

**Opis źródła:**

Po II wojnie światowej kilkanaście tys. Polaków zamieszkałych w Jugosławii wyraziło chęć przeniesienia się do Polski, na Dolny Śląsk. W latach 1946-1947 doszło do ich repatriacji, która to była największym tego typu jednorazowym przedsięwzięciem rządu polskiego w XX wieku. Niniejsze dokument to raport sanitarny, dzięki któremu widzimy z jakimi problemami zmagala się Misja Repatriacyjna w Nowej Gradiszce, działająca w imieniu Polskiej Ambasady w Belgradzie.

**Miejsce wydania:**

*Z Bośni do Polski. Edycja źródłowa dokumentów dotyczących reemigracji Polaków z Bośni i Hercegowiny po II wojnie światowej*, [red. T. J. Lis], Bolesławiec 2016, s. 72-77.

**Miejsce przechowywania oryginału źródła:**

Archiwum Akt Nowych, Ambasada RP w Belgradzie, sygn. 62.

**Tekst źródła:****SPRAWOZDANIE**

Referatu Sanitarnego przy Polskiej Misji Repatriacyjnej Niniejsze sprawozdanie z działalności Referatu Sanitarnego obejmuje okres I kwartału t. j. od chwili otwarcia Ambulanty Misji (26.I. br. Do 31.III.46).

**1. Personel**

Do pracy lekarskiej Misji zaangażowano 3 lekarzy, z których 1 – dr Wittman rozpoczął działalność w dniu 15.I. b.r. Drugi dr Bachleda w dniu 1.II.46 i trzeci – dr Łobozowski, któremu powierzono kierownictwo służby zdrowia w dniu 25.III. br. Do służby pomocniczej zaangażowano dnia 26.I. br. z tutejszej kolonii 2 osoby jako pomocnicze pielęgniarki (będące zresztą bez żadnych kwalifikacji), a w związku z koniecznością utrzymywania dyżurów stałych (dziennych i nocnych) przy chorych reemigrantach znajdujących się w tutejszym szpitalu na leczeniu zaangażowano jeszcze dwie siły pomocnicze w dniu 1.III.46, z których tylko 1 osoba ma za sobą praktykę pielęgniarki z I-ej Wojny Światowej. W ten sposób w chwili obecnej Personel służby zdrowia składa się z 3 lekarzy i 4 sił pomocniczych.

## 2. Siedziba służby zdrowia

Tutejszy szpital oddał do dyspozycji służby zdrowia 1 pokój, w którym urządzono laboratorium, a w dniu 1.III. br jeszcze 1 pokój, który służy jako pomocnicza ambulanta, a w której obecnie przeprowadza się szczepienia. Pracę podzielono w ten sposób, że 2 lekarzy jest zajętych szczepieniem (o ile nie zachodzi potrzeba wizytowania pacjenta w domu, wówczas pozostaje tylko jeden), a trzeci załatwia przeglądy chorych.

## 3. Urządzenia, instrumentarium, lekarstwa

Tutejszy szpital udzielił nam wprawdzie 2 pokoje, ale zupełnie bez urządzeń, a nawet 1 z nich w dosyć zniszczonym stanie. Trzeba było go odremontować, co też (kosztem 1,200 dinarów) uczyniono. Poza tym trzeba było zdobyć stoły, krzesła, szafę na instrumenty i lekarstwa. A co najważniejsze jakiś tapczan dla przeglądu chorych, który zresztą dosyć prymitywny dano, wykonany z drzewa. Instrumentarii zakupionych w Zagrzebiu (za sumę około 6.000 dinarów) jest więcej jak skromnie, zakupiono instrumenty najniezbędniejsze dla małej chirurgii, wykonywanie jakichś większych zabiegów chirurgicznych jest wykluczone., ponieważ szpital tutejszy nie dysponuje żadnymi urządzeniami ani też salą operacyjną. Innych zabiegów chirurgicznych jak na przykład ton-silektony choć na to warunki pozwoliłyby nie można wykonać z braku odpowiednich instrumentów. Największym problemem były lekarstwa. Przede wszystkim w pierwszych dniach działalności służby zdrowia nie było apteki w Prnjaworze (otwarto dopiero w połowie lutego), ani też nie otrzymano jeszcze lekarstw z Warszawy. Wykorzystano więc skromne zapasy lekarstw będących własnością zaangażowanych lekarzy, które najpotrzebniejsze rozdzielono (oczywiście bezpłatnie), dopiero z końcem stycznia br. otrzymano lekarstwa z Warszawy., nie mniej okazało się, że były one za skromne na tutejsze potrzeby, tym bardziej, że przesyłka ta składała się przeważnie z materiałów sanitarnych (bandaże, gaza). Zakupiono więc w Zagrzebiu (za sumę 29.000 din.) najpotrzebniejsze lekarstwa, które otrzymano w Prnjaworze w dniu 24.II.br w tym dniu można było więc właściwie rozpocząć skuteczną pracę lekarską.

