

EWELINA SZPAK

Listy do władz centralnych w świetle problemów opieki społecznej i zdrowotnej w PRL (1945–1989)¹

SUMMARY

Letters to the Central Authorities in the Light of Social and Health Care Problems in the Polish People's Republic

Letters of complaints sent by Polish People's Republic citizens to the communist authorities in historical research are treated as an important source reflecting the real scale of social problems and necessities. The system of selection of incoming documentation carried out in offices and central institutions could have a significant impact on the whole picture emerging from the archived and remained documentation.

The key research problem will be the attempt at confronting raw epistemological archival sources from two central institutions of my choice (i.e. the Central Committee of Polish United Worker's Party and the Council of State Chancellery) with conclusions emerging from general empirical research on post-war care and health awareness. Focusing solely on the health and healthcare problems reported in the letters, I will try to answer the following questions: whether the list of problems reported in letters of complaints had been changing over time; did it coincide with a set of issues that were noticed in internal discussions of Ministry of Health and of the medical community?

Did it coincide with the catalog of problems that emerged from the memoirs and, if so, to what extent?

Słowa kluczowe: listy do władz, skargi, opieka zdrowotna, potrzeby społeczne, niedobory, polityka społeczna

Key words: letters of complaints, health care, shortages, social and health policy, social needs

¹ Artykuł został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2015/17/B/HS3/00170.

W większości dotychczasowych badań uwzględniających listy jako źródło wiedzy o powojennych problemach społecznych i ekonomicznych to one decydują o wyborze kierunku i zakresu zagadnień, jakie omawiane są w opracowaniach. W takich analizach to źródła, a więc listy wyznaczają granice i kamienie milowe tworzonej narracji. Celem prezentowanego tekstu jest próba odwrócenia tej metody narracyjnej.

Dominująca w listach i skargach kierowanych do władz centralnych tematyka słusznie uznawana jest za odzwierciedlenie swoistej hierarchii problemów danego czasu lub dekady. Ale czy rzeczywistym twórcą owej hierarchii jest społeczeństwo czy państwo (instytucja)? Czy selekcja i dobór listów publikowanych w biuletynach i materiałach podsumowujących roczną działalność Biur Listów i Skarg są wystarczająco wiarygodne dla oddania realnej, codziennej skali i hierarchii problemów społecznych z poszczególnych dekad PRL? Tak postawione pytanie stało się głównym motorem prac prowadzących do poniższej analizy, będąc jednocześnie katalizatorem kolejnych, bardziej już szczegółowych pytań badawczych.

Problemy dotyczące opieki zdrowotnej, cielesności, higieny i szeregu zjawisk, które jako powiązane z chorobami społecznymi i cywilizacyjnymi wielokrotnie wkraczały w obszar swoistego społecznego tabu, w zachowanych listach kierowanych do władz centralnych pojawiają się z różną częstotliwością. Do końca lat 50. stanowią one całkiem sporą kolekcję materiałów, jakie zachowały się w zbiorach Biura Listów i Skarg KC PZPR. Także w skargach wysyłanych do przewodniczącego Rady Państwa do początku lat 60. odnaleźć można sporo ciekawych ich przykładów, jednak wraz z kolejnymi dekadami ich liczba staje się zdecydowanie mniejsza². Czy oznacza to zatem, że problemy dotyczące zdrowia i higieny, opieki zdrowotnej, działalności szpitali, zaopatrzenia aptek czy relacji z lekarzami z czasem stawały się coraz mniej istotne niż w pierwszej powojennej dekadzie, i że w społecznej hierarchii spraw priorytetowych lokowane były znacznie niżej niż problemy związane z patologiami pracy i mieszkalnictwem? Badaczowi historii społecznej trudno, mimo wszystko, w to uwierzyć.

I choć już ze wstępnego przeglądu zasobów korespondencji listowej, jaka trafiła do instytucji centralnych, wnioskować można, że dominującym i najważniejszym problemem społecznym w PRL były kwestie związane z mieszkalnictwem, zatrudnieniem (patologie pracy) i opieką społeczną, to jednak w gąszczu tych problemów zagadnienie zdrowia i higieny również odnajduje swoje miejsce. Przydział mieszkań i uznanie prawa do renty lub piastowania aktualnego stanowiska pracy³ leżały w gestii urzędników państwowych (decydentów), co z uwagi na planowanie centralne było powszechnie uświadamiane przez społeczeństwo.

² Listy wysyłane do obu tych instytucji traktuję jako materiał bazowy dla prowadzonych analiz.

³ Zwłaszcza po wejściu w życie szeregu rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie ustalenia stanowisk, kwalifikacji i wynagrodzenia pracowników (np. rad narodowych), zob. Dz.U. z 1973 r. nr 15, poz. 101.

