŚĆ PUBLIKACYJNA PRACOWNIKÓW 111 WSR

Szpital Wojskowy w Poznaniu założony jako szpital stacjonarny pełnił jednak początkowo funkcję typowego szpitala frontowego. Już w tym początkowym trudnym okresie czasu lekarze szpitala ogłosili szereg prac naukowych zrazu opartych jeszcze głównie na doświadczeniach wojennych. W miarę upływu lat oraz stabilizacji szpitala i jego kadry rosła liczba uzyskiwanych specjalizacji, stopni naukowych i ogłaszanych prac.

Od powstania szpitala dbano o rozwój naukowy kadr lekarskich. Z chwilą rozpoczęcia normalnej działalności powstało koło naukowe zrzeszające lekarzy i farmaceutów szpitala oraz rejonu leczniczego. Za początek właściwej działalności koła naukowego jako samodzielnej organizacji z wybranym zarządem należy przyjąć wrzesień 1949 roku. Zadaniem koła było propagowanie i organizowanie pracy naukowej, organizowanie sympozjów, konferencji oraz inspirowanie lekarzy do ogłaszania drukiem prac klinicznych i doświadczalnych, stwarzanie dogodnych warunków do podwyższania kwalifikacji zawodowych. Pierwszym przewodniczącym koła naukowego został mjr/ppłk doc. dr Jan Małecki, a sekretarzem lek. Władysław Zagórski¹. W kolejnych latach funkcje przewodniczącego pełnili:

1. dr n. med. Michał Przychodzki 1954-1957
2. lek. med. Edward Kowalski 1957-1958
3. lek. med. Tadeusz Knitter 1958-1960
4. lek. med. Franciszek Sokołowski 1960-1961
5. lek. med. Jerzy Machowski 1961-1964
6. lek. med. Atanazy Czapiewski 1964-1966
7. dr n. med. Jan Skałbania 1966-1968
8. dr n. med. Maksymilian Marczewski 1968-1972
9. dr n. med. Jerzy Durkalec 1972-1976
10. dr n. med. Jerzy Szukalski 1976-1980

¹ Rudnicki P.: Krótki zarys historii i osiągnięć Szpitala Wojskowego w Poznaniu w zakresie lecznictwa, pracy naukowej i działalności społeczno-politycznej. Lekarz Wojskowy 1969, nr 9, s. 822

11. lek. med. Andrzej Borowski 1980-1983
12. dr n. med. Bogdan Śleboda 1983-1985
13. dr n. med. Wiktor Soroko 1985-1987
14. dr n. med. Bogdan Śleboda 1987-1989
15. dr n. med. Lesław Lipiński od 1989

Sekretarzami koła naukowego byli w kolejnych latach:

1. lek. med. Stanisław Hoffman 1951-1952
2. lek. med. Jerzy Machowski 1952-1957
3. lek. med. Stanisław Perz 1957-1958
4. lek. med. Henryk Fahrenholz 1958-1960
5. lek. med. Jan Berger 1960-1961
6. lek. med. Kazimierz Pach 1961-1964
7. lek. stom. Tadeusz Czekajewski 1964-1966
8. lek. med. Witold Stanisławski 1966-1968
9. lek. med. Jerzy Bryk 1968-1972
10. lek. med. Edward Jedlikowski 1972-1976
11. lek. med. Cyryl Wesołowski 1976-1978
12. lek. med. Zbigniew Kuczyński 1978-1980
13. dr n. med. Bogdan Krepski 1980-1983
14. dr n. med. Piotr Drybański 1983-1985
15. dr n. med. Ryszard Stankiewicz 1985-1987
16. lek. med. Mieczysław Smolarek 1987-1989
17. mgr Bogusław Grabowski od 1989².

Mimo usługowego, a nie naukowego charakteru placówki leczniczej, szpital mógł poszczycić się znaczną ilością wartościowych prac naukowych, uzyskanych specjalizacji i stopni naukowych. Stopień doktora habilitowanego nauk medycznych uzyskali: ppłk Ziemięć Anna na podstawie rozprawy pt. „Klinika zatruc pokarmowych” w 1948r., płk Małecki Jan „O mechanizmach obronnych błony śluzowej nosa i jam obocznych” w 1950r., mjr Mozolewski Erwin „Badania nad patogenezą wpustu” 1955r. i płk Barancewicz Józef „Wybrane mierniki ogólnej sprawności fizycznej młodzieży akademickiej w zależności od wysokości i ciężaru ciała” w 1971 roku.

² J. Machowski, *Koło Naukowe Lekarzy Szpitala Wojskowego w Poznaniu*, w: *Dzieje Towarzystw Medycznych w Poznaniu w latach 1982-1983*, „Studia i materiały. A.M. im. Karola Marcinkowskiego” Poznań 1985. s. 30; Kronika Szpitala; Metryki Szpitala Nr 078/61/1, 078/61/2, 078/66, 078/61/76

Ponad czterdziestu lekarzy uzyskało po 1945 roku stopień doktora nauk medycznych. W układzie chronologicznym byli to:

płk Fidelski Ryszard – O zatruciach związkami węglowodorów aromatycznych, a w szczególności benzolem, na podstawie badań własnych przypadków. 1948 r.; prac. cyw. Kałużny Józef – Współczynnik rozszerzalności materiałów dentystycznych używanych w zębolecznictwie a wtórna próchnica. 1948 r.; płk Hawrylinka Witold – O nieżytach cewki moczowej męskiej wywołanych przez pałeczki rzekomobłonicze. 1950 r.; płk Gerwel Czesław – Morfologiczne badania kości skroniowej płodów i noworodków. Przyczynę do zapalenia ucha środkowego niemowląt. 1950 r.; kpt. Bittner Gabriel – Badania nad uszkodzeniem słuchu u kotlarzy. 1951 r.; mjr Hoffman Stanisław – O współzależności wyników badania słuchu różnymi sposobami. 1951 r.; prac. cyw. Karwowski Stefan – Badania biologiczne i chemiczne Extractum filicis otrzymanego z surowicy, zbieranego w różnych porach roku. 1952 r.; ppłk Durkalec Jerzy – Rejestracja odruchowego skurczu mięśni u osób zdrowych i w zespołach endokrynologicznych. 1963 r.; ppłk Zajdlewicz Włodzimierz – Czynniki geograficzne Pojezierza Mazurskiego, temperatura efektywna i niedosyt fizjologiczny i ich znaczenie w aspektach niektórych zagadnień zabezpieczenia medycznego działań bojowych. 1963 r.; ppłk Stalewski Jerzy – Badania bakteriologiczne w chirurgicznym leczeniu gruźlicy płuc z uwzględnieniem lekooporności. 1963 r.; płk Roman Bryła – Glikoproteidy w płynach patologicznych. 1964 r.; płk Zwyrzykowski Eugeniusz – Wpływ napromieniowania ustroju promieniami X na przebieg gojenia się drążących ran rogówki w warunkach doświadczalnych. 1964 r.; prac. cyw. Białek Edmund – O pobudliwości kalorycznej narządu przedsionkowego w ogniskowych uszkodzeniach mózgowia. 1965 r.; mjr Skałbiana Jan – Badanie lokalizacji dźwiękowej i objawu wyrównania głośności w przewlekłych urazach akustycznych. 1965 r.; prac. cyw. Kałużna Łucja – Ocena współzależności pomiędzy nieprawidłowym sposobem połykania a wadami zgryzu. 1966 r.; prac. cyw. Skrzypiński Zygmunt – Badania cytochemiczne nad zachowaniem się glikogenu i tłuszczów w cytoplazmie granulocytów krwi obwodowej w nagminnym zapaleniu wątroby. 1966 r.; płk Klichowski Longin – Badania nad wrażliwością układu nerwowego na 4-etylek ołowiu i możliwością występowania objawów przewlekłego zatrucia u personelu stykającego się z benzyną etylizowaną na stacjach MPS w wojsku. 1966 r.; płk Talarowski Adam – badania nad zastosowaniem energii jonizującej w produkcji catgut. 1966 r.; prac. cyw. Skórnicki Ryszard – Zwój bębenkowy u psa. 1966 r.; płk Marczewski Maksymilian – Urazowe oderwanie oskrzeli głównych. 1967 r.; prac. cyw. Badyda Cyryl – Krzepnięcie krwi po zabiegach na sercu. 1967 r.; ppłk Wroński Anastazy – Rozdzielenie niektórych

polipeptydów i aminokwasów za pomocą średnionapięciowej jontoforezy i chromatografii podziałowej. 1968 r.; płk Kościński Roman – Związki patogenetyczne robaczyc przewodu pokarmowego i chorób skóry. 1970 r.; ppłk Olejniczak Tadeusz – Choroby przyzębia u żołnierzy w czasie pełnienia zasadniczej służby wojskowej. 1974 r.; płk Szukalski Jerzy – Ewolucja metod i środków walki z bólem w polskiej wojskowej służbie zdrowia w okresie od 1966 do 1939 roku. 1975 r.; płk Głowacz Stanisław – Ilościowa ocena krwawienia pooperacyjnego po wyłuszczeniu gruczolaka stercza. 1975 r.; płk Spelak Lucjan – Aktywacja czynności bioelektrycznej mózgu pozbawieniem snu po zamkniętych urazach czaszkowo-mózgowych. 1977 r.; ppłk Rutkowski Kazimierz – Dynamika zmian stężenia związków wysokoenergetycznych w krwinkach czerwonych u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek. 1980 r.; ppłk Krepski Bogdan – Tolerancja przyspieszeń i niedotlenienia u pilotów po częściowym wycięciu żołądka. 1981 r.; płk Śleboda Bogdan – Analiza radiologiczno-kliniczna zmian kształtu i struktury trzonów kręgowych u osób z zespołami bólowymi. 1982 r.; ppłk Ochociński Aleksander – Wpływ na człowieka niektórych czynników pogodowych pory wiatrów chamsinowych na półwyspie Synaj. 1985 r.; płk Soroko Wiktor – Ocena czynności układu granulocytów u żołnierzy z nawracającą czyracznością, leczonych preparatem immunostymulującym *Propionibacterium granulosum*. 1985 r.; płk Budzyła Jan – Kliniczne wartości dożylnego wlewu dipyridamolu w ograniczeniu martwicy w świeżym zawale mięśnia sercowego. 1986 r.; ppłk Stankiewicz Ryszard – zachowanie się odporności komórkowej i humoralnej w trakcie dotchawiczej anestezji ogólnej i polowej. 1989 r.; płk Kretschmer Ryszard – Ocena stanu czynnościowego i morfologicznego wątroby u żołnierzy-krwiodawców z dodatnim antygenem HBs. 1989 r.; płk Chudzicki Walenty – Topografia, struktura i połączenia zwoju rzęskowego u zarodków ludzkich. 1991 r.; prac. cyw. Koszutski Maciej – badanie bakteriologiczne owrzodzeń kończyn dolnych u chorych z przewlekłą miażdżycową niedrożnością tętnic. 1991 r.; ppłk Dudko Józef – Wpływ służby wojskowej na rozwój morfologiczny oraz wydolność i sprawność fizyczną kadetów Szkoły Chorążych Wojsk Pancernych w Poznaniu. 1993 r.; ppłk Drybański Piotr – Rozwój i adaptacja do pracy w masce filtracyjnej w okresie dwuletniej służby wojskowej. 1993 r.; kpt. Drużdż Artur – Ocena przewlekłego wpływu benzyny etylizowanej na układ nerwowy człowieka na podstawie wzrokowych, słuchowych i somatosensorycznych potencjałów wywołanych oraz współczulnej odpowiedzi skóry. 1994 r.; ppłk Gawliński Marek – Badania elektrofizjologiczne narządu słuchu u dzieci i młodzieży z cukrzycą insulinozależną. 1996 r.; prac. cyw. Wilkoszarska Joanna – Ocena ploidii DNA jako czynnika rokowniczego w raku

jajnika. 1998 r.; mjr Janicki Kazimierz – Dzieje szpitalnictwa wojskowego w Poznaniu do 1939 roku. 1998 r.

Pracownicy szpitala mimo usługowego, a nie naukowego charakteru działalności zakładu mogą poszczycić się znaczną ilością publikowanych w różnych czasopismach wartościowych prac naukowych, które przedstawiam w układzie chronologicznym. Większość z nich publikowano na łamach „Lekarza Wojskowego” i te udało się zebrać w całości. Części prac publikowanych w różnych pismach fachowych – „Wiadomości Lekarskie”, „Polski Tygodnik Lekarski”, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”. Ze względu na ilość wydawnictw i brak kontaktu z wieloma autorami nie udało się niestety ustalić³.

Udało się ustalić 355 publikacji o charakterze naukowym i popularno – naukowym. Wśród autorów najczęściej publikujących wyniki swoich badań znaleźli się: Roman Bryła, Ryszard Fidelski i Anastazy Wroński z zakresy chorób wewnętrznych; Maksymilian Marczewski i Aleksander Ochociński z zakresu chirurgii; Michał Przychodzi z ortopedii; Józef Strzyżowski z urologii; Jerzy Durkalec i Ryszard Kretschmer z kardiologii; Ludwik Rzepecki z nefrologii; Jan Skłabania z laryngologii i Tadeusz Rudnicki z rentgenologii⁴.

Przegląd prac publikowanych przez pracowników Szpitala Wojskowego w Poznaniu daje obraz problemów zdrowotnych, z jakimi na przestrzeni kilkudziesięciu lat spotykano się w działalności leczniczej tej jednostki. Lata czterdzieste i początek pięćdziesiątych to przede wszystkim problematyka bezpośrednich skutków działań wojennych, jak leczenie różnego rodzaju ran, ich powikłań, np. zgorzeli gazowej oraz walka z rozpowszechnioną gruźlicą, chorobami zakaźnymi i zatruciami pokarmowymi. Brak obycia technicznego i wiedzy z zakresu bhp wśród przeciętnych żołnierzy z poboru stanowiły poważne zagrożenie powstawania zatruc między innymi benzolem w czasie np. pracy w składnicach paliw. Zapobieganie im oraz postępowanie lecznicze wymagało wielu zabiegów organizacyjnych i medycznych, czemu poświęcona jest m. in. praca doktorska późniejszego profesora Ryszarda Fidelskiego. Początkowy okres powojenny to stan zagrożenia kolejnymi konfliktami zbrojnymi i przejścia z fazy „zimnej” w wojnę „gorącą”. Mając na uwadze doświadczenia z II wojny światowej wiele uwagi poświęcano organizacji krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz konserwacji i magazynowania krwi. Jaką wagę w skali wojska przykładano do tego zagadnienia świadczą liczne prace płk Ryszarda Fidelskiego prowadzone w jednym z wielu przecież ówczesnych szpitali wojskowych. Od samego początku pracy szpitala poważnym

³ J. Machowski, *Koło...*, s. 34 i n.

⁴ Ilość publikacji jest efektem analizy zawartości czasopism medycznych dokonanej przez autora rozprawy.

zagadnieniem były różnego rodzaju urazy powstające w toku służby wojskowej, ich leczenie, rehabilitacja i orzecznictwo wojskowo-lekarskie. W czasie służby wojskowej, zwłaszcza w pierwszych latach powojennych, gdy zajęcia poligonowe oraz na strzelnicach odbywały się często i długotrwale i nie jak obecnie w warunkach dobrego zabezpieczenia przed skutkami hałasu lub wręcz na różnego rodzaju elektronicznych urządzeniach symulujących, dochodziło do częstych urazów akustycznych, które były problemem zarówno leczniczym, jak i orzecznictwem.

Z biegiem czasu i w innych warunkach społeczno-gospodarczych powstające prace świadczą o stopniowo postępującej zmianie problemów leczniczych szpitala, w którym leczyli się nie tylko żołnierze, ale także ich rodziny, zwiększająca się liczba dzieci oraz w miarę wolnych miejsc pacjenci cywilni, których schorzenia różniły się od typowo wojskowych zachorowań, czy urazów. Dużo uwagi poświęcano zagadnieniom orzecznictwem i inwalidzkim – starzenie się kadry okresu wojny oraz organizacyjnym np. w trakcie rozbudowy obrony terytorialnej kraju. W latach sześćdziesiątych wzrost znaczenia nowoczesnej diagnostyki laboratoryjnej i radiologicznej spowodował rosnące zainteresowanie tą problematyką, co znalazło odzwierciedlenie w kilku pracach doktorskich i wielu publikacjach mających praktyczne zastosowanie w codziennej działalności szpitala. Lata siedemdziesiąte to początek otwarcia na świat kraju, w tym i wojska, którego liczni przedstawiciele brali udział w wielu misjach pokojowych, przede wszystkim w Afryce i na Bliskim Wschodzie. Wojsko żyło i pracowało w niespotykanych dotychczas warunkach, żołnierze zetknęli się z jednostkami armii zachodnich, ich wyposażeniem, sposobem życia i służby. Nieznane dotąd problemy zmusiły lekarzy do zajęcia się wpływem nowych warunków służby na zdrowie i wydolność organizmów żołnierzy do służby w nowych warunkach – np. praca doktorska ppłk Aleksandra Ochocińskiego.

Lekarze szpitala zajmowali się nie tylko leczeniem, ale również aktywnie uczestniczyli w szkoleniu wojskowo-medycznym studentów poznańskiej Akademii Medycznej opracowując m.in. wiele skryptów wykorzystywanych do zdobywania przez studentów wiedzy o schorzeniach i urazach występujących w wojsku w czasie pokoju i wojny.

Lata dziewięćdziesiąte, po przemianach ustrojowych, całkowitym otwarciu na świat, zmianie sojuszy, systemu szkolenia, kontaktach ze światem zachodnim, szerokim wprowadzaniu do lecznictwa nowych technik zaowocowały ciekawymi, mającymi dużą wartość poznawczą i możliwości praktycznego zastosowania pracami młodej generacji lekarzy zasłużonego dla wojska i miasta szpitala. Pozostaje żal, że na skutek często

pochoptych decyzji ówczesnych władz, wielokrotnie działających na fali zastarzanych uprzedzeń do armii postrzeganej jako jeden z filarów dawnego systemu, który należy jak najszybciej jeśli nie zburzyć, to przynajmniej gruntownie przebudować, zupełnie zmieniono zasady pracy i finansowania szpitala wojskowego. Po 1999 roku stał się on zwykłym zakładem opieki zdrowotnej finansowanym poprzez kontrakty z Kasą Chorych, następnie z Narodowym Funduszem Zdrowia walczącym o przetrwanie w ogólnej mizerii służby zdrowia i tracącym swój wojskowy, prężny charakter oraz coraz bardziej tracącym kontakt z rzeczywistością życia i służby jednostek wojskowych. Świadczą o tym m.in. ukazujące się po 2000 roku prace zatrudnionych tu lekarzy.

ROZDZIAŁ VII

INSTYTUCJE ADMINISTRACYJNE WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA

1. Szefostwo Służby Zdrowia III OW Poznań.

W roku 1945 utworzone zostały okręgi wojskowe jako pośrednie ogniwa administracji wojskowej w miejsce przedwojennych dowództw okręgów korpusów. W dniu 1 lutego 1945 roku Naczelnny Dowódca Wojska Polskiego (NDWP) rozkazem nr 23/org. nakazał sformować sześć dowództw okręgów wojskowych według etatu nr DI/17 o stanie osobowym 242 wojskowych kadry w każdym, wśród nich do dnia 1 marca 1945 roku Poznański Okręg Wojskowy z siedzibą w Poznaniu¹. Pierwszy etat dowództwa Poznańskiego OW nr DI/17 przedstawiał się następująco²:

1. Dowództwo
2. Oddział Mobilizacji i Uzupełnień
3. Oddział Ogólno – Organizacyjny
4. Wydział Polityczno – Wychowawczy
5. Referat Szyfrów
6. Kwatermistrzostwo
7. Referat Zdrowia – od 01. 07.1945 r. Wydział Zdrowia (zarządzenie org. nr 018/org.)
8. Oddział Administracyjno – Gospodarczy
9. Kancelaria ogólna
10. Pluton transportowy
11. Pluton wartowniczy
12. Wojskowy Sąd Okręgowy
13. Wojskowa Prokuratura Okręgowa
14. Oddział Drogowy.

Etat powyższy kilkakrotnie modyfikowano – rozkazem NDWP nr 63/org. z dnia 24 marca 1945 r. włączono w skład kwatermistrzostwa oddział finansowy w miejsce referatu finansowego, następnie włączono wydział zaopatrzenia materiałów pędnych i 12.06.1945 r. wydział lotniskowy. 11.04.1945 r. w okręgach wojskowych utworzono oddziały informacji.

¹ CAW, spis 1545/73/6, Rozkaz organizacyjny NDWP nr 23/Org., k.51.

² CAW, spis 1544/73/36, Etat Dowództwa Poznańskiego OW.

17 kwietnia 1945 roku rozkazem Szefostwa Mobilizacji i Uzupełnień nr 52 „Poznańskie DOW należy uważać za sformowane i wypełniające swe obowiązki z dniem 20.04.1945 r.”³.

Dowództwo Okręgu rozkazem NDWP objął 02.05.1945 r. płk dypl. (od czerwca 1945 r. gen. bryg.) Jan Nieniewski. Wraz z przejściem na etat czasu pokoju nastąpiły zmiany organizacyjne okręgów wojskowych – 22 sierpnia 1945 roku rozkazem NDWP nr 0208/org. powołano siedem okręgów wojskowych⁴. W punkcie 3 tego rozkazu zadecydowano o przeformowaniu Okręgu Wojskowego Poznań na etat 1/46 kategorii I przez dowódcę 2 Armii Wojska Polskiego. Rozkazem wykonawczym 2 Armii WP nr 00183 z 12.09.1945 r. wydanym na podstawie rozkazu organizacyjnego NDWP nr 0208/org. została 2 Armia WP z dniem 13.09.1945 r. przeformowana w Dowództwo Okręgu Wojskowego Poznań⁵. Dowódcą OW Poznań został gen. dyw. Wojciech Bewziuk, następnie od 17.10.1945 r. gen. broni Karol Świerczewski, a od lutego 1946 roku gen. dyw. Wsiewołod Strażewski⁶.

Na terenie okręgów wojskowych utworzono komendy garnizonów. W Poznaniu 29.05.1945 r. rozkazem DOW Poznań nr 12 utworzona została Komenda Miasta Poznania, której pełniącym obowiązki komendanta został kpt. Anatol Kostka, a od 11.06.1945 r. rozkazem nr 17 płk Jan Padanowski został dowódcą Garnizonu Poznań⁷. W Wielkopolsce rozkazem nr 45 z dnia 1945 roku utworzono komendy garnizonów, w których komendantami zostali w: Biedrusku – płk Łaczko, Gnieźnie – ppłk Ped, Rogoźnie – płk Zubkow, Jarocinie – płk Sanczepko, Koninie – kpt. Sęk-Sękowski, Krotoszynie ppłk Krasilnikow, Kaliszu – ppłk Karpowicz, Lesznie – ppłk Śliażewicz, Nowym Tomyślu – rtm. Biernacki, Ostrowie – płk Korewki, Pleszewie – ppłk Kolendowski, Wrześni – płk Nikitorow, Rawiczu – kpt. Kuca, Szamotułach – płk Panikin, Swarzędzu – ppłk Kondratowicz, Wągrowcu – kpt. Arciszewski⁸. W ramach powstających jednostek organizacyjnych OW tworzone i przekształcano wraz z kolejnymi reorganizacjami wojska jednostki kierownicze i podległe im wykonawcze wojskowej służby zdrowia⁹.

Na czele służby zdrowia OW stał szef Wydziału Służby Zdrowia, w skład którego wchodziły sekcje – 1. organizacyjno-mobilizacyjna, 2. lecznictwa, 3. poboru i uzupełnień, 4. stanu osobowego (personalna), 5. wyszkolenia, 6. epidemiologiczna¹⁰. Pierwszym szefem Wydziału Zdrowia OW został płk Telkow, w polskim wojsku od sierpnia 1944 r., uczestnik

³ CAW, spis 1545/73/6. Rozkaz Szefostwa Mobilizacji i Uzupełnień SZ, k. 165

⁴ CAW, spis 1545/73/6, Rozkaz NDWP nr 0208/Org, k.449.

⁵ CAW III-5-171, Rozkaz Wykonawczy 2 Armii WP nr 00183, k.161.

⁶ CAW IV 510.3.868, Rozkaz nr 34 z 13.09.1945r DOW III.

⁷ CAW IV, 510.3.3, Rozkaz DOW nr 12.

⁸ Tamże.

⁹ Tamże. W cytowanym rozkazie brak imion oficerów.

¹⁰ CAW III-5-171, Rozkaz Wykonawczy 2 Armii WP nr 00183, k. 161.

walk na froncie od czerwca 1943 r. do kwietnia 1944 r. W lutym 1946 r. według spisu imiennego stanu osobowego oficerów Wydziału Służby Zdrowia D.O.W.III kadrę kierowniczą służby zdrowia OW stanowili¹¹:

płk Telkow Dymitr s. Pawła - szef Wydziału Służby Zdrowia

ppłk Szapiro Samuel s. Zusmana - kierownik 1 sekcji, w WP od lipca 1945 r., brał udział w walkach na Froncie Południowym w latach 1941-1942 i w krajach przybałtyckich w 1945r.

mjr Gronzik Stanisław s. Stanisława - st. pomocnik kierownika 1 sekcji, w WP od maja 1944 r., brał udział w walkach II Frontu Białoruskiego i I Frontu Ukraińskiego

kpt. Mościskier Maksymilian s. Samuela - pomocnik kierownika 1 sekcji, w WP od stycznia 1945 r., brał udział w walkach I Frontu Ukraińskiego

ppłk Kolesow Mikołaj s. Piotra - kierownik 2 sekcji, w WP od października 1944 r., na froncie od 1941 roku, m.in. pod Stalingradem, frontach: Dońskim, Południowym i I Ukraińskim

kpt. Stojalowski Kazimierz s. Kazimierza - pomocnik kierownika 2 sekcji, w WP od września 1944 r., udział w walkach I Frontu Ukraińskiego

kpt. Przylecki Stanisław s. Stanisława - kierownik 3 sekcji, w wojsku od września 1945 r., brał udział w kampanii wrześniowej w 2 Szpitalu Ewakuacyjnym

por. Bereźnicki Jan s. Leona - pomocnik kierownika 3 sekcji, w WP od września 1944 r., brał udział w walkach I Frontu Ukraińskiego

mjr Kryska Jan s. Pawła - kierownik 4 sekcji, w wojsku od września 1944 r., brał udział w kampanii wrześniowej na stanowisku szefa sanitarnego Pomorskiej Brygady Kawalerii, w roku 1944 był komendantem szpitala ewakuacyjnego

kpt. Brzozowski Franciszek s. Walentego - pomocnik kierownika 4 sekcji, w wojsku od sierpnia 1944 r., walczył w 1919 roku na froncie zachodnim, w 1920 na froncie litewsko-białoruskim i w kampanii wrześniowej 1939r.

ppłk Ziemiec Anna c. Aleksandra - terapeuta okręgu, w WP od kwietnia 1943 r., brała udział w walkach I Frontu Ukraińskiego

kpt. Adamski Tomasz s. Tomasza - kierownik 5 sekcji, w wojsku od października 1945 r., brał udział w I wojnie światowej, powstaniu wielkopolskim i kampanii wrześniowej 1939 r. do 5 października w Grupie Operacyjnej gen. Kleeberga

¹¹ CAW IV. 510. 3. 862.

kpt. Christiliadi Jan s. Grzegorza - kierownik 6 sekcji, w WP od czerwca 1944 r., walczył pod Stalingradem, na Froncie Południowym i I Ukraińskim

por. Kalaska Kazimierz s. Tomasza - pomocnik kierownika 6 sekcji, w wojsku od lipca 1944 r., walczył w kampanii wrześniowej i w I Froncie Ukraińskim

chor. Garczyk Leon s. Jana - szef kancelarii ogólnej, w wojsku od kwietnia 1945 r., walczył w wojnie 1920-1921 r. i we wrześniu 1939 r.

chor. Olchowicz Bogusław s. Jana - felczer-statystyk 2 sekcji, w wojsku od września 1945 r., brał udział w wojnie 1939 r.

por. Kondracki Edward s. Stanisława - inspektor łaźni i pralni DOW III, w wojsku od września 1944 r., walczył w 1920 r. na froncie litewskim, w kampanii wrześniowej i w I Froncie Ukraińskim.

W roku 1946 nastąpiło kilka istotnych zmian w kierownictwie służby zdrowia DOW III. Zgodnie z rozkazem Nr 51 MON z dnia 05.02.1946 r. płk Dymitr Telkow zdał agendy Wydziału Służby Zdrowia DOW III¹². Szefem Wydziału został Leo Samet s. Szajego, w WP od 1944 roku, awansowany 25.05.1945 r. do stopnia pułkownika¹³. Kierownikiem 6 sekcji został por. Kalaska, a por. Gajewski Franciszek pomocnikiem kierownika. Por. Fidelski Ryszard przez kilka miesięcy był pomocnikiem kierownika 1 sekcji, następnie został skierowany do dalszej służby w Szpitalu Okręgowym Nr 5. Ppłk Ziemięc została skierowana na stanowisko komendanta Szpitala Okręgowego w Poznaniu, po zwolnieniu ze służby wojskowej zasłużonego oficera – lekarza płk. prof. Kucharskiego. W lipcu 1946 r. kierownikiem 2 sekcji został mjr Dziurzyński Antoni.

Przekazanie obowiązków Wydziału Służby Zdrowia odbywało się w okresie od 19 do 22 lutego 1946 roku w obecności kierownika 1 sekcji Wydziału ppłk Szapiro¹⁴. W trakcie przekazania kierownicy sekcji zdawali sprawozdania o stanie służby zdrowia OW, stanie sanitarnym i zdrowotnym jednostek Okręgu, o etatowej obsadzie służby zdrowia, kwalifikacjach specjalistów, planie pracy bieżącym i na przyszłość. W rezultacie stwierdzono:

„1. Wydział Służby Zdrowia D.O.W. III.

Etat Wydziału jest obsadzony. Wszyscy pracownicy zajmowanym stanowiskom odpowiadają. Plan pracy sporządzony, zatwierdzony i wykonywany. Pracownicy Wydziału orientują się dokładnie w powierzonych im funkcjach, znają jednostki Okręgu. Kancelaria tajna (szef chor. Garczyk) jest prowadzona zgodnie z rozkazem Nr 0142 N.D.