## 4. Przegląd chorych

Wprowadzono z miejsca zasadę, że prawo na pomoc lekarską ma tylko repatriant, którego skieruje Wydział Opieki Społecznej Misji, lekarstwa wydaje się zaś tylko tym, którym Wydział Opieki Społecznej to specjalnie podkreślił, w ten sposób wprowadzono jak największe oszczędności w wydawaniu lekarstw, wydano je bowiem tylko naprawdę najbiedniejszym, ci zaś, którzy mogli lekarstwa zakupić skierowani byli do tutejszej apteki

powiatowej. Oczywiście od tej zasady odstępowano tam, gdzie zachodziła potrzeba aplikowania leków, które posiadała nasza apteczka, a których w tutejszej aptece nie można było otrzymać, wówczas udzielano ich z naszych zapasów i to bezpłatnie.

#### 5. Pomoc lekarska w I-szym kwartale Miesiąc Chorych Szczepionych Przeglądy wyjeżdżających Razem wizyt Lekarstw

Miesiąc	Chorych	Szczepionych	Przeglądy wyjeżdżających	Razem wizyt	Lekarstw wydano
I	193	0	0	193	170 - czyli 91% chorych
II	504	0	0	504	205 - 40% chorych
III	961	6,161	1,881	800,3	311 - 33% chorych
Razem	1,658	6,161	1,881	8,700	696

Jak z powyższego cyfrowego sprawozdania wynika daje się zauważyć stały bardzo wielki wzrost zgłaszających się chorych. Dzieje się to na skutek coraz większej ilości Polaków w Prnjavorze, a poza tym rozszerzeniem się wiadomości, na całą kolonię polską w Jugosławii o udzielaniu pomocy lekarskiej ze strony służby zdrowia Misji, tak, że nie rzadko zdarza się, iż wiezie się chorego dziesiątki kilometrów do Prnjavoru mając znacznie bliżej lekarza miejscowego, tylko po to, by chory mógł być zbadany przez lekarza polskiego. Poza tym z podanych cyfr wynika, że procentowo korzysta coraz mniej chorych z bezpłatnych lekarstw. Dzieje się to z konieczności oszczędzania tak, że lekarstwa wydaje się tylko tym, którym w żadnym wypadku nie są w stanie ponieść kosztów lekarstw – jest to konieczne ze względu na tak gwałtowny wzrost zgłaszających się chorych.

#### 6. Służba zdrowia w drodze

Jednym z najtrudniejszych problemów do rozwiązania – problem, który zresztą nie został jeszcze rozwiązany – jest Służba Sanitarna w drodze do Polski. Jak już w pierwszym sprawozdaniu z dnia 5.II.46 było podkreślone, stan zdrowotny tutejszej kolonii przedstawia się dosyć ciężko – o przyczynach tego była już mowa we wspomnianym sprawozdaniu. W związku z niezadowalającym stanem zdrowotnym wyjeżdżających nasuwa się konieczność dobrze zorganizowanej służby sanitarnej w drodze. Nasz projekt szedł za tym, że każdemu