Ale czy pomoc w uzyskaniu miejsca w szpitalu albo zdobyciu produkowanego na Zachodzie lekarstwa ułatwiającego leczenie chorób układu oddechowego, chorób serca lub nowotworów, w świadomości Polaków mieszkających w różnych zakątkach kraju, była postrzegana jako leżąca w sferze „mocy” centralnych władz? Jest to równocześnie pytanie o to, które obszary życia zdrowotnego – w odczuciu społecznym – znajdowały się faktycznie pod kontrolą państwa, a które obszary należały jednak do sfery prywatnej, lub z którymi problemami państwo Kowalscy byli pozostawieni samym sobie. To wreszcie również pytanie o to, na ile listy do władz jako źródła przydatne są dla badań życia prywatnego, i na ile są również nośnikami informacji o wrażliwych, prywatnych i tabuizowanych zjawiskach PRL-owskiej codzienności.

Oczywiste jest, że odpowiedzi na tak sformułowane pytania nie odnajdziemy wyłącznie, analizując korespondencję zgromadzoną w archiwach. Z tego też powodu przyjęta przeze mnie optyka patrzenia na listy przez kluczowe dla PRL problemy opieki zdrowotnej (a nie odwrotnie) ma na celu próbę sprawdzenia, na ile pojawiające się w zachowanych i dostępnych materiałach epistolograficznych wątki i tematy pokrywały się z tymi „obiektywnie” formułowanymi w dokumentacji archiwalnej, wytworzonej przez ministerstwo i wydziały zdrowia. Listy wysyłane zarówno do instytucji centralnych, jak i redakcji gazet oraz czasopism (społecznych i medycznych), uzupełnione również o inne, wytworzone oddolnie źródła narracyjne (m.in. pamiętniki, a także relacje mówione), stanowią zatem w moich badaniach materiał niejako wzajemnie się weryfikujący.

A zatem bazując na wcześniej prowadzonych badaniach empirycznych dotyczących powojennej opieki i świadomości zdrowotnej i wyszczególniając wyłaniające się z tych badań najistotniejsze zjawiska i problemy, podejmować będę próbę ich skonfrontowania z materiałem epistolograficznym dostępnym w zbiorach dwóch wybranych przeze mnie instytucji centralnych, tj. KC PZPR oraz Kancelarii Rady Państwa. Na ile skargi i listy kierowane do tych urzędów podejmowały problem opieki zdrowotnej i zdrowia jako takiego? Czy katalog zgłaszanych w nich problemów ulegał zmianom w czasie, i czy pokrywał się z zestawem tych, które zauważali w swoich wewnętrznych, ministerialnych dyskusjach decydenci i przedstawiciele środowiska medycznego? Czy i na ile pokrywał się on również z katalogiem problemów, które wyłaniają się z memuarystyki?

Walka z epidemiami

Tuż po wojnie, gdy na szczeblu ministerialnym trwały jeszcze debaty nad kształtem przyszłego systemu służby zdrowia, działalność na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej zdewastowanego wojną, epidemiami i niedożywieniem społeczeństwa

podejmowały przede wszystkim instytucje powoływane *ad hoc* w celu zapobiegania rozprzestrzeniającym się szybko chorobom zakaźnym – durowi brzusz-nemu, ospie, czerwonce, błonicy i płonicy. Najważniejszą z nich był powołany w 1944 r. Naczelny Nadzwyczajny Komisarjat do walki z epidemiami (NNK)⁴, który w drugiej połowie 1945 r. wszedł w struktury powołanego Ministerstwa Zdrowia. Uruchamiane po wojnie nierzadko prowizoryczne bądź tymczasowe szpitale i izby szpitalne oraz odradzające się w terenie spółdzielnie zdrowia podejmowały główny wysiłek w zakresie zabezpieczania i podnoszenia kondycji zdrowotnej mieszkańców. Zniszczenia materialne, fatalne warunki sanitarne i mieszkaniowe oraz ogromne w tym czasie ruchy ludności sprawiały, że niezwykle trudno było zaradzić rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych. Kolumny przeciwepidemiczne i sanitarne krążące na terenie województw i powiatów miały najczęściej za zadanie zlokalizowanie ognisk epidemicznych, zorganizowanie kwarantanny, przeprowadzenie dezynfekcji i ewentualnie przymusową hospitalizację osób zakażonych. W ramach walki z chorobami zakaźnymi podejmowano w tym czasie również akcje szczepień. Zarówno te ostatnie, z uwagi na nierzadkie w pierwszych latach po wojnie odczyny poszczepienne, jak i przymusowa hospitalizacja oraz niestabilizowany system opieki zdrowotnej rodziły wiele nieporozumień i niekiedy oddolny sprzeciw⁵.