¹² CAW IV. 510. 3. 860, „Akta Wydziału Służby Zdrowia”.

¹³ CAW IV. 510.3. 862, Wykaz imienny całego stanu oficerów Wydziału Służby Zdrowia DOW III.

¹⁴ CAW IV, 510. 3. 860, „Akta...”.

2. Jednostki służby zdrowia Okręgu.

Na terenie Okręgu znajdują się jednostki bezpośrednio podległe Wydziałowi Służby Zdrowia:

- Szpital Okręgowy Nr 5 w Poznaniu
- Okręgowa Komisja Lekarska w Poznaniu
- Garnizonowa łaźnia i pralnia w Poznaniu
- Okręgowa Składnica Sanitarna w Poznaniu
- Szpitale garnizonowe w Chełmnie, Toruniu, Bydgoszczy i w Kaliszu

W dniu 21.02. 1946 r. w skład Okręgu włączony został Szpital Ewakuacyjny Nr 1797 w Bydgoszczy. Szkoła Podoficerów Sanitarnych Nr 2 i sanatorium w Ciechocinku (skadrowane) podlegają w sprawach zaopatrzenia i nadzoru. Wszystkie w/w jednostki służby zdrowia są skompletowane według etatu, zaopatrzone i sprawnie funkcjonują.

3. Obsada służby zdrowia i wyszkolenie.

Ogółem w Okręgu jest przewidzianych etatem 441 stanowisk oficerskich dla funkcjonariuszy służby zdrowia. Obsadzono 181 etatów lekarskich – brak 5 lekarzy; lekarzy dentyków jest 27 – brak 14; aptekarzy jest 40; felczerów jest 64 – brak 10, starszych sióstr 54 – brak 3; laborantów 6 – brak 1, rentgenotechników 4 – brak1; techników dentystrycznych 2. Organizowano kursy doskonalące dla lekarzy, szkolenia instruktorów sanitarnych i personelu średniego oraz doszkalanie felczerów.

4. Służba przeciwepidemiczna.

Sekcja przeciwepidemiczna Wydziału w pełnej obsadzie. Laboratorium okręgowe – brak dwóch specjalistów, braki w sprzęcie i materiałach dla działu sanitarno-higienicznego. Pralnia i łaźnia garnizonowa w Poznaniu: pełna obsada etatowa, warunki pracy trudne, budynki nieprzystosowane. Współpraca ze służbą cywilną nawiązana i utrzymana. Na przełomie lat 1945/1946 zwiększyła się liczba zachorowań na dury i czerwonkę w obozach jeńców i pracy dla Niemców, które podlegają służbie KBW i cywilnej służbie zdrowia. W garnizonach jednostki są wyposażone w łaźnie, pralnie i komory dezynfekcyjne. Odczuwa się w dużych garnizonach (Biedrusko, Toruń, Bydgoszcz) brak etatowych, garnizonowych pralni i łaźni.

5. Lecznictwo w szpitalach i jednostkach.

Wszystkie szpitale są zorganizowane zgodnie z potrzebami okresu pokojowego i funkcjonują normalnie. Szpital Okręgowy ma poliklinikę, szpitale i garnizonowe ambulatoria. Dokumentacja lekarska odpowiada wymaganiom. W dywizjach, brygadach i samodzielnych jednostkach są zorganizowane izby chorych, jednak w niektórych jednostkach z powodu

braku odpowiednich pomieszczeń nie można było organizować izb chorych ściśle według wskazówek podanych przez Departament Służby Zdrowia. Szpitale i jednostki w pełni zostały zaopatrzone w instrukcje o charakterze organizacyjnym i leczniczym. Zorganizowano badania profilaktyczne, w ramach których prócz oględzin lekarskich przeprowadza się masowe prześwietlenia rentgenowskie oraz przeglądy uzębienia stanu osobowego jednostek. Zobowiązano lekarzy jednostek znajdujących się w pobliżu szpitali wojskowych do 2-godzinnej codziennej pracy w szpitalach. Stacja przetaczania krwi PCK w Poznaniu jest w stadium organizacji. W 600 łózkowym Szpitalu Okręgowym w lutym 1946 roku zajętych było 565 łóżek, z tego chirurgicznych 232, wewnętrznych 333, wenerycznych 125, zakaźnych 26 i 93 innych.

6. Zaopatrzenie sanitarne.

Jednostki Okręgu zaopatrzone są w materiał sanitarny. Okręgowa Składnica Sanitarna skompletowana, sprzęt znajduje się w należyтым porządku.

7. Planowanie finansowe.

Kredyty sanitarne są wyasygnowane, kontrole gospodarki finansowej szpitali są wykonywane według planu. Wystąpiono z propozycją do Min. Obrony Narodowej zlikwidowania należności w kwocie 900000 zł. szpitalom cywilnym za leczenie osób wojskowych.

Wniosek: służba zdrowia DOW III jest całkowicie zorganizowana i pracuje dobrze. W takich warunkach rozpoczął się kolejny etap pracy Wydziału Służby Zdrowia Okręgu Wojskowego pod nowym kierownictwem¹⁵.

W latach czterdziestych nie tylko najwyższe stanowiska dowódcze w Wojsku Polskim, ale także kierownicze średniego szczebla jak w przypadku służby zdrowia OW obsadzone były głównie przez oficerów narodowości rosyjskiej lub według ich własnej oceny polskiej, ale wywodzących się z Armii Czerwonej. Mających odpowiednie kwalifikacje fachowo-lekarskie, jak i bojowe jak np. płk Kucharski, mjr. Kryska, kpt. Brzozowski odsuwano od bardziej odpowiedzialnych stanowisk. W lutym 1946 roku spis oficerów Armii Czerwonej pełniących służbę w Wojsku Polskim¹⁶ wykazywał jak ważne stanowiska w służbie zdrowia OW oni zajmowali. Z określeniem narodowości byli to: płk Telkow Dymitr (rosyjska) – szef Wydziału Służby Zdrowia OW, płk Leo Samet (polska)) – szef Wydziału Służby Zdrowia DOW III, kierownicy sekcji – ppłk Szapiro Samuel (polska) i ppłk Kolesow Mikołaj (rosyjska), ppłk Ziemięc Anna (polska) – terapeuta OW, następnie komendant

¹⁵ Tamże.

¹⁶ CAW IV. 510.3. 860, Spis oficerów Armii Czerwonej pełniących służbę w Wojsku Polskim 23.02.1946r.

szpitala okręgowego, mjr Grondzik Stanisław (polska) – st. pomocnik kierownika sekcji, mjr Piszal-Gajek Włodzimierz (czeska) – zastępca komendanta szpitala okręgowego, kpt. Christiliadi Jan (rosyjska) – kierownik sekcji, mjr Byliński Jerzy (polska) – szef oddziału akuszerijno-ginekologicznego szpitala okręgowego, chor. Podrawa Anna (ukraińska) – st. siostra szpitala okręgowego, kpt. Tatarinowa Aleksandra (rosyjska) – rentgenolog szpitala okręgowego. Po kolejnych reorganizacjach polskiej armii wielu z tych oficerów powróciło do Związku Radzieckiego, inni jak płk Samet i ppłk Szapiro służyli wiele lat na odpowiedzialnych stanowiskach w wojskowej służbie zdrowia. Płk/gen. bryg. Leo Samet, nie posiadający do 1958 roku dyplomu lekarza kierował służbą zdrowia WP po zwolnieniu ze stanowiska zasłużonego dla leczenia wojskowego gen. bryg. prof. Bolesława Szareckiego, którego imię od 1975 roku nosiła Wojskowa Akademia Medyczna w Łodzi.

Jednocześnie z instytucjami administracyjnymi szczebla okręgowego organizowano jednostki kierownicze niższego rzędu i odpowiednie wykonawcze. W garnizonie poznańskim rozkazem nr 18 z dnia 14.06.1945 r.¹⁷ mjr Neugebauer Ludwik został mianowany naczelnym lekarzem garnizonu, z równoczesnym pełnieniem funkcji starszego lekarza Punktu Przesyłkowego nr 3. Otrzymał on zadanie zorganizowania od 20.06.1945 r, w Zamku przy ul. Czerwonej Armii ambulatorium i dyżurów lekarskich. Rozkazem nr 1 DOW Poznań z dnia 27.04.1945 r. powołano Nieetatową Okręgową Komisję Lekarską w składzie: przewodniczący mjr Maresz Kazimierz, członkowie – por. Makowiec Józef i por. Abram Marian¹⁸. Od czerwca 1945 r. pracowała też na terenie zamku Garnizonowa Komisja Lekarska pod przewodnictwem jednego z członków komisji okręgowej w składzie: kpt. Poleszuk Zygmunt i por. Moll Bernard. 22.11.1945 r. na podstawie rozkazu DOW Poznań nr 53 naczelnym lekarzem Garnizonu Poznań został płk Kucharski Teofil, komendant 5 Szpitala Okręgowego. 14.02.1946 r. zastąpił płk Kucharskiego na tym stanowisku kpt. Iwanicki Oskar, kierownik ambulatorium sztabu D.O.W.¹⁹

Ważnym garnizonem wielkopolskim służby zdrowia w sąsiedztwie Poznania był Kaalisz (komendant – płk Karpowicz), w którym komendantem Szpitala Garnizonowego i starszym lekarzem garnizonu był mjr Rodal Bruno. Pracowała w Kaliszu także Garnizonowa Komisja Lekarska, której przewodniczącym był mjr Wrzesiński Czesław, a członkami kpt. Soza Józef i por Gauszer Włodzimierz²⁰. Płk Telkow (szef Wydziału Zdrowia DOW III) wysoko cenił mjr lek. Rodala służącego w Armii Czerwonej od grudnia 1939 r. do

¹⁷ CAW IV. 510.3.3, Rozkaz DOW nr 18 z 14.06.1945r.

¹⁸ Tamże.

¹⁹ CAW IV. 510.3.861, Rozkaz DOW nr 53 z 14.02.1942r.

²⁰ CAW IV. 510.3.3.

października 1944 r., następnie w Wojsku Polskim²¹. W „karcie opiniodawczej” 15.02.1946 r. podkreślał jego udział na froncie w szeregach Armii Czerwonej, odniesione rany, dbałość o swój oddział, udział w życiu społeczno-politycznym przed 1939 rokiem oraz udział w pracy polityczno-wychowawczej wśród rannych szpitala.

Szpital Garnizonowy w Kaliszu czasu pokojowego na 50 łóżek zorganizowany został według wzoru etatu nr 21/26 zgodnie z Rozkazem Org. Nr. 050 z sierpnia 1946 roku²².

W skład szpitala wchodziły:

- Kierownictwo
- Referat administracyjno-medyczny
- Oddział ogólny i zakaźny
- Oddział chirurgiczny
- Izba przyjęć
- Gabinet rentgenologiczny
- Laboratorium
- Gabinet fizykoterapii
- Gabinet dentystyczny
- Apteka
- Kuchnia
- Pralnia
- Drużyna gospodarcza.

Skład osobowy stanowiło 14 oficerów, 11 podoficerów, 2 szeregowych oraz 33 pracowników kontraktowych. Szpital dysponował 1 samochodem ciężarowym 1,5 t., wozem parokonnym z dwoma końmi taborowymi, na uzbrojeniu posiadał 1 karabin i 11 pistoletów. Od sierpnia 1946 r. stanowisko komendanta objął mjr lek. M. Sztajer.

Ważną jednostką organizacyjną wojskowej służby zdrowia OW podlegającą szefowi Wydziału Zdrowia i mającą własne kierownictwo była Szkoła Podoficerów Sanitarnych w Łodzi. W jej skład wchodziły:

1. Komenda Szkoły
2. Wydział Wyszkożenia
3. Sekcja Gospodarcza
4. Baon Szkolny

²¹ CAW IV. 3. 862, Rozkaz Organizacyjny nr 53.

²² CAW IV. 510. 3. 868, Wzór etatu nr 20/26 Szpitala Garnizonowego w Kaliszu.

5. obsługa szkoły²³.

Skład osobowy stanowiło 35 oficerów, 57 podoficerów, 24 szeregowców oraz 26 pracowników kontraktowych. Stan kursantów był zmienny i wynosił ok. 600 osób. Na wyposażeniu szkoły było 12 koni taborowych, 3 konie wierzchowe, 4 psy, środki transportowe – 4 wozy parokonne, 1 samochód osobowy, 1 samochód sanitarny, 2 samochody ciężarowe. Szkoła posiadała kilka urządzeń kąpielowych i dezynfekcyjnych. Na uzbrojeniu było 39 pistoletów i 4 karabinki.

Najważniejszą jednostką leczniczą OW był szpital okręgowy w Poznaniu na 600 łóżek. Pracą służby zdrowia, oprócz szpitala w garnizonach wojskowych, w tym poznańskim kierował naczelnny lekarz garnizonu. Jego zadania określone zostały tymczasowymi wskazówkami o pracy lekarza garnizonowego²⁴, według których lekarz garnizonu wypełnia następujące czynności:

1. opracowuje i prowadzi dla całego garnizonu ogólne czynności sanitarno profilaktyczne i przeciwepidemiczne,
2. prowadzi prace bezpośrednio podwładnych oddziałów wojskowo sanitarnych /Garnizonowa Wojskowa komisja Lekarska/,
3. a/ Organizuje medyczno-sanitarną obsługę jednostek garnizonu nie mających lekarza, przy czym przydziela je do wojskowych jednostek mających obsługę lekarską, względnie za zezwoleniem Szefa Służby Zdrowia D.O.W. i na podstawie umowy z władzami cywilnymi do szpitali cywilnych,
b/ Organizuje pomoc lekarsko-sanitarną oddziałów i pojedynczych wojskowych przebywających, względnie przechodzących przez garnizon,
4. Przeprowadza kontrole sanitarno-epidemiologicznego stanu garnizonu i udziela wskazówek starszym lekarzom jednostek,
5. Prowadzi kontrole cywilnych leczniczo-profilaktycznych i innych zakładów obsługujących jednostki wojskowe / ambulatoria, szpitale, rzeźnie, chłodnie, piekarnie, łaźnie, pralnie itp./,
6. Dbą o kolejność korzystania przez jednostki wojskowe z garnizonowych łaźni, pralni, komór dezynfekcyjnych i miejsc kąpeli całego stanu osobowego jednostek garnizonu,
7. Ma kontrolę nad przydziałem szczepionek ochronnych przeciw chorobom zakaźnym dla jednostek garnizonu,

²³ Tamże. Garnizon łódzki znajdował się wówczas na terenie Poznańskiego Okręgu Wojskowego.

²⁴ CAW IV, sygn. 510. 3. 861, Wydział Służby Zdrowia DOW, *Tymczasowe wskazówki do pracy lekarza garnizonowego*.

8. Organizuje i przeprowadza likwidację w razie pojawienia się w jednostce przypadków zachorowań zakaźnych,
9. Donosi komendantowi garnizonu o nadzwyczajnych wypadkach związanych z naruszeniem obsłużenia lekarsko-sanitarnego. O przyjętych zarządzeniach melduje Szefowi Służby Zdrowia DOW,
10. Przeprowadza kontrole stanu opieki i wypisywania w odpowiednim czasie chorych wojskowych umieszczonych w szpitalach cywilnych,
11. Organizuje i zabezpiecza okazanie natychmiastowej pomocy lekarskiej wojskowym znajdującym się poza miejscem rozlokowania jednostki i przeprowadza kontrole natychmiastowego udzielania pomocy w jednostkach.
12. Bierze udział w garnizonowych komisjach, po przyjęciu wojskowych budynków, koszar itp. przeznaczonych dla rozmieszczenia jednostek i zakładów wojskowych i wydaje opinie o ich wymogach sanitarnych.
13. Kieruje sprawami medyczno-sanitarnymi kolejnych poborów przeprowadzanych przez cywilne wydziały zdrowia, a także dba o lekarsko-sanitarne zabezpieczenie przejazdów poborowych.
14. Utrzymuje stały kontakt a Wydziałem Zdrowia powiatu, względnie miasta i bierze udział w opracowaniu planu przeciwepidemicznego zabezpieczenia w zaludnionych punktach, w których rozlokowane są jednostki wojskowe.

Organizacja kierowniczych jednostek służby zdrowia Okręgu nie ulegała zmianom do 1949 roku, kiedy to nastąpiły duże zmiany organizacyjne w Wojsku Polskim, szczególnie w zachodnich regionach państwa. Stabilna była także do tego czasu sytuacja kadrowa szefostwa służby zdrowia OW. Zgodnie z przyjętą wówczas doktryną obronną państw socjalistycznych i polską doktryną narodową, w celu usprawnienia systemu dowodzenia wojskami na wypadek zagrożenia państwa, nastąpiło w 1949 r. zmniejszenie liczby okręgów wojskowych na rzecz zwiększenia w nich ilości wojsk i sprzętu bojowego²⁵. Rozformowano Poznański Okręg Wojskowy i zgodnie z rozkazem MON nr 035/Org. z dnia 03 marca 1949 roku większość jego jednostek wojskowych wcielono do Śląskiego Okręgu Wojskowego. Dowódca Śląskiego Okręgu Wojskowego powołał specjalną komisję, która rozpoczęła w dniu 13.03.1949 roku przejmowanie tych jednostek. W obiektach wojskowych rozwiązanego Poznańskiego Okręgu Wojskowego sformowany został 2 Korpus Piechoty, który włączono w skład Śląskiego

²⁵ Majewski R., *Z dziejów Śląskiego Okręgu Wojskowego*, Wrocław 1988, s. 71.

Okręgu Wojskowego. Stanowisko dowódcy Śląskiego Okręgu Wojskowego objął były dowódca okręgu poznańskiego gen. dyw. Wsiewołod Strażewski.

2. Szefostwo Służby Zdrowia Dowództwa Wojsk Lotniczych.

W połowie roku 1944 weszły do działań bojowych związki taktyczne lotnictwa WP i powołano organ kierowniczy nad całością sił powietrznych. W październiku 1944 r. sformowano Dowództwo Lotnictwa Polskiego na bazie radzieckiej 6 Armii Lotniczej odkomenderowanej do dyspozycji NDWP²⁶. W sierpniu 1945 r. rozpoczęło się przechodzenie wojska na stopę pokojową i częściowa demobilizacja armii czynnej²⁷. Dowództwo Lotnictwa po przejściu na etat pokojowy posiadało następujące piony organizacyjne: dowództwo, inspektorat, wydział wyszkolenia wojskowych zakładów naukowych, sztab, wydział personalny, zarząd polityczno-wychowawczy, służba kwatermistrzowska, służba inżynieryjno-lotnicza, wydział służby zdrowia i wydział finansowy²⁸. Przechodzenie Wojsk Lotniczych na organizację pokojową zakończyło się w 1947 r. z jednoczesną zmianą nazwy ich kierownictwa na Dowództwo Wojsk Lotniczych o stanie 240 osób, w tym 4 generałów, 140 oficerów, 40 podoficerów, 6 szeregowców i 50 pracowników cywilnych²⁹. Wydział Służby Zdrowia wchodził w skład dowództwa. Po kolejnych reorganizacjach od roku 1953 w Szefostwie Służby Tyłów wydzielono Oddział Służby Zdrowia, który po kilku latach ponownie przemianowano na Wydział Służby Zdrowia wchodzący w skład dowództwa. Służbą zdrowia kierował w tym czasie płk Kamiński. Do roku 1965 nie były ostatecznie określone zasady kompetencji i podporządkowania służby zdrowia Wojsk Lotniczych w stosunku do Departamentu Służby Zdrowia WP. 28 maja 1965 r. Zespół MON uznał celowość dokonania reorganizacji i usprawnienia zabezpieczenia medycznego wojsk lotniczych i obrony powietrznej kraju w drodze powiązania istniejących pionów lotniczo-lekarskiego i ogólnomedycznego na wszystkich szczeblach dowodzenia, przy utrzymaniu w Inspektoracie Lotnictwa organu lotniczo-lekarskiego jako wiodącego w stosunku do tego pionu w całości wojsk lotniczych i OPK. Jednocześnie zalecono: - sprecyzowanie funkcji i kompetencji Departamentu Służby Zdrowia WP, jako organu kierowniczego w stosunku do całości tej służby w MON, w tym również do obydwu pionów służby lekarskiej w wojskach lotniczych i OPK; - przekształcenie szpitala lotniczego w Dęblinie na szpital ogólny i

²⁶ CAW III-1-303, Rozkaz NDWP nr 50 z 10.10.1945r., k.100.

²⁷ I. Koliński, *Lotnictwo Polski Ludowej 1944 – 1947*, Warszawa 1987, s. 317 i n.

²⁸ CAW, sygn. 1545/73, t. 135, Rozkaz NDWP nr 0170/org. z 12.03.1947r.

²⁹ CAW, sygn.1544/73, t. 1245, Rozkaz MON nr 084/org. z 13.03.1947r.

podporządkowanie go Warszawskiemu Okręgowi Wojskowemu; - przeniesienie rewidentów zaopatrzenia medycznego z organów rewizji dowództw lotniczych do okręgowych organów rewizji³⁰. Pierwszym dowódcą i organizatorem Wojsk Lotniczych został gen. bryg. Fiodor Połynin, który w marcu 1947 r. przekazał dowodzenie gen. bryg. Aleksandrowi Romeyce, pełniąc funkcje doradcy przy dowódcy³¹. Od roku 1964 Dowództwo Wojsk Lotniczych funkcjonowało w Poznaniu.

Dowództwo Wojsk Lotniczych od 1945 r. było organem Ministerstwa Obrony Narodowej do realizacji zadań obrony państwa w zakresie wojsk lotniczych. Na czele wojsk lotniczych stał dowódca, który bezpośrednio podlegał Ministrowi Obrony Narodowej. Jemu podlegały wszystkie jednostki, zakłady i instytucje wojsk lotniczych pod względem operacyjnym, wyszkolenia, dyscypliny oraz zaopatrzenia. Jednostki wojsk lotniczych stacjonujące na terenach poszczególnych okręgów wojskowych podlegały ich dowódcom jedynie w zakresie: porządku wewnętrznego, służby garnizonowej, uczestnictwa w ćwiczeniach i paradach, po uprzednim uzgodnieniu z DWL, opieki religijnej, opieki lekarskiej, służby weterynaryjnej, zaopatrzenia (z wyjątkiem zaopatrzenia specjalistycznego lotniczego), poboru, zwalniania podoficerów i szeregowców, mobilizacyjnym (w ramach specjalnych zarządzeń), administracji lotnisk wojskowych nie zajętych przez wojska lotnicze oraz pewnych rodzajów ewidencji i sprawozdawczości³².

Szefostwo służby zdrowia Wojsk Lotniczych nie odgrywało znaczącej roli dla wojskowego szpitalnictwa w Poznaniu, jak to miało miejsce w przypadku szefostwa OWIII. Jego zadaniem było kierowanie służbą zdrowia i zabezpieczenia medycznego wojsk lotniczych funkcjonujących na terenie kraju. Zabezpieczenie medyczne oddziału lotniczego organizował i wykonywał szef służby medycznej batalionu obsługi lotniska po uzgodnieniu z szefem służby medycznej oddziału lotniczego. Lekarzem garnizonu lotniczego obejmującego batalion obsługi lotniska, oddział, względnie oddziały lotnicze i ewentualnie dowództwo jednostki lotniczej wyższego szczebla był oficer lekarz najstarszy stanowiskiem. Przy równych stanowiskach rozstrzygał stopień wojskowy. Szef służby medycznej oddziału lotniczego podlegał bezpośrednio dowódcy tego oddziału, a fachowo szefowi służby zdrowia medycznej jednostki lotniczej wyższego szczebla. Szef służby medycznej batalionu obsługi lotniska /BOL/ podlegał bezpośrednio dowódcy batalionu, a fachowo szefowi służby

³⁰ Archiwum Sił Powietrznych, sygn. 4649/69/115, wyciąg z notatki nr 9/65 z posiedzenia zespołu MON z 8.05.1965r.

³¹ CAW, spis 45/53, t. 3234, *Służba zdrowia DWL*; J. Czum, W. Wójcik, *Dowódcy lotnictwa i obrony powietrznej*, Poznań 2000.

³² CAW IV. 507. 3/A, Tymczasowa instrukcja o organizacji i działalności DWL.

medycznej brygady lotniczo-technicznej³³. Zadania służby zdrowia jednostek lotniczych określone w dyrektywach służby zdrowia zasadniczo nie zmieniały się przez dekady. Szefowie służby zdrowia związków taktycznych mieli za zadanie: przynajmniej raz w miesiącu kontrolować pracę podległych im lekarzy; zapoznać się z warunkami bytowymi personelu latającego i jego stanem zdrowotnym; czuwać i kontrolować nad terminem stawieństwa się personelu latającego do badań lekarskich zarówno w jednostce, jak i w Centralnym Instytucie Badań Lotniczo Lekarskich; podczas pobytu w jednostce przeprowadzać obserwację na lotnisku i nawiązywać ścisły kontakt z dowódcami prowadzącymi wyszkolenie bojowe; prowadzić bieżące obserwacje lekarskie na lotnisku łącznie z lekarzami pułku, co najmniej czterokrotnie w miesiącu dla każdej podległej jednostki; w jednostkach posiadających komory niskich ciśnień dopilnować systematycznego treningu wysokościowego; z pomocnikami do spraw epidemiologicznych utrzymywać stały kontakt z podległymi jednostkami przez inspekcjonowanie ich jeden raz w miesiącu; podczas inspekcji przekazywać lekarzom podległym swoje doświadczenie i przyczyniać się do podniesienia stanu sanitarno-epidemicznego jednostek oraz do usunięcia stwierdzonych podczas inspekcji niedociągnięć; kierować całością zagadnień związanych z pracą służby zdrowia, wciągając w to również zagadnienia personalne, charakterystyki pracy poszczególnych lekarzy, dalsze szkolenie ich zarówno fachowe, jak i wojskowe oraz zaopatrzenie medyczne; utrzymywać kontakt epidemiologiczny z cywilną służbą zdrowia celem dokładnego zorientowania się w stanie sanitarno-epidemicznym terenu³⁴.

W warunkach ćwiczeń i bojowych zakładano w wojskach lotniczych, że pomoc medyczna będzie udzielana w następujący sposób:

- pierwsza pomoc w formie samopomocy i pomocy wzajemnej materiałem medyczno-sanitarnym apteczki samolotu przez załogę samolotu bojowego,
- przedlekarska pomoc medyczna przy wylądowaniu uszkodzonych samolotów bojowych przez felczera lub podoficera sanitarnego na posterunku pierwszej pomocy na lotnisku, albo na miejscu przymusowego lądowania,
- pierwsza pomoc lekarska na medycznym punkcie lotniska, organizowanym przez służbę medyczną batalionu obsługi lotniska,
- kwalifikowana pomoc medyczna w jednostkach szpitalnych brygady lotniczo-technicznej dla składu osobowego oddziałów lotniczych i batalionów obsługi lotnisk

³³ Archiwum Sił Powietrznych, sygn. 9603/971220, Dyrektywy służby zdrowia. Szefostwo Tyłów. Dowództwo Wojsk Lotniczych.

³⁴ Tamże.

oraz w polowych punktach ewakuacyjno-lecznicznych wojsk lądowych dla składu osobowego oddziałów lotniczo-technicznych’

- specjalistyczna pomoc medyczna dla personelu latającego i wysokokwalifikowanego technicznego w specjalnych szpitalach lotniczych polowych i stałych, a dla pozostałego personelu naziemnego w polowych ruchomych szpitalach bazy szpitalnej armii.

Szef służby medycznej oddziału lotniczego po przybyciu oddziału w nowy rejon lotniska był zobowiązany nawiązać łączność z szefem służby medycznej batalionu obsługi lotniska, zapoznać się z systemem zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego i przeciwepidemicznego w nowym rejonie rozmieszczenia oraz nawiązać łączność z szefem służby medycznej jednostki lotniczej wyższego szczebla. Szef służby medycznej oddziału lotniczego miał obowiązek prowadzenia następującej dokumentacji:

- mapę roboczą rejonu rozmieszczenia oddziału lotniczego, lotniska i rejonu działań bojowych oraz punktów medycznych zabezpieczających oddział,
- plan medycznego zabezpieczenia oddziału lotniczego,
- zestawienie spraw sanitarnych składu osobowego oddziału lotniczego,
- ewidencję stanu zdrowia składu osobowego załóg samolotów,
- ewidencję i sprawozdawczość medyczną,
- plan zaopatrywania w materiał medyczno-sanitarny oddziału lotniczego, pobieranego z zapasów batalionu obsługi lotniska.

Szef służby medycznej oddziału lotniczego sprawował osobiście stałą kontrolę i opiekę lekarską nad stanem zdrowia stanu osobowego załóg samolotów realizując odpowiednie leczniczo-profilaktyczne zarządzenia, celem niedopuszczenia do pojawienia się trwałego wyczerpania psychicznego i fizycznego oraz powstania zaburzeń i schorzeń nerwowych. Każdorazowo przed lotem opiniował o stanie fizycznym składu osobowego załóg samolotów³⁵.

Do obowiązków szefa służby medycznej batalionu obsługi lotniska należało: prowadzenie mapy roboczej rejonu rozmieszczenia batalionu i medycznych etapów leczniczo-ewakuacyjnych; opracowanie planu leczniczo-ewakuacyjnego i sanitarno-przeciwepidemicznego dla stanu osobowego batalionu obsługi lotniska i obsługiwanego oddziału, względnie oddziałów lotniczych; prowadzenie zestawienia strat sanitarnych składu

³⁵ Tamże.

osobowego batalionu obsługi lotniska; organizowanie i kierowanie pracą medycznego punktu lotniska. Szef służby medycznej batalionu obsługi lotniska organizował:

- udzielanie pomocy lekarskiej poszkodowanym i chorym w punkcie medycznym lotniska,
- ewakuację poszkodowanych i chorych wymagających kwalifikowanej pomocy medycznej z medycznego punktu lotniska do najbliższej jednostki szpitalnej brygady lotniczo-technicznej albo do najbliższego medycznego etapu leczniczo-ewakuacyjnego wojsk lądowych udzielających takiej pomocy, własnymi sanitarnymi środkami transportowo-ewakuacyjnymi,
- ambulatoryjne leczenie lekko poszkodowanych i chorych,
- izolację i ewakuację zakaźnie chorych do szpitali zakaźnych,
- łączność z szefem służby medycznej brygady lotniczo-technicznej i komendantami polowych zakładów medycznych wojsk lotniczych i ewentualnie lądowych pracujących zgodnie z planem na korzyść wojsk lotniczych,
- rozpoznanie medyczne,
- zabezpieczenie przeciwepidemiczne rejonu lotniska i przygotowanie środków koniecznych do obrony sanitarno- przeciwichemicznej,
- kontrolę zaopatrzenia w wodę i żywność,
- kontrole przestrzegania przez skład osobowy oddziału zasad higieny osobistej i zbiorowej,
- prowadzenie dokumentacji i sprawozdawczości medycznej,
- szkolenie składu osobowego służby medycznej batalionu obsługi lotniska,
- zaopatrzenie w materiał medyczno-sanitarny swego oddziału i oddziałów lotniczych bazujących na obsługiwanym przez dany batalion lotnisku.