transportowi winien towarzyszyć 1 lekarz, to jednak nie zostało zaakceptowane z tych względów, iż pociągało za sobą konieczność zaangażowania jeszcze co najmniej 2 lekarzy oraz podwyższało koszty transportu o diety lekarza w drodze. Chcąc jednak jakoś ten problem załatwić zorganizowano prowizoryczny kurs sanitarny w Prnjavorze. Na kurs zgłosiło się 22 osoby, przeważnie dziewcząt wiejskich w wieku od 17 do 30 lat. Kurs rozpoczęto 1.III.46. Jednakże z elementem z jakim się tu spotkaliśmy niewiele można było osiągnąć. Muszę podkreślić, że połowa kandydatów ledwie umiała się podpisać, a w większości z biedą mogła obliczyć ile ma lat. Poziom więc inteligencji bardzo słaby. Z takim elementem rozpoczęto jednak pracę. Kurs trwał przeszło 3 tygodnie tzn. do odjazdu I transportu. Na kursie zdołano nauczyć bandażowania i coś niecoś z higieny i pierwszej pomocy. Przy rozdzielaniu tych kursantów na transporty powstał nowy problem: większość rodzin wyjeżdżała z pierwszymi transportami należało więc zatrzymać tych kursantów rozdzielając rodziny po to, by ich po 2 przeznaczać do kolejnych transportów. Tu powstała kwestia utrzymania tych pozostałych osób w Prnjavorze, co była by musiała przyjąć na siebie Misja. Mimo wszystko stało się tak, że z pierwszym transportem wyjechało 12 kursantów, z Ilgim 6 itd. tak, że obecnie pozostało ich jeszcze 9, a i ci w tych dniach wyjeżdżają. Organizując apteczki podróżne byliśmy w kłopotach, które lekarstwa można wydać w ręce takich laików – tak więc zaopatrzone apteczki tylko w najbardziej znane lekarstwa i jak najmniej mogące szkodzić w ramach niewłaściwego ich dozowania czy aplikowania. Do każdej apteczki takiemu ad hoc stworzonemu sanitariuszowi dawano pismo instrukcyjne, co jak, i kiedy ma używać, okazało się jedna, że z odczytywaniem tych instrukcji mieli dużo trudności.

Tak więc problem służby sanitarnej w drodze nie został dotychczas załatwiony. Powracam ponownie do dawnego projektu i uważam, że najszluszniejsze byłoby przedzielenie do każdego transportu 1 lekarza (oczywista to jest tylko wtedy możliwe, gdy się jeszcze zaangażuje co najmniej jeszcze 2 lekarzy) względnie można by to rozwiązać w ten sposób, by całą trasę podzielić na 3 do 4 odcinki i jeden lekarz spędzałby z jednym transportem jeden dzień, w którym by dany transport przeglądał i udzielił pomocy potrzebującym, poczem by w którymś punkcie przyczekał na następny transport z którym by znowu spędził 1 dzień i w ten sposób mógłby 1 lekarz załatwić 3 do 4 transporty – poczem na granicy polskiej (czy od końcowej stacji transportu) powracałby do punktu wyjściowego. Na takie rozwiązanie wystarczyłoby 2 lekarzy, a trzeci pozostawałby stale w miejscu siedziby Misji. Ze strony Misji wysunięto projekt (a nawet w tym kierunku zwrócono się już do Centrali) ażeby do każdego transportu ze strony Wojska Polskiego przydzielono 1 kwalifikowanego sanitariusza wojskowego. To rozwiązanie całego problemu byłoby do

przyjęcia, niemniej trzeba podkreślić, że taki wojskowy sanitariusz miałby 2 trudności 1) nieznajomość elementu, który w transporcie się znajduje i 2) lekarstwa w apteczce podróźnej są pochodzenia przeważnie jugosłowiańskiego, a więc nieznanie danemu sanitariuszowi.

## 7. Praca w terenie

W najbliższym czasie zmniejszy się znacznie napływ chorych do Prnjavoru w związku z tym, że wszyscy Polacy z Prnjavoru i najbliższej okolicy wyjadą do Polski. Charakter pracy lekarskiej zmieni się z pracy lokalnej za pracę terenową, tzn. lekarze będą musieli wyjeżdżać w okręgi mające być ewakuowane i to co najmniej na miesiąc przed wyjazdem z samego okręgu. W związku z tym nasuwa się konieczność odpowiedniego wyekwipowania lekarzy tzn. trzeba stworzyć co najmniej 2 apteczki lekarskie zaopatrzone w najskromniejsze instrumentarii – które by stale były w pogotowiu. Poza tym nasuwa się konieczność zakupienia przynajmniej 2 kombinezonów przeciw pyłowi ulicznemu, gdyż dotychczasowe już doświadczenie nauczyło nas, że tylko to mogłoby nas uchronić, przed całkowitym zrujnowaniem naszych ubrań (pod tym względem ponieśliśmy już teraz straty, które z naszych płac są nie do powetowania).