Choć w praktyce, jak zaznaczały Olga Bujko i Helena Denis, pierwsze skrzynki zażaleń przy budynkach prezydiów rad miały zostać zawieszane już w 1946 r. celem „ułatwienia społeczeństwu wzięcia czynnego i bezpośredniego udziału w zwalczaniu nadużyć i wszelkiego rodzaju niewłaściwości oraz stawiania dezyderatów i wniosków odnośnie do funkcjonowania administracji i gospodarki publicznej”⁶, to jednak do dziś nie zachowało się zbyt wiele listów i skarg z zażaleniami dotyczącymi tego czasu. Nie dowiemy się zatem, czy – i jeśli tak, to jak – społeczeństwo w listach odnosiło się do zjawiska przymusowej hospitalizacji czy niekonsekwencji związanych z funkcjonującym wówczas odmiennie w różnych województwach systemem opieki medycznej. Informacje o społecznym niezadowoleniu lub oporach oraz trudnościach tego czasu zawierają jednak sprawozdania terenowe Ministerstwa Zdrowia oraz pamiętniki pielęgniarek⁷.

⁴ Por. E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, Wrocław 2001.

⁵ E. Szpak, *Epidemie chorób zakaźnych w powojennej Polsce jako problem społeczny*, [w:] *Od powietrza, głodu, ognia i wojny... Klęski elementarne na przestrzeni wieków*, red. T. Głowiński, E. Kościak, Wrocław 2013, s. 297–307.

⁶ O. Bujko, H. Denis, *Skargi i zażalenia*, Warszawa 1955, s. 7.

⁷ Zob. np. Archiwum Akt Nowych (dalej: AAN) Ministerstwo Zdrowia (dalej: MZ), GMWP, sygn. 17, 368/8, Protokoły ze zjazdów lekarzy w terenie (1945 r.), Sprawozdanie i wnioski ze zjazdu lekarzy w Gdyni 1945 r., *ibidem*, sygn. 51, Kontrola organizacji lecznictwa w terenie (1948 r.), Sprawozdanie z kontroli, woj. lubelskie, k. 150; *Wspomnienia pielęgniarek*, red. I. Brzozowska, H. Stefańska, S. Rybicki, Warszawa 1962, s. 672.

Relacje te pisane były jednak z nieco innej perspektywy. W raportach rządowych sprawozdający zwykle bowiem wypunktowywali te problemy lub sytuacje, które wydawały się kluczowe z punktu widzenia organizacji systemu opieki zdrowotnej i zapobiegania rozprzestrzenianiu się epidemii. Wspomnienia zaś, choć naświetlały wiele problemów, to robiąc to z perspektywy czasu minionego, z reguły pozbawione były elementu skargi czy żalu.

W trosce o zdrowie mas

W 1948 r. wraz z postępującą stalinizacją rozpoczął się proces wdrażania nowego systemu opieki zdrowotnej, wzorowanego na modelu radzieckim. Według niego służba zdrowia miała być państwowa, powszechna, jednolita i kompleksowa⁸. Zgodnie z tym wzorcem obejmować miała ona całe społeczeństwo, gwarantując wszystkim obywatelom dostępność i bezpłatność świadczeń zdrowotnych⁹. W rzeczywistości jednak budowa systemu opieki zdrowotnej przebiegała etapami, a o bezpłatnym i powszechnym dostępie formalnie (bo niekoniecznie już w praktyce) mówić można było dopiero w latach 70.¹⁰, gdy państwową opiekę zdrowotną rozciągnięto również na chłopów stanowiących wówczas blisko 50% ówczesnej populacji PRL. Choć – jak sugerują badania – prawdziwą przyczyną niemożności objęcia chłopów lecznictwem państwowym tuż po wojnie była niewydolność finansowa i infrastrukturalna państwa, to jednak w propagandzie i oficjalnym dyskursie (co najmniej do 1954 r.) przywoływano i podkreślano przede wszystkim czynniki ideologiczne. W 1953 r. na łamach „Zdrowia Publicznego” pisano: „w walce o przebudowę socjalistyczną wsi, powinna brać czynny udział i służba zdrowia, otaczając opieką przede wszystkim wieś uspołecznioną [...]. Stworzenie odpowiednich warunków sanitarnych w gospodarstwie zespołowym ma w obecnej dobie walk o socjalizację wsi nie tylko zdrowotne, ale i polityczne znaczenie”¹¹. Wyłączenie rolników indywidualnych z zakresu bezpłatnych lub ulgowych świadczeń stanowić miało zatem jedną z form/praktyk perswazyjnych, która miała skłaniać rolników do kolektywizacji (wstępowania do spółdzielni produkcyjnej lub przechodzenia

⁸ B. Fogt, *Poznański Ośrodek Reumatologiczny w kontekście zmian zachodzących w ochronie zdrowia w latach 1952–2005*, rozprawa doktorska, promotor: prof. dr hab. M. Musielak, źródło: Wielkopolska Biblioteka Cyfrowa link: <http://www.wbc.poznan.pl/Content/249324/index.pdf> (dostęp 19.12.2014).

⁹ *Ibidem*, s. 21.