Siłami służby medycznej batalionu obsługi lotniska rozwijane były punkty medyczne lotniska, w miejscu wyznaczonym rozkazem dowódcy batalionu obsługi lotniska. W warunkach bojowych załogi samolotów, które uległy awarii lub uszkodzeniu miały otrzymywać pomoc medyczną w najbliższym etapie leczniczo ewakuacyjnym. Komendanci wszystkich medycznych etapów leczniczo-ewakuacyjnych byli zobowiązani po otrzymaniu wiadomości o strąceniu lub przymusowym lądowaniu samolotów w ich rejonie działania natychmiast wydać zarządzenia mające na celu udzielenie pomocy medycznej na miejscu wypadku i ewakuować poszkodowanych do najbliższych punktów służby medycznej wojsk

lotniczych oraz przekazywać dane personalne załóg straconych samolotów do sztabu swego oddziału/związku taktycznego³⁶.

Ważnym zadaniem kierownictwa służby zdrowia wojsk lotniczych było organizowanie podnoszenia kwalifikacji lekarzy – oficerów służby zdrowia lotnictwa. Większość przedsięwzięć w tym zakresie realizowano w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej w Warszawie. Obejmowały one przede wszystkim specjalistyczne szkolenia doskonalące oficerów służby zdrowia lotnictwa w zakresie medycyny lotniczej i zabezpieczenia jednostek lotniczych oraz kursy przedegzaminacyjne dla przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych z medycyny lotniczej, a także kursy medycznego ratownictwa lotniczego dla lotniczych ratowników pokładowych i udzielania pomocy medycznej w wypadku lotniczym. Zagadnienia orzecznictwa wojskowo-lekarskiego związane ze służbą w wojskach lotniczych obejmowały szkolenia prowadzone dla lekarzy jednostek lotniczych w Głównej Wojskowej Komisji Lotniczo Lekarskiej w Warszawie³⁷.

Całością pracy wszystkich jednostek służby zdrowia wojsk lotniczych, po przeniesieniu dowództwa do Poznania kierował Szef Służby Zdrowia Dowództwa Wojsk Lotniczych, a po zmianach organizacyjnych przeprowadzonych w 1989 roku Szef Wydziału Służby Zdrowia 4 Korpusu Lotniczego.

Dowództwo Wojsk Lotniczych w Poznaniu powstało z połączenia Inspektoratu Lotnictwa i Dowództwa Lotnictwa Operacyjnego. W Warszawie pozostało Dowództwo Wojsk Obrony Powietrznej Kraju, co wynikało z aktualnych koncepcji organizacji jednostek obrony terytorium kraju. W Dowództwie Wojsk Lotniczych utworzono Szefostwo Służby Zdrowia funkcjonujące w ramach Służb Technicznych i Zaopatrzenia i podlegające służbowo ich szefowi, a fachowo szefowi Służby Zdrowia Wojska Polskiego. Na czele szefostwa stał Szef Służby Zdrowia Wojsk Lotniczych (etat gen. bryg.), a w jego skład wchodziły: Wydział Lotniczo – Lekarski, Wydział Lecznictwa i Profilaktyki, Epidemiolog Wojsk Lotniczych i sekretariat. Wydział Lotniczo – Lekarski pracował w składzie: szef wydziału – etat płk, dwóch starszych oficerów wydziału – etaty ppłk i dwóch oficerów wydziału – etaty mjr. W skład Wydziału Lecznictwa i Profilaktyki wchodził: szef wydziału – etat płk, starszy oficer wydziału – etat ppłk i oficer wydziału – etat mjr. Epidemiolog Wojsk Lotniczych (etat płk)

³⁶ Archiwum Sił Powietrznych, sygn. 9603/971220, Zabezpieczenie medyczne wojsk lotniczych.

³⁷ Archiwum Sił Powietrznych, sygn. 9650/98/3, Plan zamierzeń służby zdrowia realizowanych na rzecz lotnictwa SZ.

podlegał bezpośrednio szefowi Służby Zdrowia Wojsk Lotniczych. W skład szefostwa wchodził sekretariat obsługiwany przez pracownika cywilnego³⁸.

Szefostwo Służby Zdrowia w pełni zabezpieczało wojska lotnicze tylko pod względem lotniczo-lekarskim, natomiast zaopatrzenie oraz leczenie kadry i rodzin, przede wszystkim specjalistyczne oparte było o jednostki służby zdrowia innych rodzajów wojsk, na których terenie stacjonowały jednostki wojsk lotniczych. Szefowi Służby Zdrowia podlegały bezpośrednio: Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej, Szpital Lotniczy w Dęblinie oraz przychodnie specjalistyczne w Poznaniu, Świdwinie, Powidzu i Radomiu, a także Wojskowe Ośrodki Szkoleniowo - Kondycyjne w Zakopanem – Groniku i w Mrągowie.

Do zadań Wydziału Lotniczo-Lekarskiego należało:

- analiza stanu zdrowia i wykruszalności personelu latającego
- kierowanie pilotów i personelu latającego na szkolenia kondycyjne organizowane w Wojskowych Ośrodkach Szkoleniowo – Kondycyjnych
- kontrola zabezpieczenia lotniczo – lekarskiego w jednostkach wojskowych
- ustalanie terminów badań w Głównej Wojskowej Komisji Lotniczo-Lekarskiej w Warszawie i w Rejonowej Komisji Lotniczo-Lekarskiej w Dęblinie
- organizowanie szkoleń personelu medycznego zabezpieczenia lotniczego
- sprawozdawczość lotniczo – lekarska

Zadaniem Wydziału Lecznictwa i Profilaktyki było:

- organizacja i kontrola leczenia kadry oraz rodzin w jednostkach i zakładach leczniczych
- organizacja zaopatrzenia medycznego i transportowego jednostek we współpracy ze służbami centralnymi i okręgowymi
- dystrybucja skierowań na leczenie sanatoryjne według przyznanych limitów
- organizacja specjalistycznego szkolenia kadr lekarskich w specjalistycznych klinikach
- prowadzenie ewidencji kontroli w jednostkach

Do zadań Epidemiologa Wojsk Lotniczych należało:

- nadzór nad stanem sanitarno-epidemicznym jednostek, ośrodków szkolenia i zakładów leczniczych
- organizacja likwidacji ognisk masowych zachorowań zakaźnych
- organizacja szczepień przeciw chorobom zakaźnym³⁹.

³⁸ Z relacji płk rez. Pągowskiego W. byłego szefa Służby Zdrowia Wojsk Lotniczych i 4 Korpusu Lotniczego.

W planach na czas wojny wojska lotnicze miały utworzyć Armię Lotniczą, a Dowództwo Wojsk Lotniczych częściowo zmieniało miejsce swego bazowania. Szefostwo Służby Zdrowia wydzielalo ze swego składu dwa elementy:

1. Szefostwo Służby Zdrowia Armii Lotniczej w składzie:

- Szef Służby Zdrowia Armii Lotniczej
- szef zaopatrzenia medycznego Armii Lotniczej
- epidemiolog
- czterech oficerów Wydziału Lotniczo-Lekarskiego

2. Szefostwo Służby Zdrowia Wojsk Lotniczych czasu wojny w składzie:

- Szef Służby Zdrowia Dowództwa Wojsk Lotniczych czasu wojny
- Oficerowie Wydziału Lecznictwa i Profilaktyki

Na czas wojny wojska lotnicze mobilizowały dwa medyczne bataliony wzmocnienia (z możliwością podziału na samodzielne kompanie), kompanię hospitalizacyjną, kompanię samochodów sanitarnych i kompanię przeciwepidemiczną oraz otrzymywały dodatkowe limity miejsc w szpitalach wojskowych i cywilnych. Rozwijały również dwa szpitale polowe na bazie Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej i Szpitala Lotniczego w Dęblinie. Tymi siłami Szefostwo Służby Zdrowia Armii Lotniczej było zdolne zabezpieczyć pod względem leczniczo-ewakuacyjnym działania wojenne w wersji konwencjonalnej. W przypadku użycia środków masowego rażenia zmuszone byłoby korzystać ze wsparcia służby zdrowia wojsk lądowych przy współpracy z Szefem Służby Zdrowia W.P.

Po reorganizacji wojsk lotniczych w Poznaniu pozostało Dowództwo 4 Korpusu Lotniczego, w skład którego wchodził Wydział Służby Zdrowia ze zmniejszoną w stosunku do poprzedniego Szefostwa liczbą oficerów. W wydziale pracowało czterech oficerów i jeden pracownik cywilny, a ich zadania ograniczały się do zabezpieczenia lotniczo-lekarskiego działań szkoleniowych i bojowych lotnictwa w oparciu o służbę zdrowia jednostek wojskowych i środków przydzielonych z lotnictwa operacyjnego.

W czasie funkcjonowania w Poznaniu Dowództwa Wojsk Lotniczych na stanowisku Szefa Służby Zdrowia pracowali kolejno: płk Bokun Kazimierz, p.o. ppłk Borucki Jan, płk Pągowski Władysław. W Wydziale Lotniczo – Lekarskim pracowali: ppłk Matuśkiewicz Henryk, ppłk Świerkowski Tadeusz, ppłk Pągowski Władysław, ppłk Borucki Jan, mjr. Kłaczyński, mjr. Grzebalski Andrzej, mjr. Podgórski Krzysztof. Służbę w Wydziale Lecznictwa i Profilaktyki pełnili: płk Kupczyk Tadeusz, ppłk Woźniak Zbigniew, ppłk Wika

³⁹ Płk rez. Pągowski W., były Szef Służby Zdrowia Wojsk Lotniczych i 4 Korpusu Lotniczego, materiały własne.

Wojciech, ppłk Sidor Jerzy. Epidemiologiem Wojsk Lotniczych był płk Mieczysław Łabędzki. Sekretariat prowadziła Anna Wodzińska.

Po zmianach organizacyjnych wojsk lotniczych szefem Wydziału Służby Zdrowia 4 Korpusu Lotniczego był płk Pągowski Władysław. W wydziale pracowali oficerowie: płk Gadziński Waldemar, mjr. Leśniewski Artur, mjr. Podgórski Krzysztof i mjr. Kołowski Janusz⁴⁰.

Taka sytuacja organizacyjna i kadrowa jednostek administracyjnych służby zdrowia wojsk lotniczych w Poznaniu istniała jeszcze do roku 1999. 18 marca 1998 roku. rozkazem Nr PF25 Dowódca Wojsk Lotniczych i Obrony Powietrznej nakazał rozformować do 31 grudnia 1998 r. Dowództwo 4 Korpusu Lotniczego. Dowódcą Grupy Restrukturyzacyjnej został płk Paczosa. Stanowisko dowodzenia 4 Korpusu Lotniczego rozformowano 31 marca 1999 r. rozkazem Dowódcy WLOP Nr PF 150 z dnia 26 listopada 1998 roku.

⁴⁰ Tamże.

ZAKOŃCZENIE

W trakcie przygotowywania opracowania korzystano z wielu, często fragmentarycznych źródeł. Potwierdził się, wyrażony we wstępie pogląd, iż materiały źródłowe są bardzo rozproszone. Selekcja tych dokumentów źródłowych, ich analiza krytyczna pozwoliły na sformułowanie roboczych wyników w postaci poszczególnych faktów historycznych. Uzyskane wyniki pozwoliły zweryfikować niektóre ustalenia, występujące w opracowaniach dotyczących szpitalnictwa wojskowego. Autor zdaje sobie sprawę, że trudno jest zachować obiektywizm w przypadku, gdy przedmiotem jego badań jest instytucja, z którą był przez lata osobiście związany. Dlatego też starał się uzyskany obraz nakreślić w sposób wyważony i bez osobistych odniesień.

W oparciu o przeanalizowany materiał nasuwają się następujące wnioski końcowe:

1. Na przykładzie szpitala wojskowego w Poznaniu widać dokładnie przemiany szpitalnictwa w drugiej połowie XX wieku. Wojskowa placówka lecznicza jest interesującym przykładem ewolucji od placówki jednofunkcyjnej okresu wojennego do współczesnego wieloprofilowego zakładu leczniczego.
2. Przez ponad pięćdziesiąt lat poznański szpital wojskowy był wiodącą placówką leczniczą w regionie wielkopolskim. Do końca lat czterdziestych XX wieku miał rangę szpitala okręgowego, a więc jego działalność obejmowała także dzisiejsze województwa: łódzkie, kujawsko – pomorskie i północną część Ziemi Lubuskiej.
3. Istotne znaczenie dla sprawnej realizacji funkcji szpitalnych miało wykształcenie i fachowe przygotowanie personelu leczniczego. Do końca lat pięćdziesiątych XX wieku znaczącą rolę odgrywali oficerowie przygotowani do zawodu w latach Drugiej Rzeczypospolitej. Większość z nich posiadała doświadczenia wyniesione z różnych formacji okresu drugiej wojny światowej: Wojska Polskiego uczestniczącego w kampanii wrześniowej 1939 roku, Powstaniu Warszawskim 1944 roku, przybyłych z Armii Czerwonej, z oddziałów partyzanckich i ludowego Wojska Polskiego zorganizowanego na froncie wschodnim w latach 1943-1945. Co ciekawe, to nie odnotowano lekarzy przybyłych z Polskich Sił Zbrojnych na Zachodzie, co zdarzało się w innych szpitalach wojskowych. W pierwszych miesiącach pracy szpitala dominowali lekarze pochodzący z Armii Czerwonej, głównie Rosjanie, ale także Polacy, Ukraińcy, Żydzi, Gruzini i lekarz narodowości czeskiej. Po dwóch latach znakomitą większość stanowił już personel narodowości polskiej. W pierwszych

powojennych latach odnotowano na kierowniczych stanowiskach (komendanta, ordynatorów oddziałów, gabinetów specjalistycznych) kobiety ze stopniami oficerskimi. Nieomal wszystkie zostały powołane do wojska w czasie wojny i uchodziły w środowisku lekarskim jak i wśród pacjentów za dobrych organizatorów i fachowców w swoich specjalnościach medycznych. Od lat sześćdziesiątych dominowali absolwenci Wojskowej Akademii Medycznej im. Bolesława Szareckiego, którzy przychodząc do poznańskiego szpitala posiadali już praktykę lekarską w jednostkach liniowych. Na ogół garnizon poznański był dla nich docelowym miejscem służby i dalszej pracy zawodowej.

4. Problemy lecznicze zmieniały się wraz z warunkami życia i służby wojskowej oraz sytuacją społeczno – gospodarczą w kraju. W pierwszych latach pracy szpitala przeważali pacjenci ranni podczas toczących się jeszcze działań bojowych. Leczone choroby wynikały ze złych warunków bytowych: gruźlica, dury, jaglica, czerwotka i choroby weneryczne. Z biegiem lat i obejmowaniem opieką coraz większej ilości rodzin kadry a także przyjmowanie do szpitala osób z poza wojska, profil leczonych pacjentów zbliżył się do środowiska cywilnego. Przeważać zaczęły schorzenia układu krążenia (choroby serca, nadciśnienie), wrzodowe żołądka i dwunastnicy, przypadłości dermatologiczne, dróg oddechowych i układu kostno stawowego.
5. Stopniowe doskonalenie bazy diagnostycznej i leczniczej oraz coraz wyższe kwalifikacje personelu pozwalały na leczenie najcięższych przypadków i wykonywanie trudnych operacji bez konieczności korzystania z pomocy szpitali klinicznych. Szeroka akcja krwiodawstwa i posiadanie własnej stacji pozwoliło na dużą skalę prowadzić krwiolecznictwo, a nawet wspomagać zaopatrzenie innych lecznic w preparaty krwiopochodne.
6. Ścisłe kontakty z klinikami akademickimi i udział lekarzy wojskowych w towarzystwach naukowych stwarzał możliwości podnoszenia kwalifikacji. Kontakty cywilno-wojskowe były korzystne dla obu stron, bowiem lekarze akademicy prowadzili badania wśród leczących się żołnierzy. Lekarze wojskowi – specjaliści urologii, chirurgii, chorób wewnętrznych – prowadzili zajęcia dydaktyczne ze studentami poznańskiej Akademii Medycznej, uzyskiwali tytuły naukowe. Po zakończeniu służby zawodowej podejmowali obowiązki nauczycieli akademickich w pełnym wymiarze zatrudnienia (np. specjalista w zakresie urologii płk doc. dr hab. Józef Strzyżowski, płk dr hab. Józef Barancewicz – medycyna społeczna, laryngolog płk dr hab. Jan Małecki i mjr dr Kazimierz Janicki).

7. Dodatkowym utrudnieniem dla poznańskich szpitali wojskowych było obciążenie personelu licznymi, poza medycznymi zadaniami, wynikającymi z militarnego charakteru tych placówek. Personel wojskowy posiadał stosowne przydziały mobilizacyjne, a na bazie 111 WSR rozwijano specjalistyczne szpitale polowe. W tym celu systematycznie szkolono rezerwy służby zdrowia, organizując stosowne zgrupowania poligonowe dla pracowników cywilnej służby zdrowia. Do zadań szpitala wojskowego należało także gromadzenie zaopatrzenia i wyposażenia sanitarnego dla mobilizowanych jednostek medycznych.
8. Z realizowanymi przez szpital funkcjami (lecnicza, profilaktyczna, szkoleniowo – mobilizacyjna, polityczna) związana była tzw. baza lecznicza i logistyczna. W wyniku licznych zabiegów komendantów i personelu udało się w kolejnych dekadach dostosować gmach przedwojennego hotelu na potrzeby lecznicze. Największe zmiany przypadły na lata siedemdziesiąte i osiemdziesiąte XX w., kiedy to przystosowano obiekt przy ulicy Szylinga, urządzając w nim przychodnię.
9. Porównując poziom leczenia w 111 WSR z podobnymi wojskowymi placówkami leczniczymi nie widać tutaj zasadniczych różnic. Takie porównanie jest niezmiernie trudne, bowiem każdy ze szpitali funkcjonował w odmiennych środowiskach (rodzaj wojsk, region kraju). Z kolei porównanie wskaźników epidemiologicznych, np. procent zachorowalności na poszczególne choroby, odsetek zgonów, średni czas leczenia, jest z pewnością nieobiektywne. Zarówno wykrywalność chorób jak i sposób ich leczenia były odmienne i zależały od specyfiki warunków służby wojskowej. Z porównań wynika, że region wielkopolski był pod względem epidemiologicznym jednym z lepszych w kraju. Uwaga ta odnosi się także do stanu epidemiologicznego garnizonów, które były objęte działalnością 111 WSR.
10. Realizacja funkcji politycznych (szkolenia ideologiczne, działalność propagandowa, angażowanie lekarzy oficerów do akcji politycznych w regionie, opacznie pojęte współzawodnictwo) systematycznie odrywało personel od zadań leczniczych. W latach czterdziestych i pięćdziesiątych odsunięto z kierowniczych stanowisk przedwojennych oficerów, często znakomitych specjalistów. Od umiejętności i predyspozycji zawodowych ważniejsza była tzw. „nieskazitelność klasowa”. Do powyższej sytuacji przyczyniali się oficerowie informacji wojskowej oraz pionu polityczno-wychowawczego, jak również współpracujący z nimi „informatorzy”. Trzeba w tym miejscu dodać, że represje okresu stalinowskiego w stosunku do

oficerów szpitala wojskowego nie miały aż tak restrykcyjnego charakteru, jak w stosunku do innych poznańskich jednostek i instytucji wojskowych.

11. Przekształcenie 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego z Przychodnią w publiczny zakład opieki zdrowotnej zbiegło się zmianami systemowymi polskiej służby zdrowia w końcu lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Organem finansującym działalność leczniczą stała się Kasa Chorych, a później Narodowy Fundusz Zdrowia. Drastyczne ograniczenie stanowisk dla lekarzy oficerów, przekształcenie dotychczasowych etatów wojskowych w cywilne, spowodowały odejście do rezerwy znakomitych fachowców. Tylko część z nich pozostała w szpitalu, wykonując swoje obowiązki na nowych zasadach wynagrodzenia.
12. Przekształcenie 111 WSR w placówkę cywilno – wojskową ma także ujemne strony. Ogranicza podnoszenie kwalifikacji zawodowych lekarzom jednostek wojskowych z regionu wielkopolskiego i Ziemi Lubuskiej. Poprzednio, ze względu na bliskość Poznania mogli łączyć obowiązki służbowe z uzyskiwaniem specjalizacji. Zaniechanie działalności szkoleniowo – mobilizacyjnej przez szpital może negatywnie odbić się na zabezpieczeniu medycznym w wypadku ewentualnego konfliktu wojennego.
13. W ciągu opisywanego okresu 111 Szpital Wojskowy z Przychodnią wpisał się na trwałe pejzaż Poznania, a świadczone przez niego usługi dla ludności cywilnej stały się codziennym elementem działania tej placówki.

Oceniając poznańskie szpitalnictwo wojskowe tego okresu, trzeba stwierdzić, że spełniło ono zadania, do których zostało powołane. Swoim poziomem fachowym, jakością usług nie odbiegały one od innych szpitali wojskowych tego typu. Mimo nie najlepszego stanu budynków szpitalnych, uwzględniając wyposażenie techniczne, poznański szpital wojskowy był dobrze funkcjonującą leczniczą w Poznaniu i regionie.

BIBLIOGRAFIA

1. Źródła archiwalne

Archiwum Sił Powietrznych w Modlinie

Dowództwo Wojsk Lotniczych (1947 – 1965)

- Oddział Służby Zdrowia
- Wydział Służby Zdrowia

4 Korpus Lotniczy (1994 – 1999)

- Wydział Służby Zdrowia

Archiwum Wojskowe w Oleśnicy

Akta 6 Składnicy Sanitarnej w Poznaniu (1954 – 1972)

- rozkazy dzienne i organizacyjne
- sprawy kwatermistrzowskie

111 Wojskowy Szpital Rejonowy (1956 – 1988)

- rozkazy dzienne, rozkazy personalne i wykazy zmian do etatu, sprawozdania okresowe
- plany szkoleniowe i mobilizacyjne 1957 -1988
- baza lecznicza, listy płac kadry i pracowników cywilnych
- analizy pracy polikliniki i apteki 1968 – 1981
- honorowe krwiodawstwo
- plany donoszenia kwalifikacji wojskowych
- protokoły kontroli szpitala 1958, 1968
- praca kulturalno – oświatowa 1962 – 1974.

Wydział Polityczny Jednostek Kwatermistrzostwa SOW 1968 – 1984.

Szef Służby Zdrowia SOW 1962, 1976.

Centralne Archiwum Wojskowe w Warszawie

Zespół akt Departamentu Służby Zdrowia MON z 1946r

- sprawozdania, rozkazy i korespondencja.

Zespół akt personalnych oficerów.

Dowództwo Główne Sił Zbrojnych w byłym zaborze pruskim. Szef Sanitarny Oddział IV, t. 19.

Naczelne Dowództwo Wojska Polskiego. Szef Sanitarny, t. 19 – 20.

Rejonowy Szpital w Poznaniu (111 Wojskowy Szpital Rejonowy).

2 Brygada Artylerii Ciężkiej 1946.

Archiwum Państwowe w Poznaniu

Księgi Pamiątkowe Poznania

Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Miejskiego w Poznaniu, t. 1948, 1956.

Archiwum Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Akta Teofila Kucharskiego

Archiwum 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego z Przychodnią w Poznaniu

Rozkazy dzienne z 1945 roku.

Kronika Szpitala Wojskowego.

Historia *szpitala (bardzo krótko)*, maszynopis, bdw.

Wykazy adresów zamieszkania personelu.

Metryki Zakładu Leczniczego 1965 – 1979.

2. Źródła drukowane

Iwanow I.G., Łobastow O.S., *Organizacja i taktyka medycznej służby*, Leningrad 1988.

Dójczyński M., *Organizacja ochrony zdrowia wojsk*, WAM Łódź 1976.

3. Czasopisma

„Archiwum Historii Medycyny” 1998

„Balneologia Polska” 1972 - 1973, 1977

„Biuletyn Wojskowej Akademii Medycznej” 1974 – 1990

„Czasopismo Stomatologiczne” 1970, 1978

„Endokrynologia Polska” 1966
 „Farmacja Polska” 1993
 „Gazeta Poznańska” 1978 - 1998
 „Gazeta Wyborcza” 2006
 „Głos Wielkopolski” 1945, 1048, 1955 -1956, 1974, 1990 – 1998
 „Karta” 1991
 „Kronika Miasta Poznania” 1946, 1957, 1965, 1999 – 2005
 „Kronika Wielkopolski” 1981
 „Lekarz Wojskowy” 1948 – 1998
 „Medycyna Komunikacyjna” 1974
 „Medycyna Lotnicza” 1981
 „Medycyna Praktyczna” 1935
 „Nachrichtenblatt” 1982 – 1988, 1998
 „Nowiny Lekarskie” 1952 - 1955
 „Nukleonika” 1970
 „Otolaryngologia Polska” 1969 – 1982
 „Polityka” 1982, 1986
 „Polska Zbrojna” 2001
 „Polski Tygodnik Lekarski” 1948, 1973 – 1978
 „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 1956, 1966
 „Poznańskie Zeszyty Fortyfikacyjne” 2003 - 2004
 „Przegląd Lekarski” 1961 – 1972
 „Res Publika” 1989
 „Służba Zdrowia” 1970 – 1974
 „Solidarność Wielkopolski” 1981
 „Szpitalnictwo Wojskowe” 1950
 „Wojskowy Przegląd Historyczny” 1993, 1996 – 1998
 „Wojskowy Przegląd Kwatermistrzowski” 1988
 „Wychowanie Fizyczne i Sport” 1968, 1979
 „Zdrowie Publiczne” 1957
 „Żołnierz Wolności” 1974, 1982.

4. Wspomnienia i relacje

Kowalski S., *Moi dowódcy*, Kraków 1991.

Pamiętniki chirurgów, oprac. zbiorowe, Warszawa 1974.

Pamiętniki lekarzy, oprac. zbiorowe, Warszawa 1964.

Rudke L., *Moja służba w sanitariacie 2 Brygady Legionów Polskich*, Warszawa 1936.

Sadowski C., *Wspomnienie o płk. prof. dr. med. Teofilu Kucharskim*, „Archiwum Historii Medycyny”, nr 3, Warszawa 1983.

Relacje w posiadaniu autora: płk. w st. spocz. Jaremię Gajewskiego, Jerzego Kucharskiego (kserokopie dokumentów po płk. Teofilu Kucharskim), płk. rez. dr. Władysława Pągowskiego, płk. w st. spocz. dr. Jerzego Sameckiego,

5. Opracowania

Wydawnictwa zwarte

Adamek K., *Wyższa Szkoła Oficerska Służb Kwatermistrzowskich im. M. Buczka. Dzieje kształcenia oficerów kwatermistrzostwa WP*, Warszawa 1986.

Babula J., *Wojsko Polskie 1945 – 1989. Próba analizy operacyjnej*, Warszawa 1998.

Biesiadka J., Gawlak A., Kucharski Sz., Wojciechowski M., *Twierdza Poznań*, Poznań 2006.

Durkalec J., Koziarek S., *Choroby układu krążenia w 10-letnim materiale oddziałów chorób wewnętrznych szpitala Wojskowego w Poznaniu*, „Lekarz Wojskowy” nr 11 – 12, Warszawa 1978.

Dzieje Poznania 1918 – 1945, pod red. J. Topolskiego i L. Trzeciakowskiego, Warszawa – Poznań 1998.

Eisler J., *Marzec 1968. Geneza – przebieg – konsekwencje*, Warszawa 1991.

Felchner A., *Służba zdrowia Wojska Polskiego (od jesieni 1918 do mobilizacji 1939)*, Łódź 1997.

Fidelski R., *Zarys leczenia przetaczaniem krwi*, Warszawa 1950.

Frontczak K., *Siły Zbrojne Polski Ludowej, przejście na stopę pokojową 1945 - 1947*, Warszawa 1974.

Garlicki A., *Stalinizm*, Warszawa 1993.

Giedroyc F., *Służba zdrowia w Wojsku Polskim*, Warszawa 1927.

Głuszczyk Z., Karwat J., *Wyższa Szkoła Oficerska Wojsk Pancernych im. St. Czarneckiego – tradycje i współczesność*, Poznań 1994.

Gumowski M., *Dzieje Polskiego Czerwonego Krzyża w Wielkopolsce*, Poznań 1930.

Guttstadt A., *Krankenhaus Lexikon für das Koenigreich Preussen*, Berlin 1985.

Inglot Z., *Poligon w Biedrusku*, „Poznańskie Zeszyty Fortyfikacyjne”, nr 1/2003 i 2/2004.

Jankowiak S., *Wielkopolska w okresie stalinizmu 1948 – 1956*, Poznań 1995.

Józwiak J., *Świadczenia wojskowej służby zdrowia na rzecz społeczeństwa Wielkopolski*, w: *Wojsko Polskie w życiu Wielkopolski*, pod red. B. Miśkiewicza, Poznań 1974.

Kajetanowicz J., *Polskie wojska lądowe w latach 1945 – 1960 – skład bojowy, struktury, wyposażenie*, Toruń 2005.

Karwat J., Tischler J., *Poznań – Budapeszt 1956*, Poznań 2006.

Kostrzewski J., *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919 – 1962*, Warszawa 1964.

Krzeszowska E., *Polska w liczbach*, Warszawa 1964.

Kukła W., *Z dziejów poznańskiej neuchirurgii 1952 – 1997*, Poznań 1998.

Łuczak C., *Dzień po dniu w okupowanej Wielkopolsce i na Ziemi Łódzkiej (Kraj Warty). Kalendarium wydarzeń 1939 - 1945*, Poznań 1993.