## 8. Uwagi

W tej chwili nie dysponuję jeszcze sprawozdaniem lekarza konwojującego I transport niemniej przy obserwowaniu wyjazdu I-szego transportu nasuwa się kilka uwag: przede wszystkim kwestia odżywiania w drodze. Uważam, że każdy z repatriantów, a w każdym razie małoletnie dzieci, których jest znaczna ilość w transporcie, winien otrzymać przynajmniej raz dziennie gorący posiłek. Obecnie kwestia odżywiania w drodze jest pozostawiona własnej pomysłowości repatriantów. Gotowanie w drodze jest udostępnione tylko tym nielicznym, którzy wiozą ze sobą kuchenkę żalazną i wmontowują ją w miejsce znajdujące się w każdym wagonie piecyka żelaznego do ogrzewania. Te piecyki są tak małe (przekrój 25 cm z rurą odprowadzającą wmontowaną w środek płyty górnej tak, że po bokach zostaje przestrzeń 5 cm) – gotowanie więc jest wykluczone. Obecnie kiedy już jest na tyle ciepło, że piecyki do ogrzewania można zdemontować przez co uzyska się więcej miejsca, można by więc pojedyncze wagony bardziej obciążyć a z to w jednym wagonie umieścić kuchnie polowe, w których gotowano by wspólny obiad oraz przygotowywano by mleko i wodę do picia. Najśluszniesze było by doczepienie dodatkowego jednego wagonu odkrytego przewidzianego specjalnie na kuchnie. Poza tym daje się odczuwać w całej kompozycji brak stałego wagonu sanitarnego. Wśród repatriantów znajdują się kobiety w ciąży, starcy często

całkowicie ślepi lub niezdolni do ruchu, inwalidzi wojenni itd. których należałoby umieszczać w specjalnym wagonie sanitarnym celem otaczania ich stałą opieką lekarską, tym bardziej, że po drodze nie dysponujemy żadnymi punktami sanitarnymi.

### **Słowniczek pojęć:**

*Misja* – Polska Misja Repatriacyjna w Gradiszce, która została powołana do życia w 1946 r. Na jej czele stał Witold Mączka, zaś zastępcą Jan Modrzejewski. Dzieliła się na 4 referaty (Przesiedleńczy, Transportowy, Informacji i Propagandy a także Sanitarny) i działała do 1947 r.<sup>1</sup>

*Prnjavor* – miasto położone w północnej części Bośni i Hercegowiny, niedaleko Banja Luki.

### **Pytania do źródła.**

**Pytania dla uczniów szkoły podstawowej i uczniów szkoły średniej (poziom podstawowy):**

1. Dlaczego Polacy z Jugosławii przynosili się akurat na Dolny Śląsk?
2. Na podstawie tekstu odpowiedz jaki był poziom wykształcenia ludności polskiej?

**Pytania dla uczniów szkoły średniej (poziom rozszerzony): pytania dla poziomu podstawowego, a ponadto:**

1. Jak ocenilibyś poziom przygotowania Misji Repatriacyjnej?
2. Wymień problemy z jakimi zmagano się w trakcie repatriacji
3. Dlaczego władzom Polski Ludowej zależało na sprowadzaniu Polaków z zagranicy po II wojnie światowej?

### **Wskazówki:**

Zmiany granic, jak również straty wojenne spowodowały, że duże części Polski były terenami z niewielką ilością mieszkańców. Dlatego władze Polski Ludowej decydowały się na sprowadzanie Polonii, z różnych stron świata m.in. Jugosławii, gdzie mieszkało ok 20 tys. osób utożsamiających się z Polską. W tym celu zorganizowano Polską Misję Repatriacyjną, która to jednak nie była odpowiednio przygotowana. Brakowało zarówno kompetentnych osób do pracy jak i środków finansowych. Braki kadrowe starano się łączyć za pomocą lokalnej

---

<sup>1</sup> T. Bugaj, Reemigracja ludności polskiej z Jugosławii i jej osiedlenie na Dolnym Śląsku, „Rocznik Jeleniogórski” 1983, nr 21, s. 83-91.

społeczności jednak z braku szkół większość repatriantów była osobami słabo wykształconymi.

**Literatura pomocnicza:**

Jurkowski T., *Osiedlenie się Polaków z Jugosławii na terenie powiatu bolesławieckiego w latach 1946-1947*, Bolesławiec 2019.

Kamberović H., *Iseljavanje Poljaka iz Bosne i Hercegovine 1946. godine*, „Časopis za suvremenu povijest”, 1998, R 30, nr 1, s. 95-104.

Kersten K., *Repatriacja ludności polskiej po II wojnie światowej*, Wrocław 1974.

Pielech K., *Emigracja i życie Polaków w Bośni w latach 1890–1946*, Bolesławiec 2008.

**Najważniejsze cezury:**

Wydarzenia opisywane w źródle miały miejsce w pierwszej połowie 1946 r. kiedy to rozpoczęła swoją działalność Polska Misja Repatriacyjna.

**Imię i nazwisko osoby opracowującej rekord:** Tomasz Jacek Lis