¹⁰ *Organizacja ochrony zdrowia*, red. J. Indulski, Warszawa 1984, s. 315.

¹¹ M. Jarosz, S. Kosiński, *Geneza i zmiany strukturalne wiejskiej służby zdrowia*, [w:] *Stare i nowe struktury społeczne w Polsce*, t. 2: *Wieś*, Lublin 1995, s. 169.

do pracy w rolnictwie upaństwowionym)¹². Intensywne tworzenie tuż po wojnie terenowych ośrodków zdrowia, izb porodowych, rozbudowa szpitali i przychodni tylko teoretycznie skoncentrowana była wyłącznie na obszarze miast oraz w Państwowych Gospodarstwach Rolnych i spółdzielniach produkcyjnych – w rzeczywistości wiele tego typu placówek powstawało również na wsiach, gdzie przeważali gospodarze indywidualni. Rozbudowująca się infrastruktura służby zdrowia siłą rzeczy najbardziej skoncentrowana była jednak na ośrodkach miejskich.

Nowe placówki opieki zdrowotnej

Tworzenie nowych placówek opieki zdrowotnej – szpitali, przychodni, ośrodków zdrowia – toczyło się równoległe z procesem odbudowy zniszczonych wojną miejskich osiedli i domów, a także odbudową lub naprawą zniszczonych instalacji i systemów kanalizacyjnych. Ich szybka renowacja wielokrotnie stanowiła jeden z ważniejszych czynników poprawy sytuacji sanitarnej i epidemiologicznej w danym rejonie. Mimo że opisywana wcześniej działalność NNK i podlegających mu kolumn przeciwepidemicznych, wsparta wysiłkiem organizacyjnym lokalnego środowiska lekarskiego, zażegnała największe niebezpieczeństwa epidemiczne końca lat 40. to jednak, z uwagi na panujące powszechnie warunki higieniczne, biedę, fatalny stan wody pitnej oraz brak nawyków higienicznych większości ówczesnego społeczeństwa, ogniska epidemiczne i choroby tzw. brudnych rąk (choroby zakaźne przenoszone drogą pokarmową) wciąż stanowiły jeden z najbardziej wyrazistych problemów tego czasu¹³. Błonica, polio, dur brzuszny, ale również niezwykle groźna wówczas gruźlica i choroby weneryczne przyczyniały się do wysokiej umieralności pacjentów. Z powodu zachorowań umierali zarówno dorośli,

¹² Kobiety wiejskie miały prawo do bezpłatnych świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w czasie ciąży i porodu (poradnie K, izby porodowe); także wszystkie niemowlęta do 1. roku życia objęte były bezpłatną opieką medyczną (m.in. w poradniach D), a dzieci rolników do ukończenia 14. roku życia mogły korzystać z bezpłatnych świadczeń opieki lekarskiej, dentystrycznej, pielęgniarskiej i rehabilitacyjnej. Poza lekami dla niemowląt rolnikom nie przysługiwały jednak ulgi na środki farmaceutyczne, pełnopłatne było też leczenie powyżej 14. roku życia – wyjątkiem było leczenie gruźlicy (od 1959 r.) oraz chorób zakaźnych podlegających przymusowej hospitalizacji. Bezpłatne były także usługi poradni specjalistycznych (przeciwalkoholowej, onkologicznej, zdrowia psychicznego, a także szczepienia – zob. *Organizacja ochrony zdrowia*, red. J. Indulski, Warszawa 1984, s. 316.

¹³ Zob. np. *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, red. J. Kostrzewski, t. 1–2, Warszawa 1964; *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, red. J. Kostrzewski, M. Magdzik, D. Naruszewicz-Lasiuk, Warszawa 2001; E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, Wrocław 2001.

jak i dzieci, a zwłaszcza niemowlęta do 2. roku życia. Przepelnione, niedoinwestowane i przede wszystkim słabo ogrzewane lub zawilgocone szpitale, przemęczeni lekarze, niedouczeni felczerzy, na barki których wbrew obowiązującej ustawie o zakresie ich działalności nierzadko składano odpowiedzialność za życie chorych na prowincji¹⁴ – to główne problemy opisywane w tym czasie przez pracowników Ministerstwa Zdrowia. Ich uzupełnieniem, w świetle materiałów centralnych, były również informacje o niezwykle wysokich w tym czasie wskaźnikach nielegalnie dokonywanych aborcji (sztucznych poronień) i działaniach mających na celu likwidację tzw. babkarstwa¹⁵.

Czy analogiczne problemy pojawiają się również w listach wysyłanych przez społeczeństwo do Warszawy? Niekoniecznie.