Machowski J., *Zarys historii Szpitala Wojskowego w Poznaniu*, w: *Mickiewicz dziejów szpitali poznańskich*, Poznań 1983.

Machowski J., *Koło Naukowe Lekarzy Szpitala Wojskowego w Poznaniu*, w: *Dzieje Towarzystw Medycznych w Poznaniu*, Poznań 1985.

Majewski W., *Z dziejów Śląskiego Okręgu Wojskowego*, Wrocław 1988.

Majewski W., *Służba zdrowia 1 Armii Wojska Polskiego*, Warszawa 1986.

Makowski E., *Poznański Czerwiec 1956 – pierwszy bunt społeczeństwa w PRL*, Poznań 2001.

Miśkiewicz B., *Wojsko Polskie w XX wieku*, Poznań 2006.

Noszczyk W., *Zarys chirurgii polskiej*, Warszawa 1989.

Roszkowski W., *Historia Polski 1914 – 2001*, Warszawa 2002.

Rutkowski S., *Zarys dziejów polskiego szkolnictwa wojskowego*, Warszawa 1970.

Sierpowski S., Żerko S., *Dzieje Polski w XX wieku*, Poznań 2002.

Stankiewicz R., Felchner A., Drużdż A., *Z dziejów Szpitala Wojskowego w Poznaniu. W 50-lecie wznowienia działalności*, Poznań 1995.

Szkice do portretów przedstawicieli medycyny poznańskiej 1945 – 1985, red. J. Hasik i R.K. Meissner, Poznań 1991.

Tyszkiewicz B., *Działalność Poznańskiej Komisji Dobrego Porządku (1779 – 1784)*, Poznań 1965.

Wielkopole XX wieku, red. A. Gulczyński, Poznań 2001.

Wojtkowiak S., *Lancet i karabin*, Warszawa 1973.

Wojtkowiak S., Talar J., Majewski W., Piotrowski F., *Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia*, Warszawa 1974.

Wojskowy przegląd roku 1945 w zakresie twierdzy Poznań, czynnych lekarzy, punktów medycznych, lazaretów, Wyd. Pomost Poznań 2008.

Z dziejów szpitali poznańskich, red. L. Trzaciakowski, Poznań 1983.

Zych E., *Rok 1807*, Warszawa 1957.

Artykuły w wydawnictwach ciągłych

Basiński J., *Zaplecze i środki sanitarno – medyczne wojsk sanitarnych Powstańczej Armii Wielkopolskiej*, „Historia Medycyny”, nr 2, Warszawa 1979.

Bojarski P., Lewandowski W., *Poznań był pierwszy – czerwiec 1956r*, dodatek „Gazety Wyborczej” z 28.06.2006r.

Bronz W., *Wojna ideologiczna w Wojsku Polskim w latach 1945 – 1966*, cz.1, „Wojsko i Wychowanie”, nr 4, Warszawa 1997.

Bross K., *Służba zdrowia w powstaniu poznańskim 1848r.*, „Medycyna Praktyczna”, R XIII, Warszawa 1935.

Choniawko A., *28 czerwca 1956 roku w Poznaniu*, „Kronika Wielkopolski”, nr 1, Poznań 1981.

Felchner A., *Korpus oficerów służby zdrowia Wojska Polskiego (1922 – 1945)*, „Biuletyn WAM”, nr 1-4, Łódź 1996/1997.

Felchner A., *Szpitala wojskowe II Rzeczypospolitej*, „Wojskowy Przegląd Historyczny”, nr 3, Warszawa 1996.

Fidelski R., *Organizacja krwiodawstwa i krwiolecznictwa w czasie pokoju i wojny*, „Szpitalnictwo polskie”, nr 2-3, Warszawa 1950.

Friese H., *Das Grauenwolfe Lazaret*, „Nachrichtenblatt”, nr 31, 1985.

Głowacki W., *Apteka cyrulika poznańskiego z roku 1528*, „Archiwum Historii Medycyny”, Warszawa 1960.

Janicki K., *Struktura i organizacja wojskowej służby zdrowia w Poznaniu w okresie międzywojennym*, „Kronika Miasta Poznania”, nr 1, Poznań 2005.

Janicki K., Stankiewicz R., *Pułkownik profesor Teofil Kazimierz Kucharski – w czterdziestolecie śmierci*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, nr 1, Warszawa 1997.

Jeśmian Cz., *Farmacja wojskowa w latach 1918 – 1939*, „Farmacja Polska”, nr 15 – 16, Warszawa 1993.

Jurgielewicz W., *Pomoc Związku Radzieckiego w utworzeniu ludowego Wojska Polskiego sierpień 1944 – maj 1945*, „Wojskowy Przegląd Historyczny”, nr 1, Warszawa 1972.

Karwat J., *Echa Czerwca 1956 roku w Wojsku Polskim*, w: *Poznański Czerwiec 1956. Uwarunkowania – przebieg – konsekwencje*, red. K. Białecki i S. Jankowiak, Poznań 2007.

Lisowski W., *Wojskowa służba zdrowia w Powstaniu Wielkopolskim (1918 -1919)*, „Lekarz Wojskowy”, nr 3 – 4, Warszawa 1987.

Machowski J., *Wybrane zagadnienia z historii służby zdrowia ludowego Wojska Polskiego*, „Lekarz Wojskowy”, nr 1, Warszawa 1970.

Machowski J., *Bibliografia medyczna Szpitala Wojskowego w Poznaniu*, „Lekarz Wojskowy”, nr 7, Warszawa 1970.

Nalepa E.J., *Oficerowie Armii Radzieckiej w Wojsku Polskim 1949 – 1956*, „Wojskowy Przegląd Historyczny”, nr 1 – 2, Warszawa 1994.

Niziołek M., Świerkocki T., *Choroba reumatyczna żołnierzy służby zasadniczej leczonych w Oddziale I Wewnętrznym Szpitala Wojskowego w Poznaniu*, „Lekarz Wojskowy”, nr 8, Warszawa 1970.

Niziołek M., Jądrzak S., *Analiza porad kardiologicznych w Poliklinice Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojskowego w Poznaniu*, „Lekarz Wojskowy”, nr 2, Warszawa 1975.

Pastelski J., *Problemy pracy laboratoryjnej i oceny wyników badań*, „Lekarz Wojskowy”, nr 11, Warszawa 1959.

Okęcki S., *Doświadczenia bojowe z walk o Poznań*, „Wojskowy Przegląd Historyczny”, nr 3, Warszawa 1973.

Olszewski M., *Liczba polskich strat w walkach o Poznańską Cytadelę w dniach 21 – 23 lutego 1945r.*, „Kronika Miasta Poznania”, nr 2, Poznań 1965.

Pfaffe W., *Lazaret-Nivea Fabryk*, „Nachrichtenblatt”, nr 32, 1985.

Przychodzki M., *Historia ortopedii i rehabilitacji polskiej*, Warszawa 1968.

Raport Pietrzaka, „Karta”, nr 5, Warszawa 1991.

Rudnicki P., *Krótki zarys historii i osiągnięć szpitala wojskowego w Poznaniu w zakresie leczenia, pracy naukowej i działalności społeczno – politycznej*, „Lekarz Wojskowy”, nr 9, Warszawa 1969.

Rudzki S., *Historia szpitalnictwa wojskowego w Polsce*, „Lekarz Wojskowy”, nr 9, Warszawa 1927.

Rzepecki L., *Problem ostrej niewydolności nerek w wojsku*, „Lekarz Wojskowy”, nr 5, Warszawa 1962.

Sandorski J., *Śmierć Romka Strzałkowskiego*, „Solidarność Wielkopolski”, nr 8 z 28.06.1981r.

Seyda B., *Rys historyczny rozwoju i organizacji polskiego szpitalnictwa wojskowego do XIII wieku*, „Lekarz Wojskowy”, nr 1, Warszawa 1959.

Soldenhoff T., *Dzieci Poznania*, „Res Publika”, nr 6, Warszawa 1989.

Strehl L., *Historia 7. Szpitala Okręgowego*, „Lekarz Wojskowy”, nr 5, Warszawa 1933.

Śmigielski T., Niziołek M., *Krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego na podstawie analizy przypadków z lat 1963 – 1967 w Szpitalu Wojskowym w Poznaniu*, „Lekarz Wojskowy”, nr 3, Warszawa 1968.

Talarczyk K., *Kiedy zamek był lazaretem*, „Głos Wielkopolski”, 23.07.1997r.

Ziółek B., *Przyczynek do badań stopy życiowej mieszkańców Poznania w latach 1949 – 1955*, „Kronika Miasta Poznania”, nr 1 – 2, Poznań 1957.

8. Opracowania niepublikowane

Baumann G., *Die Ärzte in Posen*, Goslar 1984.

Janicki K., *Dzieje szpitalnictwa wojskowego w Poznaniu do 1939 roku*, rozprawa doktorska, Wojskowa Akademia Medyczna, Łódź 1998.

Jędrzejczyk P., *Choroby weneryczne w Wojsku Polskim 1914 – 1946*, rozprawa doktorska, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin 1997.

Kordek A., *Koncepcje kształcenia podyplomowego lekarzy w Polsce i ich realizacja w latach 1918 – 1953*, rozprawa doktorska, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin 1994.

Rozwój i doskonalenie kadry zawodowej WP. Dzieło II, rozdz. X – XII, red. R. Młeczko, Warszawa 1986. Zbiory Wojskowego Biura Badań Historycznych.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1.

W Y K A Z

Obsady stanowisk etatowych lekarzy Szpitala Okręgowego Nr 3 w Poznaniu¹

Lp.	Stanowisko wg etatu i stopień	Nazwisko, imię i imię ojca	Narod.	Stopień posiadany i starz	Posiadane odznaczenia	Opinia i wnioski
1	2	3	4	5	6	7
1	Komendant Szpitala płk.	Ziemic Anna c. Aleksandra	polska	ppłk lekarz	Krzyż Grunwaldu IIIkl. Sr.Krzyż Zasł. Medal za Zwyc.	
2	Pom.K-dta do spraw lecznicz. Mjr płk	Piszel-Gajek Włodzimierz s. Fedora	czeska	mjr lekarz 27.04.1945	Czerw.Gwiazda M.za Obr. Odessy M.za Obr. Sewastopola	Wykwalifikowany chirurg, dobry organizator. Całkowicie odpowiada zajmowanemu stanowisku.
3	Lek. specj. gimnastyki leczniczej kpt. mjr	Kotkowski Antoni s. Stanisława	polska	por. 26.10.1944	Krzyż Grunwaldu III-ej klasy	Zdyscyplinowany dokładny. Pracuje jako wenerolog i odpowiada zajmowanemu stanowisku.
4	Lekarz Sanitarny	Wodziński Piotr s. Jana	polska	por. 26.10.1944		Zdyscyplinowany. Po powrocie z urlopu ma być usunięty z zajm. stanowiska.
5	Szef Oddz. Chirurg. Ppłk	Rucki Władysław s. Dominika	polska	kpt. 4.06.1945		Z oddziału chirurg. polowej nie obznajmiony. Na stanowisku szefa oddz. chirurgicznego nie odpowiada.
6	j.w.	Zagorski Władysław s. Józefa	polska	kpt.		Inicjatywny, zdyscyplinowany. Całkowicie odpowiada zajmowanemu stanowisku.
7	St. ordyn. Oddz. chir.	Nowacki Jan Nowacji.	polska	kpt. 28.8.1945		Pod kierownictwem odpowiada

¹ CAW sygn. 10416/38/3, Wykaz stanowisk etatowych lekarzy Szpitala Okręgowego Nr 3 w Poznaniu.

	Mjr	Macieja				zajmowanemu stanowisku.
8	Ordyn. oddz.chir. kpt.	Piątkowski Stanisław s. Antoniego	polska	kpt. 28.7.1945		Jako lekarz sumienny, dokładny. Odpowiada zajm. stanowisku.
9	j.w.	Dullin Wiktor s. Antoniego	polska	kpt. 28.7.1945		Samodzielnie pracować nie może. Zajmowanemu stanowisku nie odpowiada.
10	Szef Oddz. Wewn. ppłk	Kraszewski Kazimierz s. Franciszka	polska	kpt. 27.4.1945		Energiczny, pracowity. Odpowiada zajmowanemu stanowisku.
11	j.w.	Kowalski Edward s. Tomasza	polska	kpt. 28.8.1945		Słaby organizator. Dokładny. Odpowiada stanowisku starszego ordyn.
12	j.w.	Ignatowicz Tadeusz s. Franciszka	polska	kpt. 22.12.1944	Krzyż Walecznych Medal za wojnę 1918-1920, Krzyż Obrony Lwowa Krzyż M.O.A.O.	Wywiązuje się z nałożonych obowiązków. Odpowiada swemu stanowisku.
13	St.ord. Oddz. Wewn. Major	Szajna Mieczysław s. Stanisława	polska	mjr 1.3.1945		Wykwalifikowany lekarz, zdyscyplinowany. może pracować na stanow. szefa oddziału.
14	Ord. Oddz. Wewn. Kapitan	Abram Marian s. Wincentego	polska	por. 14.7.1945		Pracowity, zdyscyplinowany, dokładny. Odpowiada stanowisku ordynatora oddz. chirurg.
15	j.w.	Skowroński Wojciech s. Wojciecha	polska	ppor.		Dobry specjalista, pracowity. Odpowiada stanowisku ordynatora oddz. ocznego.
16	j.w.	Fidelski Ryszard s. Józefa	polska	por. 14.9.1945		Młody lekarz. Może odpowiadać stanowisku ordynatora oddz. wewn., jeżeli poświęci się całk.

						pracy chor. wewnątrz
17	Szef oddz. skórno-wenerycz. Ppłk	Glazer Maurycy s. Leona	polska	kpt. 27.4.1945	Order Stanisława II i III stop. Order Anny III, Br. Krzyż Zasługi	W pracy org.administr. ma duże trudności. Odpowiada stanowisku starszego ord.
18	St.ordyn. oddz. Skórno-weneryczn. Major	Hawrylinka Witold s. Włodzimierza	polska	kpt. 16.4.1945	Br. Krzyż Zasługi	Zdyscyplinowany, zrównoważony. Odpowiada stanowisku szefa oddz.
19	Ord. oddz. skórno-wenerycz. Kapitan	Kubliński Edmund s. Władysława	polska	ppor. 16.4.1945		Zdyscyplinowany. Może pracować jako ord.oddz. wenerycznego pod kierownictwem szefa oddziału.
20	Szef oddz. usznego ppłk	Taniewski Józef s. Michała	polska	kpt. 13.7.1945		Zdyscyplinowany, wykwalifikowany lekarz. Odpowiada zajm. stanowisku.
21	Ord.oddz. usznego kpt.	Neuman Jakub s. Edmunda	polska	kpt. 16.6.1945		Nadaje się na stanowisko ordyn. oddziału laryngologicznego.
22	Szef oddz. ocznego ppłk	Waligórski Witold s. Romualda	polska	ppłk	Krzyż Walecznych, Sr.Krzyż Zasługi, Medal za wojnę Medal X-lecia, Medal za długol. służbę.	Zdyscyplinowany, wykwalifikowany okulista chirurg. Odpowiada zajmowanemu stanowisku.
23	Szef oddz. nerwowego ppłk	Rogulski Felicjan s. Ludwika	polska	kpt. 28.8.1945		Zdyscyplinowany, pracowity. Odpowiada zajmowanemu stanowisku.
24	Ord.oddz. nerwowego kapitan	Sokołowski Roman s. Władysława	polska	por. 1939		Zdyscyplinowany, pracowity. Całkowicie odpowiada zajmowanemu stanowisku.
25	Szef oddz. zakaźnego ppłk	Perkowski Witold s.Apolinarego	polska	kpt. 28.8.1945		Zdyscyplinowany, pracowity, dobry organizator. Odpowiada zajmowanemu stanowisku.
26	Ord.oddz. zakaźnego kapitan	Białokoz Michał s. Eugeniusza	polska	por. 24.7.1945		Zdyscyplinowany, chętny w pracy. Odpowiada swemu

						stanowisku.
27	Szef oddz. akuszer. ginekolog. Ppłk	Byliński Jerzy s. Jakifa	rosyj- ska	mjr. 14.5.1943	Czerwona Gwiazda, Krzyż Walecznych, Srebrny Krzyż Zasługi	Wykwalifikowany lekarz chirurg, pracowity. Odpowiada zajmowanemu stanowisku. Może być odesłany do ZSRR.
28	St. ord. oddz. ginek. Major	Nemirski Józef s. Janusza	polska	por. M.S. Wojsk. 1939		Zdyscyplinowany, pracowity, ujawniający zainteresowanie. Może pracować jako st. ordynator.
29	Ord. oddz. ginek. Kapitan	Bessek Daniela c. Józefa	polska	por. 22.12.1944	Br. medal zasłuż. na polu chwały. Sr. medal zasłuż. Na polu chwały.	Zdyscyplinowana, pracowita, sumienna. Odpowiada zajmowanemu stanowisku.
30	Szef oddz. dziecięcego ppłk	Witkowska Józefa c. Jerzego	polska	por. 22.12.1944		Energiczna, pracowita, odpowiada swemu stanowisku.
31	Ord. oddz. dziecięcego kapitan	Jelevska Zofia c. Kazimierza	polska	por. 22.12.1944		Pracowita, sumienna, z fachowym przygotowaniem. Odpowiada zajmowanemu stanowisku.
32	Szef izby przyjęć major	Kentzer Bogdan s. Józefa	polska	ppor. 20.7.1945		Energiczny, pracowity. Odpowiada swemu stanowisku.
33	Szef gab. dentyst. Major	Domiszewski Paweł s. Jana	polska	kpt.		Zdyscyplinowany, przy większym staraniu może odpowiadać zajmowanemu stanowisku.
34	Lekarz Dentysta kpt-por.	Żółtyńska Rita c. Tomasza	polska	por. 26.10.1944		Zdyscyplinowana, dokładna w pracy. Pracuje nad podwyższeniem swoich kalif. Odpowiada zajmowanemu stanowisku.
35	j.w.	Zimetbaum Józef s. Kasiela	polska	por. 27.4.1945		Zdyscyplinowany, dokładny. Odpowiada swemu stanowisku.

36	Szef gab. rentgen. Major	Kozłowski Stanisław s. Franciszka	polska	ppłk 1.1.1932	Krzyż Walecznych, Złoty Krzyż Zasł., Medal za wojnę Medal X-lecia, Medal XX-lecia.	Zdyscyplinowany, lubi służbę wojsk. w pełni odpowiada zajmowanemu stanowisku.
37	Lekarz rentgen. Kapitan	Hermanowski Bogdan s. Kazimierza	polska	por. 28.8.1945		Wykazuje inicjatywę, opanowany. Odpowiada zajmowanemu stanowisku.
38	Szef gab. fizjoter. Major	Haczykowa Barbara c. Aleksandra	ormia-ńska	mjr 16.5.1945	Br. Krzyż Zasługi Medal za zwyc. nad Niemcami.	Dobry organizator, pracowita. Całkowicie odpowiada zajmowanemu stanowisku.
39	Szef laborat. Major	Lesisz Marian s. Adama	polska	por. 22.12.1944		Dobry pracownik, chętny. W zakresie labor. nie odpowiada.
40	Lekarz laborant kapitan	Gimiński Antoni s. Wojciecha	polska	por. 28.8.1945		Zdyscyplinowany, dokładny. Odpowiada zajmowanemu stanowisku.
41	Lekarz laborant kapitan	Zagórski Stefan s. Franciszka	polska	por. 7.5.1945		Zdyscyplinowany, wysoko wykwalifikowany jako lekarz laborant.
42	j.w.	Makowiec Józef s. Karola	polska	kpt. 3.5.1945		Pracuje jako wenerolog. Może pracować pod kierownictwem.
43	Lekarz anatomopatolog major	Olech Dominik s. Jana	polska	kpt. 22.12.1944		Wykwalifikowany specjalista anatomopatolog. Odpowiada zajmowanemu stanowisku.

Załącznik nr 2.

TOK PRACY W ODDZIAŁACH SZPITALNYCH w 1946 r.

I. Postępowanie z chorymi.

I z b a P r z y j ę ć .

Podstawowym warunkiem sprawnego działania szpitala jest dobrze zorganizowana Izba Przyjęć. Jest to jeden z najważniejszych organów zakładu leczniczego, od którego zależy właściwe i szybkie załatwienie chorego.

Izba Przyjęć spełnia funkcje lekarskie, gospodarcze, administracyjne, informacyjne i porządkowe. Zasadniczym zadaniem Izby Przyjęć jest przyjmowanie chorych do szpitala, ich segregacja i rozmieszczanie na oddziałach. Za pomocą aparatu telefonicznego, nawiązanie łączności z Izbą Przyjęć szpitala jest tak we dzień jak i w nocy zawsze możliwe. Dzięki temu możliwe jest w każdej chwili szybkie oraz właściwe załatwienie chorego. Do dyspozycji Izby Przyjęć stoi samochód sanitarny.

Na czele Izby Przyjęć stoi szef izby, doświadczony lekarz. Do obowiązków lekarza Izby Przyjęć, a w jego zastępstwie lekarza dyżurnego należy ogólny nadzór nad Izbą Przyjęć, badanie i skierowywanie przyjętych chorych na odpowiednia oddziały, oraz udzielanie w razie potrzeby pierwszej pomocy w wypadkach nagłych. W ten sposób praca lekarza dzieli się na administracyjną, lekarską i kancelaryjną. Ta ostatnia polega na wypełnianiu odpowiednich rubryk w karcie skierowania chorego do szpitala, odnotowanie w historii choroby krótkiego opisu schorzenia, i wskazań oraz na notowaniu udzielonej pierwszej pomocy. Na odpowiednich formularzach zawiadamia się DOW. o chorym wenerycznie, przybyłym do szpitala, posiadając szczegółowe dane, dotyczące okoliczności zachorowania i samego cierpienia. O chorych wenerycznie zostaje równocześnie zawiadomiony lekarz powiatowy, w którego powiecie chory przebywał ostatnio. W tym zawiadomieniu zostaje podane źródło zakażenia władzom sanitarnym powiatu.

Szef Izby Przyjęć, a w jego zastępstwie lekarz dyżurny, odpowiada za całokształt pracy Izby Przyjęć przed komendantem szpitala. Personel Izby Przyjęć składa się z wykwalifikowanych felczerów, sanitariuszy, fryzjera, dezynfektora, magazyniera i palacza. Felczer pełni funkcję felczerską, spełnia zadania siły pomocniczej lekarskiej, asystuje przy zabiegach lekarzowi, w razie potrzeby, w drobnych wypadkach sam udziela pierwszej pomocy (Izba Przyjęć to stale czynne ambulatorium dla drobnych przypadków, zgłaszających

się w godzinach poza służbowych), prowadzi kancelarię Izby Przyjęć , jest przełożonym całego personelu

fizycznego izby. Odpowiada za kancelarię , instrumentarium, aptekę, czystość i porządek oraz za prace personelu fizycznego przed szefem izby przyjęć. Felczera obowiązuje prowadzenie ksiąg przyjęć a mianowicie: wpisywanie chorych do księgi głównej chorych szpitala i ich wypisywanie, prowadzenie codziennej ewidencji ruchu stanu chorych szpitala na podstawie meldunków z oddziałów i księgi oddziałowej, które odsyła do kancelarii głównej (oddziały chorych zawiadamiają Izbę Przyjęć o ubyciu chorego przez przesyłanie odcinka C karty skierowania do szpitala), prowadzenie ewidencji atestatów pieniężnych i żywnościowych, wykazu codziennego chorych , przybyłych do szpitala z zaznaczeniem czy zdali atestat żywnościowy czy też nie i ten wykaz odsyła do oficera żywnościowego . Atestat pieniężny zostaje odesłany do oficera finansowego, mundurowy do mundurowego.

Resortem felczera jest również praca informacyjna i porządkowa. Praca informacyjna Izby Przyjęć polega na udzielaniu wiadomości o losie przybyłego do szpitala pacjenta, oraz skierowanie odwiedzających na właściwe oddziały. Izba Przyjęć posiada książkę adresów personelu szpitala oraz w razie potrzeby udziela informacji, dotyczących pracowników szpitala, oficerów i lekarzy. Praca porządkowa Izby Przyjęć polega na regulowaniu odwiedzin chorych, za pomocą wydawania przepustek podpisanych przez lekarza Izby Przyjęć lub dyżurnego, przy czym współpracuje się tu ściśle z oficerem służbowym i jego organami.

Sanitariusz jest zobowiązany prowadzić chorych, a w razie potrzeby przenosić według ustalonego planu, rozbierać, myć i ubierać chorych, wykonywać wszelkie prace porządkowe na Izbie przyjęć, zależnie od rozkazów lekarza lub felczera. Sanitariusz musi być przeszkolony, powinien być zapoznany z pracą w łaźni i dezynfektorze. Sanitariusze muszą być starannie dobierani. Szczególną uwagę należy zwrócić na zamyłowanie do czystości. Sanitariusze są elementem ruchomym Izby Przyjęć.

Dezynfektor zajmuje się dezynfekcją i dezynsekcją sortów mundurowych, obsługuje aparat dezynfekcyjny, odbiera sorty mundurowe, zdawane przez chorych do dezynfekcji. Odpowiada za aparat dezynfekcyjny, sorty mundurowe, prawidłowe przeprowadzenie dezynfekcji oraz oddanie wszystkich sort mundurowych w stanie nienaruszonym do magazynu czystych mundurów. Prowadzi magazyn brudnych sortów.

Magazynier czystego magazynu przegląda sorty. Zniszczone oddaje do szwalni celem naprawy, skąd powracają one już naprawione, pozostałe umieszcza na wieszakach pod odpowiednimi numerami. Odpowiada za całość i czystość mundurów i za właściwe ich doręczenie wypisanym chorym.

Palacz opala łaźnie. Odpowiada za ciepłotę wody i aparaturę, utrzymuje porządek w kotłowni (za porządek w łaźni odpowiedzialni są sanitariusze).

Z Izbą Przyjęć współpracuje oficer służbowy, jako organ administracyjno-porządkowy i każdorazowy wartownik.

Izba Przyjęć składa się z poczekalni, gabinetu lekarza , kancelarii, rozbieralni, dezynfektora z magazynem brudnym , magazynu czystego, fryzjerni, łaźni z wannami w przedziałach oraz natryskami(należy pamiętać o tym, że Izba Przyjęć może będzie musiała spełniać role kąpieliska), ubieralni z szafami z czystą bielizną i ubraniami szpitalnymi, (oddziały chorych zaopatrują szafy w bieliznę i ubrania szpitalne, stale je uzupełniają). Poza tym Izba Przyjęć posiada pokój lekarza dyżurnego, miejsce jego pobytu w chwilach, kiedy jego obecność w gabinecie nie jest potrzebna. Przy Izbie przyjęć znajdują się ustępy i umywalnie.

Chory powinien przybyć do szpitala z kartą skierowania do szpitala według załączonego wzoru.

Karta ma trzy odcinki: A , B i C . Wszystkie rubryki z wyjątkiem zakreślonych czarną obwódką wypełnia lekarz jednostki. Rubryki zakreślone obwódką: L. historii choroby wypełnia kancelaria Izby Przyjęć, rubryki: rozpoznanie i skierowanie – wypełnia lekarz Izby Przyjęć. Na odcinku C ostatnią rubrykę wypełnia szef oddziału przy ubyciu chorego.

Odcinek A zostaje odesłany do jednostki. W ten sposób lekarz jednostki jest zorientowany co do dalszych losów chorego, posiada jego nr historii choroby, a więc ewidencji, co ułatwia pracę informacyjną Izbie Przyjęć i daje możliwość lekarzowi jednostki kontrolowania swego rozpoznania.

Odcinek B pozostaje w Izbie Przyjęć. Jest on materiałem do wypełnienia odpowiednich rubryk w księdze głównej chorych, zwalnia chorego od oczekiwania na dopełnienie formalności kancelaryjnych, co przy dużym napływie pacjentów jest znacznym ułatwieniem w pracy. Poza tym w razie stanu nieprzytomnego chorego lub jego śmierci jest cennym, materiałem informacyjnym.

Odcinek C zostaje odesłany na oddział wraz z historią choroby. Kancelaria Izby przyjęć wpisuje jedynie liczbę historii do historii choroby. Reszta danych jest zawarta w odcinku C i może być przepisana na oddziale, co znów ułatwia pracę kancelarii Izby Przyjęć. Ostatnia rubryka odcinka C zostaje wypełniona przez szefa oddziału przy ubyciu chorego. Odcinek C zostaje wówczas odesłany do Izby Przyjęć i felczer odnotowuje fakt i sposób ubycia chorego, ostateczne rozpoznaniu i wynik leczenia w księdze głównej chorych oraz fakt ubycia w

raporcie dziennym o ruchu i stanie chorych w szpitalu. Raport ten zostaje odesłany codziennie do kancelarii głównej. Uwzględnia się w nim całość szpitala i oddziały chorych z podaniem ilości przybyłych i ubytych chorych oraz stanu na dzień bieżący. W razie nagłego wypadku chory może przybyć do szpitala bez karty skierowania, wówczas kartę wypełnia Izba Przyjęć i postępuje z nią wg wyżej podanej instrukcji.

Wymieniona karta skierowania jest projektem. W obecnych warunkach chory przybywa ze skierowaniem z jednostki w jednym egzemplarzu, który jest podstawą do przyjęcia w stan chorych. Jednostka zostaje zawiadomiona o losie chorego wypełnionym specjalnym blankietem. O fakcie ubycia chorego oddział zawiadamia Izbę Przyjęć specjalnym wykazem ubytych chorych.

Sposób przyjmowania i kierowania chorych.