Pierwsza obszerniejsza dokumentacja dotycząca problemów opieki medycznej i kwestii związanych ze zdrowiem pojawia wraz z inną adresowaną do KC PZPR lub Kancelarii Rady Państwa korespondencją w 1950 r. Jak zauważyła Anna Adamus, badająca problematykę listów wysyłanych do władz przez mieszkańców wsi, rosnąca z roku na rok korespondencja nie pozostawała bez związku z odgórnymi regulacjami prawnymi (uchwała Rady Ministrów z 14 grudnia 1950 r.) oraz zapisami w konstytucji z 1952 r.¹⁶, w oparciu o które „instytucja obywatelskiej skargi pełnić miała rolę nie tylko uprawnienia ale również obywatelskiego obowiązku”¹⁷. Trudno zatem jednoznacznie stwierdzić, czy na przykład przewijające się w tym czasie w listach zażalenia zrozpaczonych bliskich, których dotknęła śmierć dzieci lub poważna choroba, nie były formułowane w formie listów już wcześniej. Takie listy pojawiały się bowiem bardzo wcześnie i nadsyłane były z każdego niemal rejonu kraju. Ich celem nie było jednak wyłącznie wyrażenie własnego żalu lub rozczarowania związanego ze stratą. Nadawcy z reguły prosili o interwencję (zbadanie sprawy) lub też zwracali uwagę na jawną bezkarność i konieczność wyciągnięcia konsekwencji względem lekarzy, felczerów, położnych lub innych przedstawicieli środowiska medycznego ponoszących ich zdaniem odpowiedzialność za dotykająca ich tragedię. Winą za śmierć człowieka obwiniony mógł zostać bowiem każdy.

Przykładowo, w 1955 r. mieszkanka powiatu Koło (woj. poznańskie) pisała: „Mam wielki żal z powodu śmierci mojej córki, której to szpital Powiatowy Koło, oddział zakaźny podwoił chorobę. Wyniesiono córkę moją żywą do trupiarni, gdzie po przebytych ataku odzyskała przytomność. Widząc jednego trupa pokrojonego, a drugiego w całości córka bardzo się przelękała i płakała. Potem przyszły

¹⁴ Zob. E. Szpak, „Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli”. *Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej po 1945 r.*, Warszawa 2016, s. 39–41.

¹⁵ *Ibidem*, s. 57–58.

¹⁶ A.M. Adamus, *Problemy wsi w Polsce w latach 1956–1980 w świetle listów do władz centralnych*, Warszawa 2017, s. 38.

¹⁷ *Ibidem*, s. 39.

siostry i zastały ją żywą i przeniosły z powrotem na salę szpitalną. Dziecko moje żyło po tym jeszcze dwa tygodnie”¹⁸. W tym samym roku jedna z wiejskich matek mieszkająca w okolicach Siemiatycz pisała: „Zawiozłam córkę do doktora w K. Doktor dał mi skierowanie do szpitala do Siemiatycz, więc ja telefonowałam do tamtejszej stacji pogotowia. Zapytali się mnie czy należę do ubezpieczalni. Potwierdziłam prawdę, że należę, to od razu mi powiedzieli, że są popsute karetki i nie mogą przyjechać. A to było nie pierwszy raz. Telefonowałam dwa lata temu, to mi powiedzieli, że to jest daleko i nie przyjadą. I syn mi zmarł. Teraz nie przejechali i córka mi znowu zmarła”¹⁹.

O nieco innej sytuacji w liście do Redakcji Polskiego Radia pisała mieszkanka Świebodzina: „zachorowało mi dziecko. Lekarz przepisał zastrzyki, trzykrotnie zmieniał receptę i żadnego lekarstwa nie mogłam otrzymać w aptece. W rezultacie lekarz skierował dziecko do szpitala. W szpitalu było 25 dzieci i dwie tylko pielęgniarki, które nie dały sobie rady z obsługą, bo wiele dzieci miało biegunkę. Biegunka była i u mojego dziecka. Dnia 25 sierpnia dziecko zmarło. [...] gdybym miała lekarstwo potrzebne dla dziecka to bym sama dopilnowała i by żyło. Zapytuję się, dlaczego u nas w Polsce brak lekarstw, przecież tyle się produkuje różnych rzeczy. Dlaczego tak ważnej rzeczy jak lekarstwo nie można dostać?”²⁰.

Każdy z wyżej przytoczonych listów formułuje oskarżenie mniej lub bardziej wprost. W pierwszym przypadku jego adresatem są „siostry” i personel pomocniczy, w drugim przypadku była nim dyspozytorka pogotowia ratunkowego (zresztą w konsekwencji ukarana zwolnieniem), w trzecim przypadku zaś poza w miarę usprawiedliwionym lekarzem krytyce poddany został cały w zasadzie system niewydolnej opieki państwowej. Listów takich jak ostatni, w których odpowiedzialność za tragedię rozkłada się na cały system, jest stosunkowo mało. Z reguły pacjenci narzekają na konkretne zachowania pracowników służby zdrowia i na warunki panujące w szpitalach, ośrodkach zdrowia i innych instytucjach powiązanych z lecznictwem. O skargach na postawy lekarzy i personelu medycznego, a tym samym również o wyłaniających się z listów informacjach na temat relacji międzyludzkich wspomnę nieco później. W tym miejscu warto jednak podkreślić, że obciążanie winą za zgon konkretnych ludzi wpisywało się w ideę przyświecającą korespondencji, zakładającą informowanie o wszelkich formach biurokratyzmu i patologii występujących w socjalistycznych zakładach pracy i instytucjach publicznych.