Chory przybywający do szpitala zostaje skierowany do poczekalni, gdzie dyżurujący sanitariusz mierzy ciepłotę ciała, po czym wprowadza do gabinetu lekarskiego. Tam zostają sprawdzone uprawnienia chorego do leczenia w szpitalu, chory zostaje zbadany, lekarz stawia rozpoznanie, wypełnia przeznaczone dla siebie rubryki w karcie skierowania do szpitala, w przypadkach wątpliwych odsyła chorego do badania specjalistycznego do ambulatorium szpitalnego lub wzywa specjalistę. W razie potrzeby udziela choremu pierwszej pomocy. Odnotowuje w historii choroby krótki opis cierpienia oraz w razie potrzeby przepisną dietę i niezbędne zlecenia jak również na który oddział ma być skierowany. W wyjątkowych wypadkach, w razie konieczności specjalnej diety lekarz pisze zapotrzebowanie do kuchni szpitalnej, które zostaje natychmiast szefowi kuchni doręczone. Na zapotrzebowaniu zaznaczyć należy nazwisko i imię chorego, oddział, na który zostaje skierowany oraz rodzaj diety. Lekarz również zwraca baczną uwagę na zawszenie badanego i w razie potrzeby wydaje odpowiednie zarządzenie podległemu personelowi. Odwszenie odbywa się pod kontrolą i odpowiedzialnością felczera.

Z gabinetu lekarza chory udaje się do kancelarii, gdzie oddaje kartę skierowania wraz z atestatami : żywnościowym, mundurowym i pieniężnym i zostaje wpisany do księgi głównej chorych i skorowidzu chorych.

W księdze głównej chorych są uwzględnione następujące rubryki:

- | | |
|---------------------------------|---------------------------|
| 1. L.p. | 8. Adres rodzinny |
| 2. Data przybycia | 9. Skąd przybył |
| 3. Nazwisko, imię i imię ojca | 10. Skierowany na oddział |
| 4. Stopień wojsk. i stan służb. | 11. Rozpoznanie wstępne |

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| 5. Jednostka wojskowa | 12. Rozpoznanie ostateczne |
| 6. Narodowość i wyznanie | 13. Data ubycia |
| 7. Stan cywilny | 14. Sposób ubycia |
| | 15. Uwagi(orzeczenie Kom. Lek. itp.) |

Liczbę porządkową księgi głównej chorych wpisuje się do karty skierowania i historii choroby w odpowiednich rubrykach, po czym z kartą skierowania postępuje się w myśl wyżej podanej instrukcji.

Odcinek A – do jednostki, odcinek B- pozostaje, odcinek C- na oddział z historią choroby, (w naszych warunkach pojedynczy egzemplarz skierowania z jednostki przesyła się na oddział z historią choroby).

W razie braku atestatów w przypadkach nagłych zostaje spisany odpowiedni akt, podpisany przez lekarza Izby Przyjęć i oficera służbowego, który zastępuje brakujące atestaty do chwili nadesłania ich przez jednostkę chorego.

W kancelarii chory oddaje felczerowi pieniądze i przedmioty wartościowe, które zostają odnotowane w podwójnym kwitariuszu. Jeden egzemplarz otrzymuje chory, z drugim przedmioty zostają odesłane do oficera finansowego, który je księguje i przechowuje do chwili wypisu chorego. Broń zostaje zdana z - cy k - ta do spraw pol.- wych. Broń i przedmioty wartościowe zdane w godzinach poza służbowych zostają przechowane do dnia następnego w specjalnej szafie- o ile możliwe ogniotrwałej- w Izbie Przyjęć.

Z kancelarii chory udaje się do rozbieralni. Tam rozbiera się i zdaje sorty mundurowe i bieliznę, które sanitariusz spisuje na dwóch równych imiennych kartkach. Jedną dołącza do ubrania chorego, drugą oddaje w kancelarii Izby Przyjęć, by została dołączona do historii choroby, jako dowód oddania sort mundurowych i bielizny.

Bieliznę odsyła się do magazynu brudnej bielizny w workach, sorty mundurowe do dezynfektora na wieszakach w workach. Następnie chory zostaje zaprowadzony do fryzjerni, ostrzyżony, w razie istnienia wszawicy sromowej ogolony w częściach płciowych, brzuchu, klatce piersiowej i pod pachami,(po kąpieli zastosowany zostanie odpowiedni środek przeciw wszom), po czym udaje się do łaźni, gdzie zostaje kąpany. Przy wejściu otrzymuje ręcznik i mydło, które zdaje przy wyjściu(lepiej jest używać mydelniczek z szarym mydłem).

Ciężko chorzy pozostają pod specjalną opieką sanitariuszy. Są kąpani przez sanitariuszy z zachowaniem ostrożności pod dozorem i odpowiedzialnością felczera. Przypadki chirurgiczne są w razie konieczności jedynie obmywane. Od kąpieli może zwolnić w wyjątkowych wypadkach lekarz Izby Przyjęć lub dyżurny. Chorzy weneryczni mają przeznaczoną specjalną

część łaźni. Myją się pod natryskami. W szpitalach, które mają zakaźny oddział musi być osobna Izba Przyjęć dla zakaźnie chorych, osobna rozbieralnia, magazyn, łaźnia i ubieralnia. Chory zakaźnie nie może stykać się z innymi chorymi dlatego wejście i wyjście Izby Przyjęć dla zakaźnie chorych muszą znajdować się na uboczu, a drogi do nich nie krzyżować się z drogami do Izby Przyjęć głównej. W szpitalach bez oddziałów zakaźnych lub z oddziałami zakaźnymi oddalonymi musi być izba izolacyjna dla chorych, przysyłanych do szpitala, u których lekarz Izby Przyjęć stwierdza lub podejrzewa chorobę zakaźną. W tej izbie chorzy oczekują na transport do właściwego oddziału lub szpitala. Izba ta musi być tak urządzona, by chory miał możliwość oczekiwania w pozycji leżącej.

Po wykąpaniu się chory przechodzi do ubieralni kąpieliska, gdzie otrzymuje bieliznę i ubrania szpitalne, oraz szlafrok i pantofle izby przyjęć, które zostaną mu zamienione na szlafrok i pantofle oddziałowe w momencie przybycia na oddział.

Z ubieralni w towarzystwie sanitariusza lub też o ile zachodzi potrzeba w przypadku ciężkim na noszach ewent. w towarzystwie felczera chory udaje się na oddział szpitalny, przeznaczony dla niego przez lekarza Izby Przyjęć. Razem z chorym sanitariusz zabiera ze sobą jego historię choroby z załączonym odcinkiem C karty skierowania, spisem bielizny i umundurowania, zdanego przez chorego oraz ewent. z innymi dokumentami, dotyczącymi chorego. Oprócz historii choroby sanitariusz zabiera ze sobą książkę pokwitowań odbioru chorych, w której na oddziale siostra potwierdza mu odbiór chorego i historii choroby.

Chorego przyprowadza na oddział z Izby Przyjęć sanitariusz i przynosi historię choroby (ciężko chorzy przybywają na oddział na noszach). Chory jest wykąpany w łaźni Izby Przyjęć i przebrany w bieliznę oddziałową (kilka kompletów bielizny oddziałowej znajduje się zawsze na Izbie Przyjęć). Szlafrok i pantofle, w których chory przychodzi na oddział należą do Izby Przyjęć, więc zabiera je z powrotem sanitariusz. Siostra oddziałowa lub dyżurująca odbiera od sanitariusza historię choroby i kwituje jej odbiór. W historii choroby znajduje się skierowanie chorego do szpitala, podpisane przez lekarza jednostki lub polikliniki szpitala i spis rzeczy chorego oddanych do magazynu depozytowego. Siostra oddziałowa lub dyżurująca kwituje sanitariuszowi w księdze kontroli bielizny Izby Przyjęć rozchodowany komplet bielizny oddziałowej, który znajdował się w rezerwie na Izbie Przyjęć. Siostra oddziałowa wciąga nazwisko chorego do księgi ruchu chorych na oddziale zaraz po przyjęciu a w razie przybycia chorego w godzinach poza – służbowych w ramach dnia następnego. Historie choroby po wypisaniu na niej numeru bieżącego książki ruchu chorych, oddaje do gabinetu lekarskiego. Siostra oddziałowa zakłada kartę gorączkową i umieszcza ją przy łóżku chorego. Siostra oddziałowa względnie dyżurująca melduje o przybyciu chorego szefowi

oddziału, który przeznaczają chorego na odpowiednią salę i decyduje, czy chory ma leżeć czy też wolno mu chodzić. Siostra oddziałowa względnie dyżurująca umieszcza chorego na sali stosownie do zaleceń szefa oddziału, przeznaczając łóżko, wydaje koce, prześcieradła, piżamę, szlafrok, pantofle. Chory kwituje w księdze kontroli bielizny oddziałowej otrzymaną do zużycowania bieliznę osobistą, pościelową, koce, poduszki, materace.

W godzinach poza służbowych siostra dyżurująca umieszcza chorego na sali obserwacyjnej oddziału. W razie przybycia na oddział ciężko chorego siostra dyżurująca wzywa przez Izbę Przyjęć szefa oddziału lub ordynatora. Lekarz oddziałowy po przybyciu chorego na oddział bada chorego i daje odpowiednie zlecenia siostrze salowej ewent. opatrunkowej. Siostra oddziałowa zawiadamia siostrę bufetową nowego chorego. Siostra oddziałowa wypisuje dodatkowe zapotrzebowanie na prowiant dla nowo przybyłego chorego. Siostra bufetowa udaje się z zapotrzebowaniem do oficera żywnościowego i na podstawie otrzymanej asygnaty pobiera prowiant. Chory zostaje pouczony o regulaminie dla chorych przez siostrę oddziałową. Historia choroby powinna być opisana w dniu przybycia chorego a najpóźniej z rana dnia następnego.

Na oddziale znajdują się sale dla oficerów i szeregowców, sale dla lekko chorych i ciężko chorych i zależnie od oddziału- sale specjalne (sala pooperacyjna, poporodowa, jaglicza itd.). Na każdej sali z chorych wybrany jest komendant, o ile możliwości najstarszy stopniem. Komendant sali stara się utrzymać porządek, pilnować przestrzegania regulaminu szpitalnego. Komendant w czasie wizyty lekarskiej melduje szefowi oddziału względnie ordynatorowi o stanie liczbowym obecnych na sali. Z pośród chorych oficerów i podoficerów szef oddziału wyznacza codziennie dyżurnego oddziału. Zmiana służby odbywa się codziennie o godz. 8.00 rano w gabinecie szefa oddziału. Do obowiązków służbowych należy: nadzór nad porządkiem i czystością na salach chorych, w korytarzach, w ustępach, na schodach. Obowiązkiem służbowym jest być obecnym przy pobieraniu i wydawaniu posiłku. O godz. 6.30- zarządza się pobudkę chorych, którą przeprowadza siostra dyżurna, nocna. Od godz. 6.30-7.00 mierzenie ciepłoty ciała, mycie i ubieranie chorych. Od godz. 7.00-8.00 śniadanie chorych w stołówce, ciężko chorzy karmieni są na sali przez siostrę. Na salach sianie łóżek przez siostrę dzienną, sprzątanie sal przez sanitariuszki i wietrzenie sal. Sprzątaczką sprząta korytarze i ustępy. Od godz. 8.00-13.00 wizyta lekarska, opatrunki, badanie chorych względnie operacje.

Godz. 10.30 drugie śniadanie dla chorych, otrzymujących dietę sanatoryjną.

Od godz. 13.00-14.00 obiad w stołówce oddziałowej dla chorych; ciężko chorzy i oficerowie jedzą na sali.

Godz. 14.30-16.00 pora ciszy, chorzy śpią lub wypoczywają na łóżkach.

W godzinach popołudniowych powtórna wizyta lekarska.

Od godz. 16.00-17.00 przeprowadza się konieczne zabiegi oraz mierzenie temperatury, sanitariuszki sprzątają sale.

W czasie od godz. 17.00-18.30 praca polityczno-wychowawcza.

Godz. 18.30-19.30 – kolacja.

Godz. 19.30 -21.30 – wolny czas.

Godz. 21.30-22.00 – chorzy myją się i udają się na spoczynek.

Godz. 22.00 – gaszenie świateł na salach przez siostrę dyżurną, nocną.

Lekko chorzy chodzący, obowiązani są pomagać przy przynoszeniu posiłków, pobieraniu prowiantu względnie czystej bielizny z magazynu.

O godz. 7.00 rano siostra dyżurna dzienna przyjmuje służbę od siostry dyżurnej nocnej, podpisuje raport wspólnie z siostrą nocną, stwierdza zgodność inwentarza na salach chorych ze stanem podanym przez siostrę nocną. Ściele łóżka, porządkuje szafeczki przyłóżkowe, karmi ciężko chorych, sprawdza prace sanitariuszek na salach chorych. Jest obecna przy wizycie lekarskiej i opatrunkach, wykonuje zlecenia lekarskie, które należy wykonać na sali chorych. Do obowiązków siostry dziennej należy dostarczenie do laboratorium szpitalnego moczu każdego nowoprzybyłego chorego, oraz zaprowadzenie do pracowni rentgenowskiej, celem prześwietlenia klatki piersiowej. Poza tym stosownie do zleceń lekarza prowadzi chorych do badań specjalistycznych na inne oddziały. W porze obiadowej siostra dzienna karmi ciężko chorych.

Siostra dyżurna dzienna schodzi z dyżuru o godz. 15.00, zdając służbę siostrze popołudniowej, przy czym informuje ją o stanie chorych i wydanych zleceniach lekarskich. Siostra dyżurna popołudniowa dopilnowuje zachowania ciszy poobiedniej, jest obecna przy wizycie lekarskiej i opatrunkach, dozoruje prace sanitariuszek; pilnuje porządku w czasie odwiedzin, mierzy gorączkę chorym, wykonuje zlecenia lekarskie na sali. W czasie kolacji karmi ciężko chorych. Prześciela łóżka ciężko chorym i otacza ich specjalną opieką, czytając gazety lub książki. O godz. 20.00 siostra popołudniowa sprawdza obecność chorych na oddziale. O godz. 21.00 zmiana służby; siostra dyżurna popołudniowa oddaje służbę siostrze nocnej, przy czym sprawdzony zostaje inwentarz na salach chorych i spisany raport w księdze raportów. Siostra popołudniowa informuje siostrę nocną o stanie chorych i o zleceniach lekarskich.

Siostra dyżurna nocna dopilnowuje, żeby chorzy w przepisany czasie udali się na spoczynek. O godz. 22.00 gasi światło na salach chorych i pilnuje, żeby zachowana była

cisza. Kontroluje czystość na salach chorych i w ubikacjach. Siostra dyżurna nocna specjalną uwagę zwraca na ciężko chorych i pooperacyjnych, do pozostałych chorych zachodzi co dwie godziny. W razie nagłego zasląbnienia chorego wzywa dyżurnego lekarza z Izby Przyjęć. W przypadku stwierdzenia na oddziale nieporządku, którego nie może zlikwidować sama – wzywa oficera służbowego szpitala. Siostra dyżurna nocna melduje o stanie oddziału lekarzowi dyżurnemu w czasie jego obchodu wieczornego, względnie wyższym organom inspekcyjnym lekarskim. W czasie dyżuru siostra zobowiązana jest całą noc czuwać. O godz. 6.30 rano przystępuje do mierzenia gorączki chorym, którą zaznacza w karcie gorączkowej. Po pobudce porannej siostra nocna myje ciężko chorych. O godz. 7.00 zdaje służbę siostrze dziennej, informując ją o stanie chorych i o zleceniach lekarskich.

Obowiązki szefa oddziału.

1. Szef Oddziału jest kierownikiem fachowym i administracyjnym podległego mu personelu i chorych.
2. Odpowiada za całość inwentarza oddziałowego.
3. Jest odpowiedzialny za prowadzenie ksiąg działu administracyjnego i sanitarnego.
4. Rozplanowuje prace na oddziale.
5. Kontroluje porządek i czystość.
6. Z rana przeprowadza odprawę z podległym mu personelem.
7. Przeprowadza wizytę lekarską na salach chorych
8. Przeprowadza operacje.
9. Sprawdza personel dyżurujący.
10. Jest odpowiedzialny za fachowe prowadzenie historii chorób.
11. Reguluje prace w ambulatorium polikliniki.
12. Przedstawia chorych na Komisję Lekarską szpitalną.
13. Rozplanowuje względnie przeprowadza szkolenie podległego mu personelu.
14. Wypisuje chorych z oddziału.

Obowiązki ordynatora oddziału.

1. Ordynator jest obecny podczas wizyty lekarskiej.
2. Zastępuje szefa oddziału w czasie jego nieobecności.
3. Szkoli personel sanitarny pod kontrolą szefa oddziału.
4. Wykonuje operacje wspólnie z szefem oddziału.
5. Opisuje historie choroby.

6. Prowadzi ambulatorium oddziału.

Obowiązki siostry oddziałowej.

1. Siostra oddziałowa pomaga szefowi w prowadzeniu pracy administracyjnej na oddziale.
2. Jest obecna przy wizycie lekarskiej i wydaje zlecenia młodszym siostrom.
3. Jest odpowiedzialna przed szefem oddziału za ogólny porządek i czystość.
4. Przeprowadza szkolenie sióstr młodszych.
5. Jest kierowniczką fachową młodszych sióstr.
6. Robi odprawy młodszych sióstr celem podania zarządzeń otrzymanych od wyższej władzy.
7. Siostra oddziałowa pod kontrolą szefa oddziału ustala dyżury sióstr i sanitariuszek i reguluje ich prace.
8. Ma nadzór nad kancelarią oddziału.
9. Pod kierownictwem siostry oddziałowej raz w tygodniu odbywa się kąpiel chorych w łaźni szpitalnej i zmiana bielizny.

Obowiązki siostry opatrunkowej.

1. Wspólnie z lekarzem robi opatrunki chorym rano i w godzinach popołudniowych.
2. W godzinach porannych przedkłada lekarzowi spis leków, potrzebnych do użytku bieżącego; znosi receptariusze do podpisu zastępcy komendanta do spraw leczniczych, następnie oddaje do apteki szpitala i pobiera lekarstwa.
3. Dbą o czystość i porządek na sali opatrunkowej i w szafce aptecznej.
4. Przygotowuje materiał opatrunkowy.
5. Wydaje lekarstwa dla chorych młodszym siostrom.
6. Robi zastrzyki podskórne i domięśniowe.

Na oddziałach, gdzie nie ma siostry opatrunkowej czynności ad 2 i ad 5 wykonuje siostra oddziałowa.

Obowiązki siostry operacyjnej.

1. Przygotowuje puszkę z materiałem operacyjnym i oddaje ją do sterylizacji.
2. Sterylizuje narzędzia.
3. Przygotowuje chorego do operacji.
4. Instrumentuje w czasie operacji.
5. Dbą o porządek i czystość sali operacyjnej.

Obowiązki siostry gospodarczej.

1. Pod kierownictwem siostry oddziałowej siostra gospodarcza opiekuje się magazynem czystej i brudnej bielizny, dba o bezpieczeństwo powierzonego jej inwentarza oraz pilnuje porządku i czystości w magazynie.
2. W razie przybycia nowego chorego na oddział siostra gospodarcza wydaje siostrze dyżurnej koce, prześcieradła, piżamę i pantofle; jednocześnie siostra gospodarcza wpisuje wydany inwentarz do książki kontrolnej bielizny oddziałów, gdzie chory kwituje odbiór rzeczy.
3. Przy wypisaniu chorego siostra gospodarcza odbiera od niego koce, ręcznik i bieliznę pościelową i skreśla te rzeczy z książki kontrolnej bielizny oddziałów, po czym udaje się z chorym do ubieralni chorych, opuszczających szpital, gdzie dany chory zdaje jej bieliznę osobistą: piżamę, szlafrok i pantofle. Siostra gospodarcza skreśla odebrane rzeczy w książce kontrolnej bielizny oddziałów.
4. Raz w tygodniu siostra gospodarcza oddaje brudną bieliznę do prania. W pralni w magazynie bielizny brudnej siostra gospodarcza razem z magazynierem szpitalnym przelicza posortowaną bieliznę brudną oddziału, wpisuje ją do książki kontrolnej bielizny oddziału oddanej do prania, której przyjęcie podpisuje magazynier. Tą samą pozycję wpisuje się do księgi kontrolnej bielizny brudnej magazynu szpitalnego, oddanie której potwierdza swym podpisem siostra gospodarcza.
5. Raz w tygodniu siostra gospodarcza pobiera z magazynu szpitalnego bieliznę czystą na oddział, którą przelicza w obecności magazyniera szpitalnego i wpisuje do książki kontrolnej bielizny, przyjętej z prania na oddział, po czym magazynier szpitalny poświadcza w książce oddziałowej zdanie bielizny czystej. W ten sposób magazynier wpisuje a siostra gospodarcza kwituje odbiór tejże bielizny w książce kontrolnej magazynu szpitalnego.

Obowiązki siostry bufetowej.

1. Siostra bufetowa pod kontrolą siostry oddziałowej odpowiada za wyżywianie chorych i sprzęt kuchenny.
2. Z rana przed pierwszym śniadaniem siostra bufetowa rozdziela chleb, cukier i masło podając na oddzielnym spodeczku.
3. Udaje się z sanitariuszami do kuchni szpitalnej, gdzie otrzymuje porcje jedzenia gotowanego dla chorych.
4. W kuchni podręcznej oddziału rozdziela w obecności siostry dyżurnej posiłki wszystkim chorym.

5. Dopilnowuje mycia naczyń kuchennych przez sanitariuszki.
6. Dopilnowuje sanitariuszki przy sprzątanu kuchni.
7. Przynosi drugie śniadanie dla chorych, korzystających z diety sanatoryjnej.
8. Przynosi i rozdziela diety.
9. Kroi chleb na porcje do obiadu.
10. Udaje się z sanitariuszkami do kuchni szpitalnej po obiad.
11. Rozdziela obiad w obecności siostry dyżurnej i podaje chorym w stołówce, względnie posyła przez sanitariuszki porcje dla ciężko chorych i dla oficerów na sale.
12. Dopilnowuje porządku w kuchni.
13. Udaje się z sanitariuszkami do magazynu żywnościowego, celem pobrania prowiantu.
14. Udaje się z sanitariuszkami po kolację.
15. Rozdaje kolacje.
16. Dopilnowuje mycia naczyń i sprzątnięcia kuchni.

Przepisy o zachowaniu chorych i odwiedzaniu.

1. Chory po przybyciu na oddział szpitalny pozostaje w zależności służbowej od szefa oddziału i podlega regulaminowi szpitala.
2. Odwiedzanie chorych w szpitalu odbywa się dwa razy w tygodniu w ciągu dwóch godzin, w dniach i godzinach wyznaczonych przez komendanta szpitala.
3. Odwiedzający, po otrzymaniu informacji i przepustki oraz fartucha białego w Izbie Przyjęć, udaje się najbliższą drogą na oddział, na którym leży odwiedzany chory.
4. Odwiedzający powinien podporządkować się regulaminowi szpitalnemu, na który winien zwrócić uwagę personel szpitalny.
5. Wszelkie paczki przynoszona dla chorych kontroluje siostra oddziałowa względnie dyżurna, która kwalifikuje jakość produktów i zależnie od wskazań lekarskich doręcza choremu lub zwraca przynoszącemu.
6. Przynoszenie chorym napojów alkoholowych jest surowo wzbronione.
7. Na oddziale zakaźnym i położniczym odwiedzin nie ma.

Wychodzenie chorych poza zakład i samowolne opuszczanie.

1. Chorzy zasadniczo nie mają prawa opuszczania szpitala.
2. W wypadkach wyjątkowych za zgodą szefa oddziału i zezwoleniem komendanta szpitala chory może opuścić szpital po otrzymaniu specjalnej przepustki. Chory może opuścić szpital tylko w przepisowym umundurowaniu.

3. Chory, o ile opuści szpital samowolnie, podlega regulaminowi służby wewnętrznej oraz karom w nim przewidzianym.

Wypisywanie chorych.

1. Siostra oddziałowa otrzymuje od szefa oddziału zlecenie wypisania chorego ze szpitala.
2. Po otrzymaniu historii choroby wypisuje się dwa zaświadczenia, na których zaznacza się : nazwisko i imię chorego , imię ojca , datę przybycia, datę wypisania , ostateczne rozpoznanie, oraz wnioski dotyczące stanu zdrowia chorego. Gdy dany chory był na Komisji Lekarskiej wpisuje się wynik orzeczenia i numer, w wypadku, gdy chory nie był przedstawiony na Komisję Lekarską wpisuje się przepisaną ilość dni wypoczynku przy jednostce, względnie powrót do jednostki z określeniem „ zdolny do służby wojskowej”.
3. W księdze ruchu oddziału chorych wpisuje się rozpoznanie choroby, z jakim chory został zwolniony; czy był na Komisji Lekarskiej, czy był operowany, datę wypisania i dokąd został zwolniony.
4. Siostra oddziałowa znosi historie choroby razem z zaświadczeniami do szefa oddziału , celem sprawdzenia i zatwierdzenia.
5. Zostaje sporządzony wykaz imienny chorych wg wzoru z zaznaczeniem miejsca postoju jednostki i znosi się historie choroby z zaświadczeniami do Izby Przyjęć.
6. Wypisanie chorego zgłasza się oficerowi finansowemu, mundurowemu i żywnościowemu.
7. Następnego dnia siostra oddziałowa daje spis umundurowania chorego po poprzednim podpisaniu go siostrze gospodarczej, która na podstawie numeru spisu pobiera z magazynu bieliznę osobistą chorego, w której przybył do szpitala.
8. Siostra oddziałowa pobiera z kancelarii głównej przygotowane dnia poprzedniego zaświadczenia, podpisane przez zastępcę komendanta do spraw leczniczych, rozkaz wyjazdu i zlecenie na bezpłatny przejazd kolejną. Odebrane dokumenty siostra oddziałowa kwituje.
9. Od oficera mundurowego, finansowego i żywnościowego odbiera się przygotowane atestaty.
10. Do godz. 12.00 wszystkie dokumenty są na oddziale.
11. Przed obiadem chory pobiera suchy prowiant lub ryczałt na drogę na podstawie atestatu żywnościowego.
12. W godzinach popołudniowych siostra gospodarcza udaje się razem z chorym do magazynu depozytowego szpitala, gdzie pobiera umundurowanie chorego; następnie przechodzi z chorym do ubieralni, gdzie chory przebiera się i oddaje siostrze gospodarczej

bieliznę osobistą szpitalną, płaszczy, piżamę i pantofle. Siostra gospodarcza skreśla chorego z księgi kontrolnej bielizny oddziałowej.

13. Siostra oddziałowa udaje się do ubieralni i ma przygotowany wykaz imienny, na którym wyszczególnione jest, jakie dokumenty chory otrzymuje. Chory odbiera dokumenty i kwituje je.

14. Wykaz imienny chorych, wypisanych, pokwitowany przez chorego zanoszą do Izby Przyjęć.

15. Przed ostatecznym wyjściem chorych ze szpitala oficer pol.- wych. zbiera chorych i kontroluje ich stan umundurowania i wygląd zewnętrzny.

Przeniesienie do innego zakładu leczniczego.

Przy przeniesieniu chorego do innego szpitala lub zakładu leczniczego po uprzednim uzyskaniu zezwolenia władzy nadzorczej główna kancelaria sporządza odpis lub wyciąg z historii choroby i wraz z wszelkimi dodatkowymi badaniami, jak: zdjęcia rentgenowskie, klisze itp. przesyła do tego szpitala lub zakładu leczniczego, do którego chory odchodzi.

Izba Przyjęć zapisuje odejście chorego w księdze głównej chorych. W razie śmierci chorego zapis w księdze głównej chorych uzupełnia Izba Przyjęć na podstawie zawiadomienia o chorym. Kancelaria główna osobnym pismem zawiadamia oddział wojskowy, z którego pochodził zmarły, a zastępca komendanta szpitala do spraw pol.-wych. telegraficznie lub listownie zawiadamia najbliższą rodzinę o śmierci chorego i o dniu jego pogrzebu.

O każdym chorym przybyłym do szpitala komendant szpitala wysyła do oddziału wojskowego, z którego chory przybył – zawiadomienie o dacie przyjęcia go do szpitala.

Wypisywanie chorych.

Przy wypisywaniu chorego po ukończeniu leczenia lub w razie urlopowania go wprost ze szpitala, Izba Przyjęć otrzymuje z oddziału szpitalnego historię choroby wraz z dwoma zaświadczeniami: zaświadczenie o chorym odpowiednio wypełnione, w którym zaznaczono, jak długo chory przebywał w szpitalu, jego stan chorobowy oraz ostateczne wnioski, dotyczące jego stanu zdrowia (urlop, zwolnienia od służby, decyzje Okręgowej Komisji Lekarskiej). Zawiadomienie o chorym sporządza się w dwóch egzemplarzach. Na podstawie tych dokumentów Izba Przyjęć uzupełnia zapis w księdze głównej chorych, po czym przesyła wypełnione akta do kancelarii głównej dla przygotowania odpowiednich dokumentów. Po przeglądnięciu historii choroby przez zastępcę komendanta do spraw leczniczych i po podpisaniu przez niego zaświadczeń – jedno zaświadczenie o chorym zostaje wysłane do

jednostki wojskowej, z której chory przybył, drugie zaświadczenie zostaje w historii choroby, którą składa się do archiwum.

A r c h i w u m .

Archiwum szpitala wojskowego składa się z całego szeregu dokumentów, dotyczących bytności chorych w szpitalu. W pierwszym rzędzie są to historie chorób ze wszelkimi dodatkowymi badaniami wraz z drugim egzemplarzem zaświadczenia o chorym, protokoły sekcji anat.-pat. . Ponieważ historia choroby jest nader ważnym dokumentem, który obrazuje cały przebieg choroby chorego i końcowy wynik jego leczenia i na podstawie tego dokumentu zależne są losy przyszłe chorego żołnierza: jak: emerytura, inwalidztwo, zdolność do służby wojskowej itp., akta te powinny być pieczołowicie przechowywane, odpowiednio zabezpieczone i tak ułożone i posegregowane, by znalezienie odpowiedniego aktu nie przedstawiało żadnych trudności. Dlatego powinny być ułożone wg lat i miesięcy, zaprowadzony skorowidz do tych akt, a szafy muszą być pod zamknięciem, aby niepowołane osoby nie miały do nich dostępu.²

² CAW, sygn. 3735/39/3, Tok pracy w oddziałach szpitalnych.

Załącznik nr 3.

WYKAZ STANOWISK 111 SZPITALA REJONOWEGO W POZNANIU W 1964 R³

KOMENDA

komendant szpitala

zastępca komendanta ds. politycznych

zastępca komendanta ds. leczenia – kierownik przychodni

referent personalny ds. pracowników cywilnych

przełożona pielęgniarek

2 pomocnicy ds. mobilizacyjnych

IZBA PRZYJĘĆ

kierownik izby przyjęć

pielęgniarka oddziałowa i 4 pielęgniarki

2 sanitariuszy

1 referent – rejestrator

dezynfektor – magazynier depozytów

salowa

KANCELARIA

kierownik kancelarii

pisarz

statystyk medyczny

3 referentów

maszynistka

SEKCJA POLITYCZNA

kierownik sekcji – zastępca ds. politycznych

instruktor polityczny

radiomechanik

kierownik klubu i biblioteki

³ Archiwum 111 Szpitala Wojskowego, Wykaz stanowisk 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego w Poznaniu w roku 1964.

bibliotekarz – dekorator

DWA ODDZIAŁY CHORÓB WEWNĘTRZNYCH (100 łóżek)

2 ordynatorów

5 starszych asystentów

5 asystentów

kierownik laboratorium biochemicznego

pielęgniarka oddziałowa i 20 pielęgniarek, w tym 2 gospodarcze, 2 zabiegowe, 1 ambulatoryjna

20 salowych

ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ (70 łóżek)

ordynator

6 starszych asystentów

2 asystentów

Pielęgniarka oddziałowa i 17 pielęgniarek, w tym 1 gospodarcza i 2 ambulatoryjne

6 salowych

BLOK OPERACYJNY

kierownik bloku operacyjnego

1 asystent

8 pielęgniarek – oddziałowa, 4 operacyjne, 3 anestezjologiczne

2 sanitariuszy i 1 salowa

ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWEJ (40 łóżek)

ordynator

1 starszy asystent

2 asystentów – lekarzy ortopedów

Pielęgniarka oddziałowa i 11 pielęgniarek – 8 odcinkowych, 2 ambulatoryjne, 1 gospodarcza

8 salowych, 1 laborant gipsowy

ODDZIAŁ DERMATOLOGICZNY (40 łóżek)

ordynator

1 starszy asystent i 1 asystent – pracownik cywilny

pielęgniarka oddziałowa i 8 pielęgniarek, w tym 1 gospodarcza i 1 ambulatoryjna

6 salowych

ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŹNYCH (30 łóżek)

ordynator

1 asystent

pielęgniarka oddziałowa, 6 pielęgniarek, w tym 1 gospodarcza

ODDZIAŁ LARYNGOLOGICZNY (40 łóżek)

ordynator

1 starszy asystent i 1 asystent

Pielęgniarka oddziałowa, 8 pielęgniarek odcinkowych, 1 operacyjna, 1 opatrunkowa i 1 gospodarcza

5 salowych

ODDZIAŁ CHOROÓB OCZU (20 łóżek)

ordynator

1 starszy asystent i 2 asystentów

1 pielęgniarka operacyjna, 1 ambulatoryjna i 5 odcinkowych

2 salowe

ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY (30 łóżek)

ordynator

1 starszy asystent i 1 asystent

Starszy asystent psychiatra

Starszy asystent psycholog

pielęgniarka oddziałowa, 8 pielęgniarek, w tym 2 ambulatoryjne

4 salowe

ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNY (30 łóżek)

ordynator

2 starszych asystentów

pielęgniarka oddziałowa i 11 pielęgniarek, w tym 2 ambulatoryjne, 1 operacyjna i 1 gospodarcza

6 salowych

GABINET CHOROÓB DZIECIĘCYCH

kierownik gabinetu

1 starszy asystent

3 pielęgniarki, w tym 1 zabiegowa i 1 ambulatoryjna

2 położne

2 salowe

GABINET DENTYSTYCZNY

kierownik gabinetu

2 starszych asystentów i 4 asystentów

8 techników dentystycznych

5 pielęgniarek

2 salowe

GABINET RADIOLOGII LEKARSKIEJ

kierownik gabinetu

1 starszy asystent i 1 asystent

1 technik rentgenowski

3 laborantów

1 maszynistka

2 salowe

GABINET FIZYKOTERAPEUTYCZNY

kierownik gabinetu

3 pielęgniarki

1 mgr w.f.

1 masażysta

2 salowe

PRACOWNIA KLINICZNA

kierownik pracowni

1 starszy asystent

1 biolog - bakteriolog

6 techników medycznych

2 laborantów medycznych

2 referentów

2 pomoce laboratoryjne

1 salowa

TERENOWA EKIPA POMIARU NATĘŻEŃ

kierownik ekipy pomiarowej

pomocnik kierownika ekipy

elektromechanik

kierowca elektryk

PUNKT KRWIODAWSTWA

kierownik punktu

2 laborantów

1 pielęgniarka

1 salowa

APTEKA

kierownik apteki

1 starszy farmaceuta

8 farmaceutów

3 techników farmaceutycznych

1 księgowy

1 fasowaczka

1 salowa

1 starszy mechanik aparatury elektromedycznej

SEKCJA FINASÓW

kierownik sekcji – szef zaopatrzenia finansowego

1 starszy księgowy i 1 księgowy

KWATERMISTRZOSTWO

kwatermistrz

szefowie zaopatrzenia – żywnościowego i mundurowego

podoficerowie – żywnościowy i mundurowy

starszy pisarz – podoficer materiałów pędnych

referent

starszy księgowy i księgowy

maszynistka

dietetyczka

szatniarz

kucharz i pomoc kuchenna

PLUTON GOSPODARCZY

dowódca plutonu – magazynier mundurowy

magazynier żywnościowy

DRUŻYNA SAMOCHODOWA

Dowódca drużyny – mechanik samochodowy

5 kierowców

2 techników – konserwatorów samochodowych

Załącznik nr 4.

Stan osobowy kadry 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego w dniu 16.04.1975r⁴

Lp.	Stopień	Nazwisko i imię	Stanowisko
1.	płk	Jóźwiak Jerzy	Komendant Szpitala
2.	ppłk	Liśkiewicz Zbigniew	Z-ca d/s leczniczych
3.	ppłk	Bogatek Stefan	Z-ca ds. politycznych
4.	ppłk	Brett Andrzej	Kwatermistrz Szpitala
5.	ppłk	Talarowski Adam	Szef Sł. Medycznej
6.	mjr	Marcinkowski Tadeusz	St.Pom.Kom. ds. Org.-Mob.
7.	mjr	Wronowski Janusz	Pom.Kom. d/s Org.-Mob.
8.	kpt	Blinkiewicz Stanisław	Technik rentgenolog
9.	ppłk	Bogacki Zbigniew	Lekarz – chirurg
10.	ppłk	Bryła Roman	Ordynator Oddz. II Wewn.
11.	mjr	Bryk Jerzy	Lekarz – chirurg
12.	mjr	Misiewicz Jerzy	Instr. polityczny
13.	ppłk	Czekajewski Tadeusz	Lekarz stomatolog
14.	mjr	Cieślak Tadeusz	Kier. Przychodni Dziecięcej
15.	ppłk	Degórski Andrzej	Kierownik Laboratorium
16.	ppłk	Durkalec Jerzy	Ordynator Oddz.II Wewn.
17.	ppłk	Fahrenheit Henryk	Kierownik Fizykoterapii
18.	ppłk	Frencel Romuald	Członek GWKL
19.	ppłk	Gutowski Zdzisław	Ordynator Oddz. Ginekolog.
20.	mjr	Głowacz Stanisław	Lekarz anestezjolog
21.	ppłk	Gajewski Jeremi	Lekarz rentgenolog

⁴ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, Wykaz oficerów i podoficerów 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego – Poznań, sygn. 700/80/6.

22.	mjr	Jedlikowski Edward	Lekarz internista
23.	kpt	Ignaszak Ireneusz	Kierownik TEP
24.	ppłk	Kościński Roman	Ordynator Oddz. Dermatolog.
25.	ppłk	Klichowski Longin	Ordynator Oddz. Neurolog.
26.	mjr	Kretschmer Ryszard	Ordynator Oddz. Obserw.
27.	mjr	Królasik Zygmunt	Psycholog
28.	mjr	Kopras Marian	Lekarz dermatolog
29.	ppłk	Kowalski Antoni	Lekarz okulista
30.	mjr	Kędziora Zbigniew	Farmaceuta
31.	por.	Kucharski Andrzej	Farmaceuta
32.	por.	Komorowski Maria	Farmaceuta
33.	mjr	Lisiński Zbigniew	p.o. Kierownik Apteki
34.	mjr	Łojewski Piotr	Farmaceuta
35.	ppłk	Olejniczak Tadeusz	Kier. Gabinetu Stomatolog.
36.	płk	Machowski Jerzy	Przewodniczący GWKL
37.	ppłk	Marczewski Maksymilian	Ordynator Oddz. Chirurg.
38.	ppłk	Michalak Bolesław	Członek GWKL
39.	ppłk	Majchrzak Alfred	Lekarz chirurg
40.	mjr	Mucha Jan	Lekarz chirurg
41.	kpt.	Majewski Wiesław	Psycholog
42.	kpt.	Nowosiński Edward	Farmaceuta
43.	kpt.	Mikołajewski Zdzisław	Farmaceuta
44.	ppłk	Przychodzki Michał	Ord. Oddz. Chir. Urazowej
45.	kpt.	Pietrzyk Zdzisław	Szef Zaop. Żywnościowego
46.	kpt.	Pietkiewicz Wanda	Pielęgn. Gab. Fizykoterapii
47.	ppłk	Pach Kazimierz	Kier. Gab. Biochemicznego
48.	mjr	Płytnik Witold	Lekarz stomatolog
49.	ppłk	Pudlik Ryszard	Kierownik Gabinetu RTG
50.	mjr	Rutkowski Kazimierz	Lekarz internista
51.	mjr	Spelak Lucjan	Lekarz neurolog
52.	ppłk	Strzyżowski Józef	Ord. Oddz. Urologicznego
53.	mjr	Śałamacha Ryszard	Lekarz internista
53.	mjr	Wołoszczuk Stefan	Lekarz – Laboratorium
54.	ppłk	Szukalski Jerzy	Kier. Bloku Operacyjnego

55. ppłk	Skalbania Jan	Ord. Oddz. Laryngolog.
56. mjr	Śmigielski Tadeusz	Kier. Stacji Krwiodawstwa
57. kpt.	Kujaczyński Leonard	Ekipa Pomiarowa
58. kpt.	Wilczyński Mirosław	Lekarz Laryngolog
59. mjr	Wojdon Mieczysław	Kierownik Izby Przyjęć
60. kpt.	Wojcianowski Henryk	Kier. Warszt. Napr. Sprzętu Med.
61. ppłk	Zwyrzykowski Eugeniusz	Ord. Oddz. Chorób Oczu
62. mjr	Koziarek Stanisław	Lekarz internista
63. kpt.	Janusz Andrzej	Lekarz internista
64. por.	Wesołowski Aleksander	Lekarz chirurg
65. por.	Brząkała Józef	Szef Zaopatrzenia Mundurowego
66. por.	Guźniczak Leszek	Lekarz anestezjolog
67. por.	Puacz Józef	Lekarz stom. - kier. amb. dentyst.
68. por.	Ochociński Aleksander	Lekarz chirurg
69. ppłk	Dudek Stefan	Kier. Gr. Org. BZ
70. sierż. szt.	Białkowski Bolesław	Magazynier żywnościowy
71. st. sierż. szt.	Domek Tadeusz	Kierownik kancelarii
72. sierż. szt.	Kurzawski Henryk	Podoficer mundurowy
73. sierż. szt.	Królak Zenon	Kinoradiomechanik
74. sierż.	Kapustianek Jan	Mechanik
75. sierż. szt.	Jaworski Ryszard	St. pisarz kwatermistrza
76. st. sierż.	Jasiński Stanisław	D-ca drużyny samochodowej
77. sierż.	Łabuziński Eugeniusz	Podoficer żywnościowy
78. st. sierż.	Najdowski Edward	Magazynier mundurowy
79. st. sierż.	Nowak Józef	Mechanik warszt. napr. sprz. med.
80. sierż. szt.	Owocki Bronisław	Konserwator
81. sierż. szt.	Skrzypczak Tadeusz	Podoficer mag.
82. sierż.	Serdyński Jan	Konserwator
83. st. sierż.	Szymczykowski Melchior	Podoficer kwaterunkowy
84. sierż.	Wejksznier Bronisław	Instruktor p/poż.
85. st. sierż.	Wower Zdzisław	Konserwator
86. sierż.	Izaak Tadeusz	Kierownik WAK Nr 33
87. sierż. szt.	Sówka Aleksander	D-ca druž. łączności BZ
88. sierż. szt.	Nowicki Bogdan	D-ca stacji radiowej

Załącznik nr 5.

Kadra szpitala w roku 1985⁵

Lp.	Stopień	Nazwisko i imię
1.	płk	Józwiak Jerzy
2.	ppłk	Dudzić Tadeusz
3.	płk	Liśkiewicz Zbigniew
4.	płk	Gajewski Jeremi
5.	kpt	Gąsior Marian
6.	ppłk	Wołoszczuk Stefan
7.	ppłk	Budzyła Jan
8.	mjr	Michalak Wojciech
9.	płk	Rutkowski Kazimierz
10.	mjr	Andrzejewski Zdzisław
11.	mjr	Grzebalski Andrzej
12.	ppłk	Koziarek Stanisław
13.	płk	Marczewski Maksymilian
14.	ppłk	Bryk Jerzy
15.	ppłk	Ochociński Aleksander
16.	mjr	Krepski Bogdan
17.	kpt.	Drybański Piotr
18.	kpt.	Dutko Józef
19.	ppłk	Śleboda Bogdan
20.	ppłk	Mucha Jan
21.	mjr	Kuczyński Zbigniew

⁵ Filia Nr 2 Archiwum Wojsk Lądowych, sygn. 10176/96/8, Wykaz oficerów i podoficerów 111 Wojskowego Szpitala Rejonowego w Poznaniu.

22.	mjr	Kuchciński Wiktor
23.	płk	Skalbania Jan
24.	ppłk	Wilczyński Mirosław
25.	mjr	Puacz Józef
26.	płk	Kowalski Antoni
27.	mjr	Chudzicki Walenty
28.	ppłk	Soroko Wiktor
29.	ppłk	Kopras Marian
30.	ppłk	Spelak Lucjan
31.	mjr	Karwacki Jacek
32.	płk	Szukalski Jerzy
33.	mjr	Guźniczak Leszek
34.	mjr	Rosiecki Michał
35.	mjr	Pietrala Stanisław
36.	mjr	Stankiewicz Ryszard
37.	ppłk	Borowski Andrzej
38.	kpt.	Kuźniak Henryk
39.	płk	Kretschmer Ryszard
40.	mjr	Sierzputowski Bogdan
41.	ppłk	Bogacki Zbigniew
43.	ppłk	Głowacz Stanisław
44.	ppłk	Jedlikowski Edward
45.	ppłk	Pudlik Ryszard
46.	ppłk	Wesołowski Cyryl
47.	płk	Degórski Andrzej
48.	kpt.	Lipiński Lesław
49.	ppłk	Śmigielski Tadeusz
50.	ppłk	Cieślak Tadeusz
51.	ppłk	Siedlak Józef
52.	płk	Olejniczak Tadeusz
53.	por.	Barabasz Bartosz
54.	mjr	Musiej Włodzimierz
55.	ppłk	Majewski Wiesław
56.	ppłk	Wesołowski Aleksander

57.	płk	Talarowski Adam
58.	ppłk	Kędziora Zbigniew
59.	ppłk	Łojewski Piotr
60.	ppłk	Nowosiński Edward
61.	chor.	Domek Tadeusz
62.	kpt.	Maruszewski Jerzy
63.	por.	Wiśniewski Wojciech
64.	ppor.	Wichciński Grzegorz
65.	st.sierż.	Seredyński Jan
66.	plut.	Kochan Jan
67.	mjr	Kujaczyński Leonard
68.	chor.	Czwojda Walenty
69.	st. sierż. sztab.	Wower Zdzisław
70.	sierż.	Ignaciuk Włodzimierz
71.	plut.	Sydo Wociek
72.	chor. sztab.	Zbyrad Jan
73.	ppłk	Toms Kazimierz
74.	chor. sztab..	Giza Jerzy
75.	chor. sztab.	Andrzejewski Zdzisław
76.	chor.	Nowicki Bogdan
77.	sierż.sztab.	Łagoda Roman
78.	sierż.	Lipiec Józef
79.	sierż. sztab.	Jasiński Stanisław
80.	ppłk	Brett Andrzej
81.	kpt.	Spizewski Wiktor
82.	chor. sztab.	Brząkała Józef
83.	chor.	Jaworski Ryszard
84.	ppłk	Frańczuk Edward
85.	chor. sztab.	Tracz Jerzy
86.	por.	Jackowski Jerzy
87.	kpt.	Kurc Heliodor
88.	chor.	Poniewski Edward
99.	st. sierż.	Krauczukas Bolesław
90.	chor.	Kowalski Kazimierz

91.	mjr	Wiliński Andrzej
92.	mjr	Mańko Marian
93.	mjr	Wika Wojciech
94.	kpt.	Dąbrowicz Kazimierz
95.	kpt.	Cyna Adam
96.	mjr	Blinkiewicz Stanisław
97.	mjr	Zawada Marian
98.	mjr	Pasiński Zbigniew
99.	mjr	Rychlik Jerzy
100.	kpt.	Ziółkowski Wiesław
101.	kpt.	Strykowski Marek
102.	sierz. sztab.	Gruszczyński Roman
103.	ppor.	Łabuziński Eugeniusz
104.	st. sierż. szt.	Najdowski Edward
105.	sierz. sztab.	Przybylski Włodzimierz
106.	sierz. sztab.	Kacik Józef
107.	chor.	Królak Zenon
108.	chor.	Ossowski Kazimierz
119.	ppor.	Frąckiewicz Przemysław
110.	ppor.	Preczyński Grzegorz
111.	płk	Zimnik Remigiusz - kapelan garnizonowy

WAK

112.	ppłk	Skoczylas Stanisław
113.	st. sierż.	Łysionek Czesław

Pracownia Psychologiczna SOW

114.	ppłk	Królasik Zygmunt
------	------	------------------

Grupa Organizacyjno-Mobilizacyjna 6BSzF

115.	płk	Maćkowiak Zygmunt
116.	ppłk	Zajac Bronisław
117.	ppłk	Chuchała Stefan

Komisja Rejonowa

118.	płk	Machowski Jerzy
129.	ppłk	Frencel Romuald

Załącznik nr 6.

WYKAZ PUBLIKACJI PRACOWNIKÓW 111 WSR⁶

1. Hajek Włodzimierz, Leczenie ran wojennych, Nowiny Lekarskie, 1952, nr 7/8, s. 12-16.
2. Hajek Włodzimierz, W sprawie występowania zgorzeli gazowej, Nowiny Lekarskie, 1953, nr 6, s. 113-114.
3. Byliński Jerzy, Abram Marian, Reamputacja kończyn dolnych, Nowiny Lekarskie, 1953, nr 15, s. 275-277.
4. Kucharski Teofil, W sprawie patogenezy gruźlicy płuc u dorosłych, Nowiny Lekarskie, 1953, nr 17/18, s. 311-315.
5. Szajna Mieczysław, Myalgia epidemia, Nowiny Lekarskie, 1954, nr 1, s. 14-16.
6. Taniewski J., Podwójne widzenie w związku ze znieczuleniem przegrody nosa, Nowiny Lekarskie, 1954, nr 19, s. 294.
7. Taniewski J., O głuchocie czynnościowej, Lekarz Wojskowy, 1948, nr 1, s. 32-34.
8. Waligórski Witold, Uszkodzenie wojenne oczu, Lekarz Wojskowy, 1948, nr 2, s. 152-160.
9. Fidelski Ryszard, Problematyka grup krwi i konfliktów serologicznych, Lekarz Wojskowy, 1948, nr 4, s. 401-414.
10. Ziemięć Anna, O żółtaczkach zakaźnych, Polski Tygodnik Lekarski, 1948, nr 22, s. 676-680 i nr 32, s. 716-718.
11. Fidelski Ryszard, O zatruciach związkami węglowodorów aromatycznych, a w szczególności benzolem, na podstawie badań własnych przypadków, Lekarz Wojskowy, 1949, nr 1, s. 48-88.

⁶ Opracowano na podstawie czasopism medycznych zgromadzonych w bibliotece 111 WSR, bibliotece Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, zbiorach oficerów pracujących w poznańskim szpitalu wojskowym. Wykaz nie zawiera wszystkich publikacji pracowników szpitala wojskowego.

12. Małecki Jan, O postępach otochirurgii (z uwzględnieniem ich wpływu na orzecznictwo wojskowo-lekarskie), *Lekarz Wojskowy*, 1949, nr 3, s. 310-317.
13. Małecki Jan, Kleszczyki do podwiązki naczyń i przyrząd do szycia łuków podniebiennych własnej produkcji, *Lekarz Wojskowy*, 1949, nr 3, s. 322-323.
14. Małecki Jan, Zranienia wojenne szyi, *Lekarz Wojskowy* 1950, nr 3, s. 173-188,
15. Małecki Jan, Badania nad mechanizmami obronnymi błony śluzowej nosa i jam obocznych, *Otolaryngologia Polska*, 1950, T.4, nr 1,2, s. 65-150.
16. Fidelski Ryszard, Zagadnienia z dziedziny grup krwi i leczenia przetaczaniem krwi, *Polski Tygodnik Lekarski*, 1950, nr 9, s. 338-342 i nr 10, s. 379-382.
17. Fidelski Ryszard, Zagadnienie odczynów poprzetoczeniowych, *Szpitalnictwo Polskie*, 1950, nr 2/3, s. 277-291.
18. Fidelski Ryszard, Organizacja krwiodawstwa i krwiolecznictwa w czasie pokoju i wojny, *Szpitalnictwo Polskie*, 1950, nr 2,3, s. 321-338.
19. Fidelski Ryszard, Zarys leczenia przetaczaniem krwi, Warszawa 1950.
20. Hawrylinka Witold, Rzadki przypadek uczulenia na cibalginę, *Lekarz Wojskowy*, 1951, nr 6, s. 663-668.
21. Fidelski Ryszard, Zachowanie się składników upostaciowanych krwi w czasie konserwacji, *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 1951, nr 2, s. 241-263.
22. Gerwel Waław, Morfologiczne badania kości skroniowej płodów i noworodków. Przyczynek do etiopatogenezy zapalenia ucha środkowego niemowląt, w: *Rocznik Pomorskiej. Akademii Medycznej t. I*, Szczecin 1951, s. 55-87.
23. Gerwel Waław, Uszkodzenie więzadeł i łąkotek kolana w służbie wojskowej, *Lekarz Wojskowy* 1952, nr 1, s. 55-70.
24. Fidelski Ryszard, Znaczenie krwiolecznictwa w dobie obecnej, w: *Zjazd Lekarzy W.P.* 1951, Warszawa 1952, s. 387-417.
25. Małecki Jan, Bóle głowy na tle naczynioskurczowym, *Lekarz Wojskowy*, 1953, nr 6, s.519-525.
26. Małecki Jan, O stosowaniu podciśnienia w chirurgii ORL, *Lekarz Wojskowy*, 1953, nr 9, s. 772-774.
27. Przychodzki Michał, Uszkodzenia kostek i stawu skokowo-goleniowego w służbie wojskowej, *Lekarz Wojskowy*, 1953, nr12, s. 1058-1064.
28. Machowski Jerzy, Badania elektrokardiograficzne w praktyce wojskowo-lekarskiej, *Lekarz Wojskowy*, 1953, nr 12, s. 1078-1083.

29. Fidelski Ryszard, Spostrzeżenia nad zachowaniem się składników krwi oraz przebiegiem niektórych procesów biochemicznych w okresie konserwacji krwi, *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 1953, nr 4, s. 433-454.
30. Fidelski Ryszard, Organizacja krwiodawstwa i krwiolecznictwa w okresie pokoju i wojny, w: *Pamiętnik I Ogólnopolskiego Zjazdu Hematologów – Kraków 1950*, Warszawa 1953, s. 152-163.
31. Fidelski Ryszard, Zagadnienia odczynów poprzetoczeniowych,, w: *Pamiętnik I Ogólnopolskiego Zjazdu Hematologów – Kraków 1950*, warszawa 1953, s. 177-183.
32. Małecki Jan, Powikłania pochodzenia migdałkowego, *Lekarz Wojskowy* 1954, nr 2, s. 147-159.
33. Hoffman Stanisław, Audiometryczne badania słuchu u żołnierzy wojsk pancernych, *Lekarz Wojskowy*, 1954, nr 4, s. 338-343.
34. Rudnicki Tadeusz, Perspektywy rentgenoterapii w świetle nauki Pawłowa, *Lekarz Wojskowy*, 1954, nr 8, s. 744- 749.
35. Bittner Gabriel, Badania poziomu hałasu w szpitalu, *Lekarz Wojskowy*, 1954, nr 9, s. 807-816.
36. Małecki Jan, Samoistna odma mózgowa w przebiegu ropnia płata skroniowego, *Otolaryngologia Polska*, 1954, nr3, s. 225-228.
37. Małecki Jan, Urazy zatok przenikające do przedniego dołu czaszkowego, *Otolaryngologia Polska* 1954, nr 4, s. 309-318.
38. Fidelski Ryszard, Konserwowanie krwi, w: *Konserwowanie i przetaczanie krwi*, Warszawa 1954, s. 158-215.
39. Hoffman Stanisław, O współzależności badania słuchu różnymi sposobami, *Lekarz Wojskowy*, 1955, nr 2, s. 158-167.
40. Kościński Roman, Grzybica naskórkowa międzypalcowa u żołnierzy, *Lekarz Wojskowy*, 1955, nr 5, s. 447-449.
41. Rudnicki Tadeusz, Osteopetrosis (w świetle przypadku własnego), *Lekarz Wojskowy* 1955, nr 9, s. 844-849.
42. Bittner Gabriel, Badania nad urazami akustycznymi, *Medycyna Pracy*, 1955, nr 6, s. 383-401.
43. Bittner Gabriel, Plastyka perforacji przegrody nosa, *Otolaryngologia Polska* 1955, nr 1, s. 47-52.
44. Małecki Jan, Badania nad odczynowością naczynioruchową, *Otolaryngologia Polska*, 1955, nr 2, s. 111-124.

45. Przychodzki Michał, W sprawie złamań z przeciążenia, *Lekarz Wojskowy* 1956, nr 3, s. 267-270.
46. Mozolewski Erwin, W sprawie złamań zespołu jarzmowo-szczękowego, *Lekarz Wojskowy*, 1956, nr 5, s. 505-512.
47. Mozolewski Erwin, Transantralna operacja doszczętna zatok nosa, *Lekarz Wojskowy*, 1956, nr 6, s. 627-635.
48. Mozolewski Erwin, O wartości nakłucia zatoki czołowej sposobem Becka, *Lekarz Wojskowy*, 1956, nr 7, s. 713-722.
49. Bittner Gabriel, badania histobakteriologiczne migdałków, *Otolaryngologia Polska*, 1956, nr 2, s. 169-170.
50. Fidelski Ryszard, Małecki Jan, Preparat trombinowy i jego zastosowanie kliniczne, *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 1956, nr 12, s. 1925-1928.
51. Machowski Jerzy, Fidelski Ryszard, Międzybłoniak osierdzia (mesothelioma pericardii), *Polski Tygodnik Lekarski*, 1956, nr 43, s. 1837-1841).
52. Rudnicki Tadeusz, Sztuczne izotopy promieniotwórcze w radioterapii, *Lekarz Wojskowy*, 1957, nr 4, s. 338-348.
53. Rudnicki Tadeusz, Izotopowe metody badawcze w mikrobiologii, *Lekarz Wojskowy* 1957, nr 5, s. 423-431.
54. Rudnicki Tadeusz, Niektóre zagadnienia BHP z radioizotopami, *Lekarz Wojskowy*, 1957, nr 6, s. 545-550.
55. Pastelski Jerzy, Problemy pracy laboratoryjnej i oceny wyników badań, *Lekarz Wojskowy*, 1957, nr 11, s. 977-985.
56. Pastelski Jerzy, Stan, organizacja i perspektywy rozwoju analityki lekarskiej w naszym lecznictwie, *Zdrowie Publiczne*, 1957, nr 5, s. 407-414.
57. Pastelski Jerzy, Z badań nad genezą dyslipidemii w żółtaczkach, *Lekarz Wojskowy*, 1954, nr 4, s. 317-322.
58. Przychodzki Michał, Zwicnięcie kości półksiężycowatej nadgarstka, *Lekarz Wojskowy*, 1958, nr 11, s. 1045-1055.
59. Mozolewski Erwin, Operacja krzywego nosa, *Otolaryngologia Polska* 1958, nr 3, s. 271-282.
60. Małecki Jan, Bittner Gabriel, Histobakteriologische Untersuchungen von Tonsillenresten, *Monatschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie*, 1958, nr1.
61. Rzepecki Ludwik, Pourazowe zapalenie osierdzia, *Lekarz Wojskowy* 1959, nr 6, s. 712-715.

62. Wroński Anastazy, Oznaczenie fosforu obok wapnia w surowicy krwi, *Lekarz Wojskowy*, 1959, nr 9, s. 969-974.
63. Bittner Gabriel, W sprawie obecności drożdżowców w torbielach śluzówki zatok szczękowych. *Otolaryngologia Polska*, 1959, nr 1,2, s. 148-150.
64. Przychodzki Michał, Nawykowe zwicnięcie stopy, *Lekarz Wojskowy*, 1960, nr 1, s. 72-75.
65. Rzepecki Ludwik, Zastosowanie nowokainy w schorzeniach wieku podeszłego, *Lekarz Wojskowy*, 1960, nr 3, s. 285-289.
66. Kościński Roman, Fungistatyczne działanie in vitro niektórych alkaloidów glistnika – *Chelidonium maius* L., *Dissertationes Pharmaceuticae*, 1960, nr 1, s. 7-10.
67. Małecki Jan, Bittner Gabriel, Zespołowa metoda ryno-neurochirurgiczna w leczeniu złamań podstawy przedniego dołu czaszkowego, *Otolaryngologia Polska*, 1960, nr 1, s. 55-59.
68. Małecki Jan, Bittner Gabriel, Chirurgiczne leczenie złamań przedniego dołu czaszkowego, *Wiadomości Lekarskie*, 1960, nr 4, s. 255-278.
69. Małecki Jan, Bittner Gabriel, The Rhino-neurosurgical Method for Treating Skull Fractures Involving Paranasal Sinuses, *Acta Otolaryngologica (Stockholm)* 1960, T.51, s.494-500.
70. Przychodzki Michał, Rzadki przypadek złamania trzonu uda z przeciężenia, *Lekarz Wojskowy*, 1961, nr 1, s. 72-78.
71. Kościński Roman, Kliniczne próby leczenia preparatami z glistnika (*Chelidonium maius* L.) powierzchniowych grzybic skóry, *Lekarz Wojskowy* 1961, nr 3, s. 236-245.
72. Hawrylinka Witold, Przypadek uogólnionego liszaja lśniącego – przyczynek do etiologii tego zagadnienia, *Lekarz Wojskowy*, 1961, nr 4, s. 361-366.
73. Hawrylinka Witold, Sokołowski Franciszek, Wyniki leczenia niektórych grzybic naskórkowych kwaśną fuksyną oraz kwasem dehydrooctowym, *Lekarz Wojskowy*, 1961, nr 7, s. 685-691.
74. Rzepecki Ludwik, Próba bromosulfaleinowa i jej znaczenie w orzecznictwie wojskowo-lekarskim, *Lekarz Wojskowy*, 1961, nr 8, s. 771-774.
75. Marczewski Maksymilian, uchyłek dwunastnicy, *Lekarz Wojskowy*, 1961, nr 9, s. 878-887.
76. Sokołowski Franciszek, Gryzeofulwina – nowy lek w grzybicy naskórkowej kończyn i pachwin, *Lekarz Wojskowy*, 1961, nr 10, s. 960-964.