Choć opisywane wyżej problemy mogły i niekiedy faktycznie świadczyły o nadużyciach lub obojętności środowiska medycznego przyzwyczajonego na co

¹⁸ AAN, Komitet Centralny Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej (dalej: KC PZPR), sygn. 237-XXV-17, s. 79.

¹⁹ *Ibidem*, s. 76.

²⁰ AAN, KC PZPR, sygn. 237-XXV-12, s. 102–103.

dzień do widoku cierpienia ludzkiego, to jednak na często przewijającą się w korespondencji problematykę zgonów dzieci, a także położnic składała się jeszcze ówczesna sytuacja sanitarno-epidemiczna. Pomimo opisywanego wcześniej zahamowania rozwoju wielu powojennych chorób zakaźnych problem wybuchających w kolejnych latach ognisk epidemicznych wciąż istniał. Wzmagaly go dodatkowo panujące po wojnie warunki sanitarne – potęgowane przez powszechny zarówno w mniejszych, jak i większych miastach brud oraz niezabezpieczone lub uszkodzone systemy wodno-kanalizacyjne. Efektem tych ostatnich był m.in. utrudniony w wielu miejscowościach dostęp do wody pitnej i użytkowej²¹.

Brak powszechnego dostępu do czystej wody oraz nawyku częstego mycia rąk, zwłaszcza w instytucjach zbiorowych (przedszkola, żłobki), przekładał się szybko na wybuchające ogniska epidemii chorób zakaźnych. W ich zakres wchodziły również zatrucia pokarmowe, a także przywoływane przez jedną z cytowanych wyżej autorek listów biegunki dziecięce i wszystkie inne choroby określane mianem „chorób brudnych rąk”. Wszystkie razem przekładały się na niezwykle wysokie w latach 50. i 60. wskaźnik umieralności niemowląt do 2. roku życia, będący powszechnie uznawanym miernikiem stanu sanitarnego danego kraju²². Narzekania na fatalne warunki życia, brak wody, ogrzewania, wilgoć czy inne szeroko pojęte i zagrażające zdrowiu lub życiu warunki bytowe (mieszkania) przewijały się w listach w zasadzie stale do końca okresu PRL.

Tak jak wiele z ówczesnych domów i mieszkań pozostawało zawilgoconych, nieogrzewanych albo było pozbawianych dostępu do prądu lub ogrzewania, tak samo wyglądała sytuacja większości placówek opieki medycznej. Choć zapewnienie im minimum niezbędnego standardu higienicznego było uznawane za priorytetowe, to w rzeczywistości nie zawsze udawało się władzom je zapewnić. Zresztą, jak zostanie wykazane dalej, w wielu przypadkach lokalni decydenci traktowali problem miejscowej służby zdrowia po macoszemu. To właśnie obojętność i ignorancja ze strony lokalnych władz i decydentów w odczuciu piszących zmuszała ich do działania za pośrednictwem korespondencji z instytucjami centralnymi.

Propaganda, w której powstające „jak grzyby po deszczu”²³ ośrodki zdrowia, izby porodowe czy szpitalne gwarantować miały najlepszą możliwą opiekę i warunki²⁴, zafałszowywała bowiem mocno obraz rzeczywistości. Jej odbiorcy,

²¹ Więcej o warunkach sanitarnych w PRL piszę w artykule: *Warunki sanitarne w powojennej Polsce. Zarys problemów i dynamiki zmian (1945–1970)*, „Polska 1944/45–1989. Studia i materiały”, t. 12, Warszawa 2014, s. 286–288.

²² Np. S. Klonowicz, *Stan zdrowia ludności Polski w latach 1950–1973. Próba oceny na podstawie wybranych informacji statystycznych*, „Studia Demograficzne” 1975, nr 40, s. 138.

²³ *Pamiętniki lekarzy*, wybór i red. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968, s. 844.

²⁴ Zob. np. kroniki filmowe: *W wiejskim ośrodku zdrowia* (PKF 50/25) oraz *Ambulans jeździe na wieś*, 1952 (PKF 50/25) <http://www.kronikarp.pl/szukaj,19772,tag-689431,strona-2> (dostęp 31.12.2014) oraz <http://www.kronikarp.pl/szukaj,10896,strona-2> (dostęp 31.12.2014).

w zderzeniu z realiami i występującymi powszechnie brakami sprzętu lekarskiego, leków, lekarzy, karettek i złym stanem materialnym szpitali, rozczarowani pisali od wczesnych lat 50. szereg skarg i doniesień.

W latach 50. i 60. wiele z nich dotyczyła komunikacji i niepewności związanej z możliwością dostępu do służby zdrowia. Przywoływana wcześniej sytuacja z okolic Siemiatycz, gdzie (rozłożona w czasie) śmierć obojga dzieci wiązana była z niedostępnymi w praktyce samochodami pogotowia ratunkowego, stanowiła tylko jedną stronę opisywanego zjawiska. W innych listach korespondencji zgłaszali z kolei problem bardzo wydłużonego czasu oczekiwania na samochód bądź też krążenia karetki wraz z pacjentem między okolicznymi szpitalami celem znalezienia wolnego miejsca. Taka sytuacja miała miejsce m.in w 1954 r. w Białymstoku, gdzie „żaden szpital nie chciał przyjąć chorego. Szpital chirurgiczny go odesłał do oddziału wewnętrzznego, ten znów na zakaźny, a zakaźny z powrotem na wewnętrzny, który go wreszcie przyjął”²⁵. Incydent ten najprawdopodobniej miał miejsce w czasie jednego z okresów epidemicznych. Ale wątek braku miejsc w salach i na korytarzach szpitalnych pojawiał się również w okresie późniejszym. Co ważne, znajdował on również swoje odzwierciedlenie w szeregu spraw poruszanych podczas spotkań Kolegium Ministerstwa Zdrowia. Przepięnienie szpitali i brak miejsca dla nowych pacjentów skutkowało niekiedy koniecznością lokalizowania ich nie tylko poza przeznaczonymi do tego salami, ale także podwójnie na jednym łóżku²⁶.

Przepięnienie szpitali – zarówno w przypadku położnic, jak i osób chorych na choroby zakaźne – wiązało się z ograniczoną infrastrukturą i permanentnymi brakami wyposażenia. Nie był to jednak tylko problem zbyt małej kubatury istniejących szpitali czy niewystarczającej liczby łóżek. Wiele ówczesnych, zwłaszcza prowincjonalnych szpitali co najmniej do połowy lat 60. funkcjonowało w budynkach tymczasowych bądź prowizorycznych, tylko częściowo dostosowanych do potrzeb lecznictwa zamkniętego, nierzadko niespełniających też wymogów sanitarnych.

Ciekawa, choć symboliczna, jest tutaj sytuacja opisywana przez jednego z korespondentów z Radomska: „Między ul. 1 Maja a Brzozową znajduje się oddział

²⁵ AAN, KC PZPR, 237-XXV-26, s. 44; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej [MZiOS], sygn. 1/1190, s. 187.

²⁶ O sytuacji takiej wspomniano podczas jednego z terenowych posiedzeń Kolegium Ministerstwa Zdrowia w Krakowie, AAN, MZ, sygn. 1/39 Protokół z posiedzenia Ministerstwa Zdrowia w Krakowie, odbytego w Sali portretowej Prezydium Rady Narodowej w Krakowie 26.11.1958 r., k. 4. O tym, że problem w wielu rejonach nie zmienił się w czasie zbyt szybko, świadczyły też materiały z Wielkopolski, gdzie w 1969 r. stwierdzano, że zagęszczenie chorych w placówkach szpitalnych było o 30% wyższe od obowiązujących norm. Kwestie zapewnienia aseptyki i zwyczajnej higieny w takich warunkach stawały się tym samym wątpliwe; AAN, MZiOS, sygn. 1/67, Wnioski do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej – w zakresie bazy lecznictwa zamkniętego, k. 15.

zakaźny szpitala miejskiego. Szpital ten mieści się w budynku mieszkalnym, w którym mieszkają także osoby prywatne z małymi dziećmi, nie zatrudnione w szpitalach. W obrębie szpitala w budynku piętrowym znajduje się prosektorium [...] zwłoki osób zakaźnie zmarłych wynoszone są przez wiecznie otwartą bramę od ul. Brzozowej. Wietrzenie bielizny, pościeli i usuwanie pierza z poduszek po chorych odbywa się bezpośrednio na ulicy. Chorzy spacerują po ul. Brzozowej w białiznie szpitalnej”.

Jak wynika z dokumentacji towarzyszącej sprawie, w ciągu kilku miesięcy po zgłoszonym doniesieniu (choć nie wiadomo, czy bezpośrednio wskutek niego) szpital został przeniesiony z ul. Brzozowej do bardziej przystosowanego budynku. Nie wszystkie jednak placówki zmuszone do pracy w warunkach tymczasowych, nieadekwatnych lub zagrażających zdrowiu okolicznych mieszkańców miały takie szczęście. Budziło to duży niepokój zarówno u pacjentów, jak i w środowisku pracujących tam lekarzy i personelu pomocniczego.