77. Rzepecki Ludwik, Odma opłucnowa samorodna pierwotna u żołnierzy, *Lekarz Wojskowy*, 1961, nr 10, s. 981-984.
78. Dębosz Kasper, Dwa przypadki ostrej methemoglobinemii polekowej, *Lekarz Wojskowy*, 1961, nr 11, s. 1088-1090.
79. Przychodzki Michał, Powikłania w przebiegu leczenia złamań zespalaniem śródszpikowym, *Lekarz Wojskowy*, 1961, nr 12, s. 1157-1168.
80. Rzepecki Ludwik, Rola heparyny w leczeniu miażdżycy, *Biuletyn informacyjny*, 1961, nr 2, s. 37-41.
81. Wroński Anastazy, Wpływ wysiłku fizycznego i zmęczenia na wydalenie uropepsyny, *Endokrynologia Polska* 1961, s. 95-103.
82. Przychodzki Michał, Uszkodzenie łąkotek – rozpoznawanie, leczenie, rokowanie i orzecznictwo, *Lekarz Wojskowy*, 1962, nr 1, s. 57-66.
83. Rzepecki Ludwik, Choroba Besniera, Boeckea i Schumanna u żołnierza, *Lekarz Wojskowy*, 1962, nr 2, s. 175-179.
84. Rzepecki Ludwik, Problem ostrej niewydolności nerek w wojsku, *Lekarz Wojskowy*, 1962, nr 5, s. 450-454.
85. Rzepecki Ludwik, Leczenie schorzeń układu krwiotwórczego i choroby popromiennej przeszczepianiem szpiku, *Lekarz Wojskowy*, 1963, nr 4, s. 331-335.
86. Rzepecki Ludwik, Przyczynę do toksycznego uszkodzenia wątroby, *Lekarz Wojskowy*, 1963, nr 8, s. 615-617.
87. Klichowski Longin, Przypadek urazowego wyrwania korzonków splotu barkowego z rdzenia kręgowego, *Lekarz Wojskowy*, 1963, nr 12, s. 901-904.
88. Rzepecki Ludwik, Hiperbilirubinemia pozapalna, *Lekarz Wojskowy*, 1963, nr 12, s. 905-907.
89. Bittner Gabriel, Die Rolle der Nebenhohlenschleimhaut bei den posttraumatischen intrakraniellen Infektionen, w: Bericht der Tagung über Oto-Neuro-Ophtalmologie von 11 bis 13 Okt. 1962 in Dresden. G. Thieme Verlag (1963), s. 45-50.
90. Klichowski Longin, Rwa kulszowa w praktyce lekarza wojskowego, *Lekarz Wojskowy*, 1964, nr 1, s. 26-32.
91. Skałbiana Jan, Zapalenie kości twarzy jako powikłania pourazowego ropnia przegrody nosa, *Lekarz Wojskowy* 1964, nr 1, s. 55-57.
92. Durkalec Jerzy, Wpływ wysiłku na ustrój w warunkach utrudnionej termoregulacji fizycznej, *Lekarz Wojskowy*, 1964, nr 2, s. 83-91.

93. Rzepecki Ludwik, Niedoczynność tarczycy u dorosłych, *Lekarz Wojskowy*, 1964, nr 4, s. 298-300.
94. Skrzypiński Zygmunt, Szukalski Jerzy, Przypadek bocznej skrzepochodnej torbieli szyi (*Cystis bronchogenes*), *Lekarz Wojskowy*, 1964, nr 4, s. 301-303.
95. Klichowski Longin, Przypadek odosobnionego porażenia nerwu piersiowego długiego, *Lekarz Wojskowy*, 1964, nr 6, s. 462-465.
96. Rzepecki Ludwik, Ostre zatrucie alkoholem metylowym, *Lekarz Wojskowy*, 1964, nr 8, s. 625-627.
97. Przychodzki Michał, Ireneusz Wierzejewski – twórca pierwszej katedry ortopedii w Polsce, *Chirurgia Narządu Ruchu i Ortopedia Polska*, 1964, zeszyt 2, s. 269-275.
98. Przychodzki Michał, Sześćsetlecie Uniwersytetu Jagiellońskiego. Znaczenie Wydziału Lekarskiego w rozwoju medycyny w Polsce, *Chirurgia Narządu Ruchu i Ortopedia Polska*, 1964, zeszyt 3, s. 315-321.
99. Knitter Tadeusz, Przypadek wrodzonej postaci korowego przerostu kości niemowląt (*hyperostosis corticalis infantum*), *Pediatrica Polska*, 1964, nr 4, s. 461-464.
100. Knitter Tadeusz, *Hyperostosis corticalis* (korowy przerost kości niemowląt), *Pediatrica Polska*, 1964, nr 4, s. 465-472.
101. Stalewski Jerzy, Resekcja tkanki płucnej w gruźlicy, *Polski Tygodnik lekarski*, 1964, nr 52, s. 2003-2005.
102. Przychodzki Michał, Historia ortopedii i rehabilitacji – choroby zawodowe narządu ruchu. Orzecznictwo inwalidzkie w chorobach narządu ruchu, w: *Ortopedia i Rehabilitacja* pod redakcją prof. W. Degi, Warszawa 1964, s. 11-17, 626-637, 896-906.
103. Skałbiana Jan. Modyfikacja próby fonendoskopowej dla wykrywania symulacji jednoustnej głuchoty, *Lekarz Wojskowy* 1965, nr 2, s. 101-102.
104. Skałbiana Jan, Wrodzona przetoka grzbietu nosa u żołnierza, *Lekarz Wojskowy*, 1965, nr 3, s. 203-205.
105. Klichowski Longin, Rozpoznawanie przewlekłych zatruc czteroeetylkiem ołowiu u personelu stykającego się z benzyną etylizowaną, *Lekarz Wojskowy*, 1965, nr 7, s. 566-570.
106. Durkalec Jerzy, Kretschmer Ryszard, Kortykosterydy w leczeniu toksycznego obrzęku płuc, *Lekarz Wojskowy* 1965, nr 8, s. 675-678.
107. Marczewski Maksymilian, Pierwotna torbiel przestrzeni pozaotrzewnowej, *Lekarz Wojskowy*, 1965, nr 9, s. 782-784.

108. Klichowski Longin, Wychowanie żołnierzy w aspekcie specyfiki atomowego pola walki, *Lekarz Wojskowy*, 1965, nr 10, s. 819-823.
109. Bryła Roman, Badania elektroforetyczne glikoproteidów w ostrej chorobie reumatycznej u żołnierzy, *Lekarz Wojskowy*, 1965, nr 11, s. 960-964.
110. Strzyżowski Józef, zagadnienia pracy służby zdrowia obrony terytorialnej kraju, *Lekarz Wojskowy (specj.)*, 1965, nr 1, s. 1-5.
111. Wroński Anastazy, Badania nad trwałością roztworów iniekcyjnych chlorowodoru papaweryny, *Biuletyn WAM*, 1965, zeszyt 2, s. 235-241.
112. Wroński Anastazy, Średnionapięciowa elektroforeza aminokwasów, *Chemia analityczna*, 1965, zeszyt 5, s. 1001-1006.
113. Skałbania Jan, Przypadek naczyniaka krwionośnego sitowia, *Otolaryngologia Polska*, 1965, nr 3, s. 403-405,
114. Bryła Roman, Glikoproteidy w płynach patologicznych, *Polski Tygodnik Lekarski*, 1965, nr 21, s. 757-760.
115. Skrzypiński Zygmunt, Bryła Roman, Siatkowiak plazmocytowi z „rozszczepionym” widmem białkowym, *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 1965, nr 5, s. 727-729.
116. Bryła Roman, Marczewski Maksymilian, Plamica piorunująca nadnerczowa na tle posocznicy pneumokokowej (zespół Watherhouse-Friderichsena), *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 1965, nr 6, s. 897-899.
117. Durkalec Jerzy, Balistokardiografia jako test pomocniczy w ocenie wpływu bodźców balneologicznych na układ krążenia u chorych z miażdżycą, *Wiadomości Uzdrawiskowe*, 1965, nr 2-4, s. 95-99.
118. Durkalec Jerzy, Krótkie fale stosowane na okolicę serca u osób zdrowych i u chorych z niewydolnością wieńcową, *Wiadomości Uzdrawiskowe*, 1965, nr 2-4, s. 485-487.
119. Rzepecki Ludwik, Profilaktyka i leczenie wstrząsu anafilaktycznego, *Lekarz Wojskowy*, 1966, nr 2, s. 142-148.
120. Przychodzki Michał, Szukalski Jerzy, Nowoczesne poglądy na amputację w obrębie kończyn dolnych, *Lekarz Wojskowy*, 1966, nr 4, s. 329-333.
121. Durkalec Jerzy, Kretschmer Ryszard, Zmiany zawartości wody w krwinkach czerwonych pod wpływem wysiłku fizycznego, *Lekarz Wojskowy*, 1966, nr 10, s. 918-920.

122. Wroński Anastazy, Sposób rozdzielania aminokwasów przy pomocy średnionapięciowej jonoforezy oraz urządzenie do stosowania tego sposobu, Biuletyn Informacyjny Wojskowej Informacji Technicznej i Ekonomicznej, 1966, nr 2, s. 16-19.
123. Wroński Anastazy, Oddzielenie histaminy od aminokwasów za pomocą jonoforezy, Chemia Analityczna, 1966, zeszyt 5, s. 957-960.
124. Przychodzki Michał, Bezgipsowe czynnościowe leczenie kompresyjnych złamań stabilnych kręgosłupa, Chirurgia Narządu Ruchu i Ortopedia Polska, 1966, zeszyt 6, s. 647-652.
125. Polaczek-Kornecki Tadeusz, Szukalski Jerzy, Odcinkowe znieczulenie dożylne w chirurgii ręki, Polski Przegląd Chirurgiczny, 1966, nr 9, s. 968-971.
126. Polaczek-Kornecki Tadeusz, Bogacki Zbigniew, Leczenie niedomogi oddechowej w przebiegu ostrego zatrucia alkoholem etylowym, Polski Tygodnik Lekarski, 1966, nr 36, s. 1369-1372.
127. Kościński Roman, Paluszyński Janusz, Przypadek masowego zachorowania na grzybicę strzygącą powierzchowna u żołnierzy zatrudnionych przy pracach rolnych, Lekarz Wojskowy, 1967, nr 8, s. 669-671.
128. Bryła Roman, Glikoproteidogram w niektórych chorobach narządu oddechowego, Gruźlica i choroby płuc, 1967, nr 7, s. 651-655.
129. Polaczek-Kornecki Tadeusz, Marczewski Maksymilian, Urazowe stłuczenie płuca w następstwie nie przenikającego postrzału klatki piersiowej, Polski Tygodnik Lekarski, 1967, nr 1, s. 26-27.
130. Durkalec Jerzy, Kretschmer Ryszard, Wpływ termicznych bodźców kąpielowych na oczyszczanie z kreatyniny endogennej i wchłanianie cewkowe wody u chorych z miażdżycą i u osób ze zdrowym układem krążenia, Polski Tygodnik Lekarski, 1967, nr 25, s. 957-959.
131. Bryła Roman, Badania elektroforetyczne glikoproteidów moczu i surowicy w niektórych chorobach nerek, Polski Tygodnik Lekarski, 1967, nr 32, s. 1213-1216.
132. Bryła Roman, Glikoproteinogram w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby, Polskie archiwum Medycyny Wewnętrznej, 1967, nr 4, s. 403-408.
133. Polaczek-Kornecki Tadeusz, Bogacki Zbigniew, Die Behandlung von Ateminsuffizienz bei akuter Alkoholvergiftung, Der Anaesthetist, 1967, nr 3, s. 80-83.
134. Białek Edmund, Skałbiana Jan, Chirurgiczne doszczętne leczenie wrodzonych zupełnych bocznych przetok szyi, Lekarz Wojskowy 1968, nr 1, s. 50-52.

135. Skałbania Jan, Leczenie chirurgiczne nadmiernie odstających małżowin usznych u żołnierzy, *Lekarz Wojskowy*, 1968, nr 2, s. 127-131.
136. Śmigielski Tadeusz, Niziołek Marian, krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego na podstawie analizy przypadków z lat 1963-1967 w Szpitalu Wojskowym w Poznaniu, *Lekarz Wojskowy*, 1968, nr 3, s. 193-195.
137. Klichowski Longin, Wyniki badań pracowników służby MPS narażonych na przewlekłe zatrucie czteroetylką ołowiu, *Lekarz Wojskowy*, 1968, nr 4, s. 259-264.
138. Kościński Roman, Paluszynski Janusz, Uwagi w sprawie leczenia chorych na kiłę pierwszorzędową, *Lekarz Wojskowy* 1968, nr 6, s. 471-475.
139. Klichowski Longin, Niedorozwój umysłowy u żołnierzy na tle współczesnych poglądów na inteligencję, *Lekarz Wojskowy* 1968, nr 12, s. 1045-1049.
140. Bryła Roman, Wpływ leczenia uzdrowiskowego w klimacie nadmorskim na zachowanie się frakcji glikoproteinowych u chorych na krzemicę płuc, *Balneologia Polska*, 1968, zeszyt 1, s. 43-47.
141. Bryła Roman, Wpływ czynników klimatycznych na wyniki talasoterapii chorych z krzemicą płuc, *Balneologia Polska*, 1968, zeszyt 2,3,4, s. 169-167.
142. Białek Edmund, Skałbania Jan, Przypadek pourazowej torbieli zastoinowej języka(glossocèle), *Czasopismo stomatologiczne*, 1968, nr 3, s. 295-297.
143. Wroński Anastazy, Degórski Andrzej, Zastosowanie metody impregnatowej do oznaczania żelaza w materiale biologicznym w warunkach rutynowego laboratorium, *diagnostyka Laboratoryjna*, 1968, nr 3, s. 267-272.
144. Białek Edmund, Skałbania Jan, Przypadek ciała obcego w lewym oskrzeli głównym u 2-letniego dziecka, *Gruźlica i Choroby Płuc*, 1968, nr 5, s. 493-494.
145. Białek Edmund, Rochowicz Alfons, Mnogie brodawczaki tchawicy, *Gruźlica i Choroby Płuc*, 1968, nr 6, s. 583-585.
146. Bryła Roman, Lipoproteidogram moczu i surowicy w niektórych chorobach nerek, *Polski Tygodnik Lekarski*, 1968, nr 1, s. 7-9.
147. Durkalec Jerzy, Daszyńska Maria, wpływ treningu sportowego na odruchowy skurcz mięśni szkieletowych – badania refleksograficzne, *Wychowanie Fizyczne i Sport*, 1968, nr 1, s. 29-31.
148. Kałużna Łucja, Role de la deglutition anormale dans l'etiology des anomalies antero-posterieures. *Revue de Stomatologie (Paris)*, 1969, nr 6, s. 503-508.

149. Durkalec Jerzy, Fizykoterapia kliniczna. Rozdz. XVI: Choroby układu oddechowego w: Fizykoterapia ogólna i kliniczna pod red. Prof. dr J. Jankowiaka, Warszawa 1968, s. 309-323.
150. Przychodzki Michał, Historia Ortopedii i Rehabilitacji Polskiej. Choroby zawodowe narządu ruchu. Orzecznictwo inwalidzkie w chorobach narządu ruchu. W: Ortopedia i Rehabilitacja pod red. Prof. dr W. Degi, Wyd. II popraw., Warszawa 1968, s. 1-8, 624-635, 893-905.
151. Skałbiana Jan, Badania nad zdolnością lokalizacji dźwiękowej w urazach akustycznych w wojsku, Lekarz Wojskowy, 1969, nr 1, s. 17-24.
152. Klichowski Longin, Kilka uwag na temat organizacji i zakresu pracy nowo utworzonych poradni zdrowia psychicznego w wojsku, lekarz Wojskowy, 1969, nr 2, s. 94-96.
153. Rzepecki Ludwik, Niziołek Marian, Przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek w świetle obserwacji przypadków leczonych w Szpitalu Wojskowym w Poznaniu, Lekarz Wojskowy 1969, nr 3, s. 222-225.
154. Durkalec Jerzy, Kretschmer Ryszard, Wpływ wysiłku fizycznego na zawartość elektrolitów w krwinkach czerwonych, Lekarz Wojskowy, 1969, nr 4, s. 303-306.
155. Skrzypiński Zygmunt, Zaburzenia wydzielnicze żołądka w przypadku heterotopii tkanki trzustkowej, Lekarz Wojskowy, 1969, nr 4, s. 340-342.
156. Klichowski Longin, Mimowolne moczenie nocne w praktyce lekarza wojskowego Lekarz Wojskowy, 1969, nr 6, 558-563.
157. Olejniczak Tadeusz, Przewoźna-Stroińska Stefania, Dwa przypadki skrzepopochodnej bocznej torbieli szyi u żołnierzy, Lekarz Wojskowy, 1969, nr 7, s. 659-661.
158. Olejniczak Tadeusz, Paradontopatia u żołnierzy służby zasadniczej (doniesienie wstępne), Lekarz Wojskowy, 1969, nr 8, s. 688-690.
159. Przychodzki Michał, Śródkorowa implantacja przeszczepów jako sposób leczenia stawów rzekomych piszczeli, Lekarz Wojskowy, 1969, nr 8, s. 729-734.
160. Rudnicki Paweł, Krótki zarys historii i osiągnięć Szpitala Wojskowego w Poznaniu w zakresie lecznictwa, pracy naukowej, i działalności społeczno-politycznej, Lekarz Wojskowy, 1969, nr 9, s. 822-825.
161. Wroński Anastazy, Degórski Andrzej, Możliwość zastosowania średnionapięciowej jonoforezy aminokwasów w diagnostyce enzymologicznej chorób wątroby, Lekarz Wojskowy, 1969, nr 11, s. 957-962.

162. Szukalski Jerzy, Niektóre zagadnienia współczesnej anestezjologii z uwzględnieniem specyficznych warunków polowych, *Lekarz Wojskowy*, 1969, nr 12, s. 1031-1035.
163. Rzepecki Ludwik, Szelak Lucjan, Niziołek Marian, Przypadek zawału mięśnia sercowego z zaburzeniami krążenia mózgowego, *Lekarz Wojskowy*, 1969, nr 12, s. 1087-1090.
164. Przychodzki Michał, Złamania trójkostkowe z podwichnięciem stopy leczone metodą Sokołowskiego, *Lekarz Wojskowy*, 1969, nr 12, s. 1100-1105.
165. Kędziora Elżbieta, Analiza samowolnych oddaleń u 50 żołnierzy służby zasadniczej, *Lekarz Wojskowy (specj.)*, 1969, nr 1, s. 58-66.
166. Wroński Anastazy, Rozdzielenie niektórych amin i aminokwasów w mieszaninie za pomocą średnionapięciowej jonoforezy, *Chemia Analityczna*, 1969, zeszyt 4, s. 837- 840.
167. Wroński Anastazy, Rozdzielenie niektórych peptydów i aminokwasów za pomocą średnionapięciowej jonoforezy i chromatografii podziałowej, *Chemia Analityczna*, 1969, zeszyt 4, s. 841-846.
168. Wroński Anastazy, Rozdzielenie złożonej mieszaniny związków ninhydrynopozytywnych za pomocą średnionapięciowej jonoforezy i chromatografii podziałowej, *Chemia Analityczna*, 1969, zeszyt 5, s. 1190-1192.
169. Durkalec Jerzy, Kretschmer Ryszard, Wpływ wysiłku fizycznego na uwodnienie krwinek czerwonych i osocza u ludzi zdrowych, *Medycyna Pracy*, 1969, nr 1, s. 50-52.
170. Marczewski Maksymilian, Urazowe oderwanie oskrzeli głównych, *Medycyna Doświadczalna*, 1969, t.40, s. 147-164.
171. Marczewski Maksymilian, Zakrzep żyły pachowej i podobojczykowej, *Polski Tygodnik Lekarski*, 1969, nr 48, s. 1854-1856.
172. Machowski Jerzy, Wybrane zagadnienia z historii służby zdrowia ludowego Wojska Polskiego, *Lekarz Wojskowy*, 1970, nr 1, s. 72-75
173. Rzepecki Ludwik, Niziołek Marian, Przypadek odosobnionej gruźlicy wątroby, *Lekarz Wojskowy*, 1970, nr 2, s 147.
174. Sokołowski Franciszek, Przypadek gruźlicy toczniowej powieki, *Lekarz Wojskowy*, 1970, nr 2, s 266.
175. Wroński Anastazy, Zastosowanie średnionapięciowej jonoforezy związków ninhydrynopozytywnych w biochemii klinicznej, *Lekarz Wojskowy*, 1970, nr 4, s313.

176. Niziołek M., Filipowski W., Frencel R., Przypadek trias fragilitas ossium hereditaria, *Lekarz Wojskowy*, 1970, nr 4, s. 354.
177. Mrzygłód S., Zwyrzykowski E., Wpływ warunków ćwiczeń na narząd wzroku załóg transporterów opancerzonych, *Lekarz Wojskowy*, 1970, nr 5, s. 391.
178. Machowski J., Bibliografia medyczna Szpitala Wojskowego w Poznaniu, *Lekarz Wojskowy*, 1970, nr 7, s. 685.
179. Niziołek M., Świerkocki T., Choroba reumatyczna u żołnierzy służby zasadniczej leczonych w Oddziale I Wewnętrznym Szpitala Wojskowego w Poznaniu, *Lekarz Wojskowy*, 1970, nr 8, s. 743.
180. Rudnicki T., Wroński A., Wpływ promieniowania jonizującego na płód. Struktura białek surowicy krwi u zwierząt napromienionych w życiu płodowym, *Acta Physiologica Pol.*, 1970, nr 6, s. 785.
181. Bryła R., Dzierżyński M., Badania elektroforetyczne lipoproteidów i białek w surowicy u chorych z krzemicą płuc przed i po leczeniu uzdrowiskowym w klimacie nadmorskim, *Balneologia Polska*, 1970, nr ½, s. 91.
182. Sokołowski F., Stawiński K., Zespół Stevens-Johnsona w świetle piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń klinicznych od 1960 do 1969 r., *Czasopismo Stomatologiczne*, 1970, nr 12, s. 1345.
183. Wroński A., Jonoforeza niektórych związków ninhydrynopozytywnych, *Diagnostyka Laboratoryjna*, 1970, nr 2, s. 193.
184. Rudnicki T., Wroński A., Aminotransferazy surowicy krwi szczura w przebiegu ostrej choroby popromiennej, *Nukleonika*, 1970, nr 7-8, s. 547.
185. Rudnicki T., Wroński A., Aminotransferazy AspAT i AlaAT w surowicy krwi letalnie napromienionych szczurów, *Nukleonika*, 1970, nr 9-10, s. 701.
186. Skałbana J., Skórnicki R., Spelak L., W sprawie powikłań mózgowych po nakłuciu zatoki szczękowej, *Polski Tygodnik Lekarski*, 1970, nr 29, s. 1092.
187. Durkalec J., Mikołajczyk-Toboła Z., Wpływ niektórych zabiegów fizjoterapeutycznych na amplitudę krzywej balistokardiogramu u osób z nadciśnieniem tętniczym i miażdżycowym uszkodzeniem serca, *Polski Tygodnik Lekarski*, 1970, nr 40, s. 1487.
188. Wroński A., zastosowanie średnionapięciowej jonoforezy w biochemii klinicznej, *Służba Zdrowia*, 1970, nr 24, s. 6.
189. Seńczuk W., Młynarczyk W., Wroński A., Ilościowe oznaczanie aminokwasów w oparciu na jonoforezie średnionapięciowej i chromatografii

- podziałowej, Zeszyty Naukowe Bromatologii i Chemii Toksykologicznej, 1970, nr 1, s. 81.
190. Skałbania J., Lokalizacja dźwiękowa i objaw wyrównania głośności w urazach akustycznych, w: Pamiętnik XXVII Otolaryngologów Polskich w Katowicach 1968, Warszawa 1970, s.183.
 191. Strzyżowski J., Choroby urologiczne w położnictwie, w: Położnictwo, pod red. Prof. dr W. Michalkiewicza, Warszawa 1970, s. 467.
 192. Mączyński B., Przypadek encefalopatii po ostrym zatruciu tlenkiem węgla, Lekarz Wojskowy, 1971, nr 1, s. 67.
 193. Durkalec J., Gładysz J., Przypadek międzybłoniaka otrzewnej (mesothelioma peritonei), Lekarz Wojskowy 1971, nr2, s. 171.
 194. Kretschmer R., Przypadek Choroby Weber-Christiana leczony tanderilem, Lekarz Wojskowy, 1971, nr 3, s. 278.
 195. Skałbania J., Wilczyński M., Przypadek półpaśca usznego u żołnierza, Lekarz Wojskowy 1971, nr 3, s. 285.
 196. Wroński A., Oznaczanie aktywności trójpeptydazyglicylo-leucylo-tyrozynowej (GLTTP) w surowicy i krwinkach czerwonych, Lekarz Wojskowy, 1971, nr 4, s. 329.
 197. Marczewski M., Skałbania J., Przypadek ciała obcego przestrzeni pozagardłowej, Lekarz Wojskowy, 1971, nr 4, s. 373.
 198. Przybylska B., Wroński A., Stolik chromatograficzny do nanoszenia prób, Lekarz Wojskowy 1971, nr 4, s. 397.
 199. Klichowski L., Fizjopatologia strachu, Lekarz Wojskowy, 1971, nr 5, s. 457.
 200. Sokołowski F., Niesztowice u żołnierzy w świetle własnych spostrzeżeń, Lekarz Wojskowy, 1971, nr 5, s. 468.
 201. Klichowski L., Niektóre zagadnienia wychowania i przystosowania żołnierzy do wymogów działań bojowych współczesnej wojny, Lekarz Wojskowy 1971, nr 8, s. 785.
 202. Przychodzki M., Leczenie i usprawnianie chorych po zespoleniu śródszpikowym złamań uda, prowadzonych bezgipsowo, Lekarz Wojskowy, 1971, nr 8, s. 818.
 203. Spelak L., Skórnicki R., Zaburzenia węchu w urazach czaszkowo-mózgowych, Lekarz Wojskowy, 1971, nr 8, s. 823.

204. Klichowski L., Encefalopatia z zespołem otępiennym w następstwie śmierci klinicznej w przebiegu ostrego ciężkiego zatrucia gazami spalinowymi, *Lekarz Wojskowy* 1971, nr10, s. 994.
205. Durkalec J., Kościński R., Agranulocytoza z erytrodemią po kolcemidzie u chorego z dną moczanową, *Polski Tygodnik Lekarski*, 1971., nr 27, s. 1048.
206. Wroński A., Degórski A., Rozdzielanie związków ninhydrynopozytywnych w moczu za pomocą połączonych metod średnionapięciowej jonoforezy i chromatografii podziałowej, *Przegląd lekarski*, 1971, nr 7, s. 488.
207. Wroński A., Knitter T., Zastosowanie połączonych metod średnionapięciowej jonoforezy i chromatografii podziałowej na bibule do rozdzielania aminokwasów w surowicy krwi ludzkiej *Przegląd Lekarski* 1971, nr 7, s. 491.
208. Sokołowski F., Anwendung der Gewebekleber bei dermatologischen Veranden, *Dermatolog. Mtschr.* , 1971, nr 2, s. 133.
209. Wroński A., Methode zur Abtrennung von Glutation neben freien Aminosäuren in Erythrozyten, *Ztschr. Med. Labortechnik*, 1971, nr. 3, s. 151.
210. Durkalec J. Leczenie uzdrowiskowe chorób dolnych dróg oddechowych, w: *Balneologia Kliniczna* pod red. prof. dr J. Jankowiaka, Wyd. II, Warszawa, 1971, s. 272.
211. Niziołek M., Jedlikowski E., Przypadek wypadania błony śluzowej żołądka do dwunastnicy, *Lekarz Wojskowy*, 1972, nr 3, s 270.
212. Dec W., Jóźwiak J., Wstępna ocena preparatu femigen stosowanego w celach antykoncepcyjnych, *Biuletyn WAM*, 1972, nr 2, s. 262.
213. Durkalec J., Wpływ termicznych bodźców kąpielowych na zawartość elektrolitów w krwinkach czerwonych, *Balneologia Polska*, 1972, nr1,2, s. 47.
214. Durkalec J, Górniok A., Kretschmer R., Latour K., Wpływ wodnego wyciągu borowiny na niektóre wskaźniki chemiczne treści żołądkowej u osób zdrowych, *Balneologia Polska*, 1972, nr 1/2., s. 51.
215. Dzierżyński M., Bryła R., Wyniki niektórych badań klinicznych i biochemicznych u chorych ze zwężającym stwardnieniem i zwężającym zapaleniem tętnic leczonych kąpielami z bezwodnego kwasu węglowego, *Balneologia Polska*, 1972, nr 1/2, s. 59.
216. Durkalec J., Zastosowanie wody mineralnej „Aleksandra” z Wysowej oraz tabletkowanej soli tej wody mineralnej w leczeniu choroby wrzodowej dwunastnicy, *Balneologia Polska*, 1972, nr 4, s. 421.

217. Wroński A., Ilościowe oznaczanie złożonej mieszaniny aminokwasów w oparciu o średnionapięciową jonoforezę i chromatografię podziałowa, *Diagnostyka Laboratoryjna*, 1972, nr 1, s. 61.
218. Sokołowski F., Zastosowanie klejów tkankowych w niektórych opatrunkach dermatologicznych, *Polimery w Medycynie*, 1972, nr 27, s. 1051.
219. Kościński R., Durkalec J., Uogólniony półpasiec w przebiegu przewlekłej białaczki szpikowej, *Polski Tygodnik Lekarski*, 1972, nr 27, s. 1051.
220. Durkalec J., Fizykoterapia chorób układu oddechowego, w: *Fizykoterapia ogólna i kliniczna* pod red. prof. dr J. Jankowiaka, Wyd. II, Warszawa, 1972, s. 314.
221. Machowski J., Degórski A., Rola i znaczenie lekarza w życiu społeczno-kulturalnym wojska, w: *Modelowanie i model oficera wojskowej służby zdrowia. Materiały II Konferencji Naukowo-Szkoleniowej IKP WAM*, grudzień 1969, Warszawa, 1972, s. 95.
222. Durkalec J., Kretschmer R., Bryk J., Problemy adaptacji lekarza cywilnego do warunków okresowej służby wojskowej, w: *Modelowanie i model oficera wojskowej służby zdrowia, Materiały II Konferencji Naukowo-Szkoleniowej IKP WAM*, grudzień 1969, Warszawa, 1972, s. 281.
223. Przychodzki M., Ratowanie życia, w: *Wielkopole w roku 1945*, Poznań 1972, s. 223.
224. Strzyżowski J., Chirurgia polowa, skrypty: Istota, zadania i organizacja leczenia chirurgicznego w warunkach wojennych; Segregacja chirurgiczna na etapach ewakuacji medycznej; aseptyka i antyseptyka; Znieczulenia; Rany i ich leczenie; Zakażenia przyranne; Wstrząs pourazowy; Krwotok, tamowanie krwotoków; Przetaczanie krwi i płynów krwiozastępczych; Oparzenia; Odmrożenia; Uszkodzenia układu kostno-stawowego; Uszkodzenia i zranienia klatki piersiowej; Uszkodzenia brzucha; Uszkodzenia narządów układu moczopłciowego; Uszkodzenia ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, Uszkodzenia mieszane, czyli tzw. miksty we współczesnej wojnie, Poznań, 1972.
225. Olejniczak T., Higiena jamy ustnej u żołnierzy służby zasadniczej w świetle wskaźnika OHI-S, *Lekarz Wojskowy*, 1973, nr 3, s. 237.
226. Sykała S., Zaburzone wydzielanie błon śluzowych jako wspólne tło nieżytowych schorzeń przewodu pokarmowego i paradontopatii, *Lekarz Wojskowy*, 1973, nr 4, s. 341.

227. Jedlikowski E., Niziołek M., Gładysz J., Zespół Marchanda-Waterhouse-Friderichsena (ostra niewydolność nadnerczy) , Lekarz Wojskowy, 1973, nr 10, s. 886.
228. Brzeziński T., Spelak L., Wpływ jednorazowej kąpieli radonowo-siarczkowej ze źródła „Jerzy” w Łądku Zdroju na zachowanie się ciepłoty ciała, tętna i ciśnienie krwi u zdrowych mężczyzn, Lekarz Wojskowy, 1973, nr 11, s. 927.
229. Przychodzki M., Górską L., Urazowe obrażenia czaszkowo-mózgowe, Lekarz Wojskowy, 1973, nr 12, s. 994.
230. Szpakowski M., Jóźwiak J., Wpływ miejsca przyczepu pępowiny i typu przebiegu naczyń w obrębie łożyska na ciężar ciała płodu, Biuletyn Wam, 1973, nr 4, s. 655.
231. Barancewicz J., Degórski A., Durkalec J., Kretschmer R., Niemiec S., Ocena stanu rozwoju somatycznego i wydolności fizycznej studentów pierwszego roku WSOWPanc. W oparciu o badania antropometryczne, polikardiograficzne, hematologiczne i biochemiczne, Biuletyn WAM, Suplement II. Zagadnienia medycyny klinicznej, zeszyt 73, Łódź 1973.
232. Durkalec J., Kretschmer R., Badania hemodynamiczne u osób z chorobą wieńcową przed i po leczeniu uzdrowiskowym, Balneologia Polska, 1973, nr 1-3, s.287.
233. Przychodzki M., Leczenie zachowawcze podskórnych uszkodzeń ścięgna Achillesa, Chirurgia Narządu Ruchu, 1973, s. 299.
234. Wroński A., Metoda oznaczania aktywności dwupeptydazy glicyno-asparaginowej (GADP) w surowicy krwi, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 1973, nr 50, s. 151.
235. Strzyżowski J., Filipowski W., Szkolenie wojskowe. Chirurgia polowa. Skrypty: Organizacja i zadania leczenia chirurgicznego w warunkach wojennych; Rany postrzałowe i inne uszkodzenia mechaniczne na polu walki; Uszkodzenia układu kostno-stawowego w warunkach wojennych; Urazy termiczne na współczesnym polu walki; Postępowanie na etapach ewakuacji medycznej w zranieniach klatki piersiowej, brzucha oraz narządów moczowo-płciowych; Postępowanie chirurgiczne we wstrząsach pourazowych na etapach ewakuacji medycznej; Zasady postępowania w uszkodzeniach naczyń krwionośnych na etapach ewakuacji medycznej; Postępowanie chirurgiczne w uszkodzeniach mieszanych, Poznań 1973.
236. Strzyżowski J., Piasecki A., Szkolenie wojskowe. Chirurgia polowa, skrypt: Unieruchomienia transportowe, Poznań 1973.

237. Strzyżowski J, Berger J., Szkolenie medyczno-obronne. Chirurgia polowa, skrypty: Istota, zadania i organizacja leczenia chirurgicznego w warunkach wojennych. Segregacja chirurgiczna na etapach ewakuacji; Rany postrzałowe i ich leczenie na etapach ewakuacji medycznej; Uszkodzenia układu kostno-stawowego; Postępowanie na etapach ewakuacji medycznej w zranieniach klatki piersiowej, brzucha oraz narządów moczowo-płciowych; Leczenie mikstów chemicznych; postępowanie na etapach ewakuacji medycznej z uszkodzeniami ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, Poznań 1973.
238. Lompa A. Leczenie rozrostu sutka męskiego, *Lekarz Wojskowy*, 1974, nr 4, s.310.
239. Degórski A., Jeszke K., Kościński R., Flora bakteryjna w obrębie objawu pierwotnego umiejscowionego na narządach płciowych, *Lekarz Wojskowy*, 1974, nr 5, s. 392.
240. Barancewicz J., Niemiec S., Zmiany wybranych cech hematologicznych i biochemicznych u absolwentów WSOWPanc. Pod wpływem narastającego obciążenia fizycznego, *Biuletyn WAM*, 1974, nr 1, s. 53.
241. Barancewicz J., Durkalec J., Niemiec S., Wydolność fizyczna absolwentów WSOWPanc. W świetle badań elektrokardiograficznych i hemodynamicznych, *Biuletyn WAM*, 1974, nr 1, s. 71.
242. Barancewicz J., Niemiec S., Stan rozwoju somatycznego i wydolności fizycznej absolwentów WSOWPanc. *Biuletyn WAM*, 1974, nr 1, s. 71.
243. Kościński R., Kozłowski R., W sprawie profilaktyki stanów zapalnych stóp u żołnierzy służby zasadniczej, *Przegląd Kwatermistrzowski*, 1974, nr 5, s. 85.
244. Przychodzki M., Nagler J., Analiza rocznej działalności Komisji Odszkodowawczej przy OPL 2-Poznań *Medycyna Komunikacyjna*, 1974, nr 2, s. 53.
245. Zakrzewski A., Skonieczny J., Skałbania J., Skowrońska I., Przybora L., Plasmocytoma solitera jamy nosowo-gardłowej, *Otolaryngologia Polska*, 1974, nr 3, s. 319.
246. Kulczyński B., Skałbania J., Korytowski J., W sprawie osteodysplazji włóknistej kości czaszki. *Otolaryngologia Polska*, 1974, nr 5, s. 607.
247. Józwiak J., Świadczenia wojskowej służby zdrowia na rzecz społeczeństwa Wielkopolski w: *Wojsko Polskie w życiu Wielkopolski*, pod red. B. Miśkiewicza, Poznań 1974, s.95.

248. Niziołek M., Jądrzak S., Analiza porad kardiologicznych w Poliklinice Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojskowego w Poznaniu, *Lekarz Wojskowy*, 1975, nr 2, s.86.
249. Barancewicz J., Durkalec J., Kretschmer R., Wpływ wysiłku fizycznego na utlenowanie krwi kapilarnej u osób zdrowych z różnym stopniem utlenowania, *Lekarz Wojskowy*, 1975, nr 2, s. 88.
250. Głowacz S., Krwawienia po operacji gruczolaka stercza, *Lekarz Wojskowy*, 1975, nr 2, s. 91.
251. Skalbiana J., Wilczyński M., Złamania kości nosa u żołnierzy w świetle obserwacji własnych, *Lekarz Wojskowy*, 1975, nr 2, s. 94.
252. Kopras M., Leczenie wrzodziejących zmian skóry podudzi sproszkowaną chrząstką cielęcą, *Lekarz Wojskowy*, 1975, nr 2, s. 102.
253. Jądrzak S., Niziołek M., Przypadek rakowiaka, *Lekarz Wojskowy*, 1975, nr 5, s. 349.
254. Pudlik R., Nowa metoda rentgenodiagnostyczna wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego u niemowląt, *Lekarz Wojskowy*, 1975, nr 8, s. 540.
255. Górską L., Przypadek oderwania guza kulszowego u sportowca, *Lekarz Wojskowy*, 1975, nr 9, s. 595.
256. Strzyżowski J., Niektóre objawy wady rozwojowej układu moczowego, *Lekarz Wojskowy*, 1975, nr 10, s. 664.
257. Sałamacha R., Bryła R., Zawał serca w przebiegu ostrej choroby reumatycznej, *Lekarz Wojskowy*, 1975, nr 12, s. 791.
258. Jedlikowski E., Kościński R., Przypadek przewlekłej białaczki szpikowej z wieloguzkowymi naciekami skóry, *Lekarz Wojskowy*, 1975, nr 12, s. 794.
259. Kretschmer R., Pourazowy zespół osierdziowo-płucny, *Lekarz Wojskowy*, 1976, nr 1, s. 52.
260. Lompa A., Strzyżowski M., Przypadek posocznicy gronkowcowej o ciężkim przebiegu, *Lekarz Wojskowy*, 1976, nr 1, s. 49.
261. Machowski J., Paluchowski W., Problemy orzecznictwa poborowego w przypadkach upośledzenia rozwoju umysłowego i anomalii charakteru, *Lekarz Wojskowy*, 1976, nr 2, s. 74.
262. Marczewski M. Czachor J., Przypadek tłuszczaka żołądka, *Lekarz Wojskowy*, 1976, nr 1, s. 57.

263. Przewoźna-Stroińska A, Śmigielski T., Przypadek hemofilii A, Lekarz Wojskowy, 1976, nr 2, s. 121.
264. Skałbana J., Chirurgiczne leczenie pourazowych zniekształceń nosa, Lekarz Wojskowy, 1976, nr 3, s. 153.
265. Spelak L., Automat czasowy o podwójnej sygnalizacji, czyli tzw. „czuwak aktywny”, Lekarz Wojskowy, 1976, nr 5, s. 306.
266. Strzyżowski J., Zachowawcze i operacyjne leczenie ostrych zapaleń najądrzy, Lekarz Wojskowy, 1976, nr 6, s. 330.
267. Strzyżowski J., Rzadki przypadek wodonercza spowodowany ogromnymi uchyłkami miedniczek nerkowych, Lekarz Wojskowy, 1976, nr 7, s. 477.
268. Spelak L., Wpływ przedłużonego pozbawienia snu na występowanie napadów padaczkowych, Lekarz Wojskowy, 1976, nr 12, s. 741.
269. Degórski A., Głowacz S., Ilościowe oznaczenie hemoglobiny w moczu, Lekarz Wojskowy, 1977, nr 1, s. 14.
270. Zwyrzykowski E., Zmiany na dnie ocznym w cukrzycy (retinopatia cukrzycowa), Lekarz Wojskowy, 1977, nr 2, s. 106.
271. Sałamacha R., Bryła R., Pęknięcie tylnej ściany serca we wczesnym okresie zawału, Lekarz Wojskowy, 1977, nr 4, s. 232.
272. Bryła R., Liśkiewicz Z., Sałamacha R., Zachowanie się glikoproteidów surowicy we krwi w wysiękowym zapaleniu opłucnej, Lekarz Wojskowy, 1977, nr 8, s. 514.
273. Durkalec J., Kretschmer R., Jedlikowski E., Łotkowski J., Wiliński A., Wpływ wysiłku fizycznego na układ krążenia u słuchaczy szkoły oficerów rezerwy, Lekarz Wojskowy, 1977, nr 10, s. 673.
274. Skałbana J., Wilczyński M., Rutkowski J., Stan narządu słuchu u dowódców drużyn ckm, Lekarz Wojskowy, 1977, nr 11, s. 719.
275. Sałamacha R., Bryła R., Koziarek S., Wielonarządowe uszkodzenia w przebiegu zatrucia gronkowcem z konserwy mięsnej, Lekarz Wojskowy, 1977, nr 11, s. 746.
276. Śmigielski T., Częstość grup krwi układu ABO i Rh, lekarz Wojskowy, 1978, nr 3-4, s. 145.
277. Skałbana J., Spelak L., Miejscowe stosowanie ultrakortenolu w leczeniu obwodowych porażań nerwu twarzowego, Lekarz Wojskowy, 1978, nr 11-12, s. 667.

278. Durkalec J., Koziarek S., Choroby układu krążenia w 10 letnim materiale oddziałów chorób wewnętrznych Szpitala Wojskowego w Poznaniu, Lekarz Wojskowy 1978, nr 11-12, s. 636.
279. Bryk J., Wesołowski A., Nerwiak jelita czczego przyczyną krwawienia z przewodu pokarmowego, Lekarz Wojskowy 1979, nr 1-2, s. 94.
280. Wesołowski A., Marczewski M., Przypadek rakowiaka jelita cienkiego, Lekarz Wojskowy, 1979, nr 1-2, s. 92.
281. Spelak L., Wpływ biorytmów na występowanie napadów padaczkowych, Lekarz Wojskowy, 1980, nr 7-8, s. 348.
282. Strzyżowski J., Marczewski M., Samoistne pęknięcie nerki torbielowatej, Lekarz Wojskowy, 1980, nr 9-10, s. 506.
283. Strzyżowski J., Ocena chorych leczonych z powodu kamicy moczowodowej, Lekarz Wojskowy, 1980, nr 11-12, s. 545.
284. Budzyła J., Fijałkowska E., Przypadek małopłytkowej skazy krwotocznej w przebiegu leczenia chinidyną napadowego migotania przedsionków, Lekarz Wojskowy 1986, nr 7-8, s. 479.
285. Stankiewicz R., Marczewski M., Szukalski J., Guźniczak L., Leczenie odmy opłucnej, Lekarz Wojskowy, 1987, nr 7-8, s. 52.
286. Spelak L., Powikłania neurologiczne w porażeniach prądem elektrycznym o wysokim napięciu, Lekarz Wojskowy, 1987, nr 7-8, s. 76.
287. Śleboda B., Kuczyński Z., Szmigiel A., Trudności i powikłania w zachowawczym leczeniu złamań, Lekarz Wojskowy, 1988, nr 5-6, s. 286.
288. Śleboda B., Cyna A., Smolarek M., Złamania szyjki kości udowej u osób starszych, Lekarz Wojskowy, 1988, nr 7-8, s. 430.
289. Ochociński A., Wpływ czynników pogodowych na organizm ludzki, Lekarz Wojskowy, 1988, nr 9-10, s. 615.
290. Śleboda B., Cyna A., Przypadek rozległej rany postrzałowo-oparzeniowej, Lekarz Wojskowy, 1988, nr 9-10, s. 632.
291. Spelak L., Karwacki J., Mączyński B., Sierzputowska B., Analiza występowania napadów padaczkowych u żołnierzy w czasie odbywania zasadniczej służby wojskowej, Lekarz Wojskowy, 1991, nr 1-2, s. 29.
292. Spelak L., Aspekty kliniczne krwotoków podpajęczynówkowych z pękniętego tętniaka, Lekarz Wojskowy, 1991, nr 3-4, s. 161.

293. Dudko J., Brdąkała R., Analiza kliniczna chorych leczonych z powodu ostrych chorób jamy brzusznej, *Lekarz Wojskowy*, 1994, nr 1-2, s. 21.
294. Dudko J. Brdąkała, R., Wprowadzenie techniki laparoskopowej do leczenia objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego, *Lekarz Wojskowy*, 1994, nr 9-10, s. 21.
295. Dudko. J., Koszutski M., Fabiszewski Z., Ochociński A., Powikłania cholecystectomii laparoskopowej, *Lekarz Wojskowy*, 1995, supl. II, s. 26.
296. Ochociński A., Dudko J., Czachor J., Brdąkała R., Zapotrzebowanie na krew i preparaty krwiopochodne w urazach tułowia, *Lekarz Wojskowy*, 1995, supl. II, s. 64.
297. Śmigielski T., Dudko J., Fabiszewski Z., Koszutski M., Drybański P., Brdąkała R., Leczenie krwią i preparatami krwiopochodnymi w oddziale chirurgicznym, *Lekarz Wojskowy*, 1995, supl. II, s.95.
298. Ochociński A., Dudko J., Czachor J., Fabiszewski Z., Roguszcza P., Szew mechaniczny w leczeniu raka jelita grubego, *Lekarz Wojskowy*, 1996, supl. II, s.125.
299. Dudko J., Koszutski M., Ochociński A., Brdąkała R., Fabiszewski Z., Roguszcza P., Krwawienie do dolnego odcinka przewodu pokarmowego, *Lekarz Wojskowy*, 1996, supl. II, s. 183.
300. Dudko J., Drybański P., Koszutski M., Fabiszewski Z., Ochociński A., Brdąkała R., Rak jelita grubego, *lekarz Wojskowy* 1996, supl. II, s.199.
301. Śleboda B., Piechota W., Sternak M., Karaś L., Zadania i praca szpitala UNIFIL w Libanie, *Lekarz Wojskowy*, 1996, nr 11-12, s. 608.
302. Śleboda B., Piechota W. Sternak M., Karaś L., Organizacja i zadania służby zdrowia w Tymczasowych Siłach Zbrojnych Organizacji Narodów Zjednoczonych w Libanie (UNIFIL), *Lekarz Wojskowy*, 1997, nr 3-4, s. 132.
303. Koszutski M., Dudko J., Czachor J., Brdąkała R., Roguszcza P., Uszkodzenie śledziony w obrażeniach tułowia, *Lekarz Wojskowy*, 1977, supl. IV, s. 13.
304. Fabiszewski Z., Czachor J., Dudko J., Roguszcza P., Koszutski M., Drybański P., Ciała obce górnego odcinka przewodu pokarmowego, *Lekarz wojskowy*, 1997, supl. IV, s.137.
305. Janicki K., 100 lecie aspiryny, *Lekarz Wojskowy*, 1998, nr 3-4, s. 86.
306. Janicki K., , Paul Ehrlich – w 90 lecie wynalezienia salwarsanu 606, *Lekarz Wojskowy*, 1999, nr 7-8, s. 457.

Wielu lekarzy, szczególnie po 1979 roku publikowało swe prace nie tylko w *Lekarzu Wojskowym*. Najliczniejsza jest bibliografia oddziału chirurgii ogólnej.

307. Ochociński A, Faff J., The influence of Chamsin on the Sinai area on the voluntary dehydration symptoms. The DUNE-UN Emergency Force Bulletin, Ismailia, 1979, 1, 17-19.
308. Ochociński A., Hemodilution – new in surgery. The DUNE-UN Emergency Force Bulletin, Ismailia, 1979, 2, 6-9.
309. Faff J., Ochociński A., The influence of hot environment and Chamsin on the air ionization on the Sinai area. The DUNE-UN Emergency Force Bulletin, Ismailia, 1979, 3, 14-18.
310. Ochociński A., Marczewski M., Niedrożność żółciowa, Polski Przegląd Chirurgiczny, 1980, nr 52, s. 247.
311. Marczewski M., Ochociński A., Guzy jelita cienkiego i jego krezki, Polski Przegląd Chirurgiczny, 1980, nr 52, s. 993.
312. Krepski B., Tolerancja przyspieszeń i niedotlenienia u pilotów po częściowym wycięciu żołądka, Medycyna Lotnicza, 1981, nr 4/73, s. 29.
313. Pukacki F., Wesołowski A., Mięśniak gładkokomórkowy żołądka przyczyną krwawienia z przewodu pokarmowego, Polski Tygodnik Lekarski, 1981, nr 24, s. 873.
314. Marczewski M., Ochociński A., Czachor J., Uwięźnięta przepuklina zasłonowa, Polski Przegląd Chirurgiczny, 1981, nr 53, s. 218.
315. Filipowski W., Ochociński A., Organizacja leczenia chirurgicznego na etapach ewakuacyjno – leczniczych wojskowej służby zdrowia w czasie wojny. Chirurgia okresu wojennego, skrypt, wyd. AM Poznań, 1981.
316. Ochociński A., Piasecki A., Leczenie złamań i zwichnięć na etapach ewakuacyjno – leczniczych. Chirurgia okresu wojennego, skrypt, wyd. AM Poznań 1981.
317. Filipowski W., Ochociński A., Pomoc chirurgiczna w urazowych uszkodzeniach narządów jamy brzusznej i układu moczowego. Chirurgia okresu wojennego, skrypt, wyd. AM Poznań 1981.
318. Banaszewski M., Ochociński A., Etapowe leczenie chirurgiczne narządów klatki piersiowej. Chirurgia okresu wojennego, skrypt, wyd. AM Poznań 1981.
319. Ochociński A., Piasecki A., Pomoc chirurgiczna w obrażeniach ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Chirurgia okresu wojennego, skrypt, wyd. AM Poznań 1981.
320. Ochociński A., Młochowski J., Leczenie urazów termicznych na etapach ewakuacji medycznej. Chirurgia okresu wojennego, skrypt, wyd. AM Poznań 1981.

321. Ochociński A., Młochowski J., Leczenie wstrząsu, intensywna terapia i znieczulenie na etapach ewakuacji medycznej. Chirurgia okresu wojennego, skrypt, wyd. AM Poznań 1981.
322. Młochowski J., Ochociński A., Etapowe leczenie obrażeń twarzoczaszki. Chirurgia okresu wojennego, skrypt, wyd. AM Poznań 1981.
323. Młochowski J., Ochociński A., Leczenie uszkodzeń układu naczyniowego na etapach ewakuacyjno – leczniczych wojskowej służby zdrowia. Chirurgia okresu wojennego, skrypt, wyd. AM Poznań 1981.
324. Filipowski W. Ochociński A., Leczenia chirurgiczne na etapach ewakuacyjno – leczniczych systemu OC. Chirurgia Polowa, wyd. AM Poznań 1981.
325. Piasecki A., Ochociński A., Etapowe leczenie obrażeń tkanek miękkich, układu naczyniowego i kostno – stawowego w systemie OC. Chirurgia Polowa, wyd. AM Poznań 1981.
326. Ochociński A., Marczewski M., Czachor J., Zgorzelinowe zapalenie przyczepów sieciowych okrężnicy, Polski Przegląd Chirurgiczny, 1982, nr 54, s. 326.
327. Pukacki F., Marczewski M., Ropień wątroby, Polski Przegląd Chirurgiczny, 1982, nr 10, s. 731.
328. Pukacki F., Guz szyi jako pierwszy objaw raka zarodkowego jądra, Polski Tygodnik Lekarski, 1982, nr 7, s. 197.
329. Strużyna J., Owczarczyk b., Ochociński A., Organizacja medycznej sortirowki i okazania medycznej pomocy na etapach medycznej ewakuacji w termicznych porażeniach, Woj. Mied. Zurn., 1982, nr 7, s. 19.
330. Krepski B., Lula J., Leczenie chirurgiczne torbieli włosowych, Polski Przegląd Chirurgiczny, 1984, nr 6, s. 597.
331. Koszutski M., Leczenie operacyjne kamicy dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych w ostrym zapaleniu trzustki, Polski Przegląd Chirurgiczny, 1985, nr 1, s. 9.
332. Marczewski M., Ochociński A., Dudko J., Rozrost gruczołu piersiowego u mężczyzn, Pediatria Polska, 1986, supl.
333. Faff J., Ochociński A., The influence of hot environment on the voluntary dehydration symptoms on the Sinai area. Acta Physiol. Pol., 1987, 2, supl.
334. Strużyna J., Witkowski W., Ochociński A., Zapobieganie pooparzeniowym zniekształceniom ręki, Chirurgia Narządu Ruchu i Ortopedia Polska, 1987, nr 4, s. 321.

335. Ochociński A., Faff J., The influence of Chamsin on the physical and mental works on the Sinai area. *Acta Physiol. Pol.*, 1987,2, supl.
336. Drybański P., Faff J., Dudko J., The effect of the filtering protective mask during exercise on some serum enzymes levels. *Acta Physiol. Pol.*, 1987, 38, supl.
337. Soroko W., Ocena czynności granulocytów u chorych z nawracającą czyracczością leczonych preparatem immunostymulującym *Priopionibacterium granulosum*, *Postępy dermatologii*, 1987, T. IV.
338. Witkowski W., Strużyna J., Goller W., Dobrzeńiecki A., Ochociński A., Zależność rokowania od zachowania się układu hemostazy w chorobie oparzeniowej, *Chirurgia Narządu Ruchu i Ortopedia Polska*, 1988, nr 3, s. 286.
339. Dudko J., Marczewski M., Mięśniak gładkokomórkowy odbytnicy, *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 1988, nr 8, s. 673.
340. Ochociński A., Znaczenie kontrolowanego uzupełniania wody w organizmie u mieszkańców Polski, pracujących w klimacie subtropikalnym. Wyd. AWF Poznań 1988, Monografie nr 274.
341. Żaba R., Dmochowski M., Bowszyc J., Soroko W., Testy immunoenzymatyczne Gonozyme i Chalamydzazyme jako nowe metody w diagnostyce skriningowej *N.gonorrhoeae* i *C. Trachomatis*, *Polski Tygodnik Lekarski*, 1990, nr 1.
342. Rossa G., Pruchnik D., Drużdż A., Wender M., Electrophysiological methods in differential diagnosis of senile dementia of Alzheimer,s type (SDAT) versus multiinfarct dementia (MID), *Neurol. Croat.* 1994, Vol. 43 suppl. 2, s. 95.
343. Ochociński A., Człowiek w warunkach ekstremalnych. W: Człowiek a środowisko, pod red. J.B. Karskiego i J. Pawlaka, C.O. i E.O.Z., Warszawa 1995, s. 471.
344. Dudko J., Koszutski M., Drybański P., Roguszczaek P., Cholecystectomy laparoskopowa – złoty standard w leczeniu kamicy pęcherzyka żółciowego. *Videochirurgia*, 1996, nr 1,2, s. 31.
345. Dudko J., Fabiszewski Z., Brdąkała R., Roguszczaek P., Laparoskopowe leczenie przepuklin pachwinowych. *Videochirurgia*, 1996, nr 1,2, s. 65.
346. Soroko W., Grzybowski G., Mazurkiewicz M., Chudzicki W., Dyskeratoza wrodzona – zespół Zinnser – Engman-Cole, *Postępy Dermatologii*, 1996, T XXIII.

347. Darowski Z., Drużdż A., Lewandowski L., Możliwości badania somatosensorycznych potencjałów wywołanych u chorych z neuralgią nerwu trójdzielnego, *Poznańska Stomatologia*, 1997, T. 24, s. 21.
348. Grzybowski G., Gryczyńska D., Drużdż A., Soroko W., Hemoglobina glukolizowana, glukoza i insulina u pacjentów z łuszczycą pospolitą, *Postępy Dermatologii*, 1998, T. XV.
349. Florczak J., Drużdż A., Kozubski W., Dermatomal somatosensory evoked potentials in lumbosacral radiculopathy. *Eur. J. Neurol.* 1998 Vol. 5, suppl. 3, s. 545.
350. Florczak J., Drużdż A., Kozubski W., Jankowski R., Dermatomalne somatosensoryczne potencjały wywołane u chorych z rwą kulszową. W: *Problemy współczesnej diagnostyki i terapii w neurochirurgii*. Pod red. Stanisława Nowaka, Ryszarda Żukieła. Poznań, 1999, s. 337.
351. Drużdż A., Jankowski R., Nowak S., Żukiel R., Czyżewski P., Ocena ciężkości urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego na podstawie badań rdzeniowych potencjałów wywołanych. W: *Problemy współczesnej diagnostyki i terapii w neurochirurgii*. Pod red. Stanisława Nowaka, Ryszarda Żukieła, Poznań, 1999, s. 343.
352. Florczak J., Drużdż A., Kozubski W., Jankowski R., Wartość diagnostyczna somatosensorycznych potencjałów wywołanych w radikulopatii lędźwiowo-krzyżowej, *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 1999, T. 33, supl. 3, s. 442.
353. Florczak J., Drużdż A., Kozubski W., Jankowski R., Wartość diagnostyczna dermatomalnych potencjałów wywołanych w porównaniu z obrazem w rezonansie magnetycznym i śródoperacyjnym u chorych z rwą kulszową, *Neuroskop* 2000 T. 1, nr 2, s. 147.
354. Grzybowski G., Drużdż A., Żaba R., Łuczkowska M., Przewodnictwo czuciowe w nerwie łydkowym u chorych na łuszczycę, *Postępy Dermatologii*, 2000, T. 17, s. 291.
355. Janicki K., Szpitalnictwo wojskowe w Poznaniu w okresie Powstania Wielkopolskiego i w pierwszych latach odzyskanej niepodległości, *Kronika miasta Poznania*, 1998, nr 4, s. 109.