W 1954 r. list zbiorowy do KC wysłało 9 chorych ze szpitala Miejskiego w Inowrocławiu: „wnosimy skargę na dyrekcję szpitala miejskiego w Inowrocławiu, ponieważ oddział zakaźny znajduje się w barakach, w których jest dotkliwie zimno. Nocami nie można spać, gdyż zimno dokucza każdemu. Najwięcej cierpią dzieci, które kostnieją po prostu z zimna. Grzejniki elektryczne nie mogą ogrzać baraku a na dworze z każdym dniem temperatura opada. Prosimy, aby Komitet Centralny zajął się tą sprawą jak najprędzej i nie pozostawiał nas na katorgę zimna”²⁷.

Na ciężkie warunki panujące do końca lat 50. w szpitalu powiatowym w Lubartowie narzekał także jeden z lekarzy: „Szpital składa się z dwóch budynków, w tym jeden zbudowany jest w formie baraku. W tym budynku warunki w jakich przebywają chorzy są zaprzeczeniem profilaktyki, a mają dużo do życzenia pod względem higieny znajdują się tu trzy oddziały, wewnętrzny, gruźliczy i zakaźny. Żaden z tych oddziałów nie jest od siebie oddzielony. Chorzy mają wspólny korytarz, jedną łazienkę i umywalkę. To zmusza ich do codziennego stykania się ze sobą i powoduje rozsiewanie zarazków, zwłaszcza gruźlicy”²⁸.

W tym samym też roku inny autor listu zdesperowany brakiem reakcji władz lokalnych zwracał się do władz centralnych z własnymi propozycjami zaradzenia trudnościom częstochowskiego szpitala, doradzając podjęcie konkretnych i zwykle dość ergonomicznych działań i inwestycji mających na celu usprawnienie funkcjonowania placówki medycznej (rozbudowa skrzydeł bocznych szpitala, zagospodarowanie przestrzeni otaczającej budynek, budowa jednej windy do przewozu chorych i żywności, odciążenie ruchu na drodze dojazdowej)²⁹. Czy jego propozycje zostały rozpatrzone i choćby częściowo wprowadzone w życie – trudno

²⁷ AAN, KC PZPR, sygn. 237-XXV-12, s. 98.

²⁸ AAN, KC PZPR, 237-XXV-17, s. 65.

²⁹ *Ibidem*, s. 64–65.

stwierdzić. Faktem jest jednak, że niekiedy korespondencja – choć niekoniecznie w formie skarg czy zażaleń, w połączeniu z determinacją i lokalną aktywnością pisańcem – potrafiła wiele zdziałać. Przykładem tego była działalność jednego z lekarzy, który w latach 50., jeszcze jako felczer, przez wiele lat z ogromnym uporem i konsekwencją czynił starania na rzecz rozbudowy swego szpitalnego miejsca pracy. Swój ogromny sukces, zmierzający do zmaterializowania w formie nowego budynku szpitalnego, opisywał w rozmowie w 2015 r.³⁰

Jego podań i pism, a tym bardziej rozłożonych w długim czasie efektów działań nie odnajdziemy jednak w zachowanych zbiorach listów i skarg. Czy analogicznych przypadków było zatem więcej, można tylko domniemywać.

Braki kadr, kompetencji i miejsc

Trudności w funkcjonowaniu placówek lecznictwa państwowego, choć z reguły powiązane były z niedociągnięciami lub patologiami systemowymi, wynikały też z przyczyn bardziej obiektywnych, które tworzyły m.in. stanowiące konsekwencję wojny zniszczenia oraz braki kadrowe. Niewystarczająca liczba lekarzy, którą w początku lat 50. próbowano odgórnie wesprzeć przez tysiące młodych felczerów kształconych w specjalnie powołanych dwuletnich szkołach felczerskich, mimo wysiłków dawała o sobie znać co najmniej do lat 70. Niedobór lekarzy i specjalistów sprawiał, że często byli oni przeciążeni pracą oraz obowiązkami. Łącząc kilka etatów, nierzadko też to właśnie oni stawali się adresatami skarg pisanych przez pacjentów, którzy czuli się zaniedbywani. Chorzy, którzy w przestrzeni ośrodka zdrowia, a tym bardziej szpitala czuli się całkowicie zależni od wiedzy (woli), troski i uwagi prowadzącego ich przypadek lekarza, narzekali zarówno na brak lekarskiego zaangażowania, jak i na poczucie bycia uprzedmiotawianymi. Takie skargi w listach z lat 50. pojawiają się dość często. Czy w praktyce życia codziennego zjawisko to było powszechne, trudno jednoznacznie stwierdzić. Zarówno bowiem pamiętniki i wspomnienia, jak i dokumentacja i sprawozdania Ministerstwa Zdrowia nie wspominają zbyt często podobnych historii. Ale, co ciekawe, w listach, które do władz wysyłali sami lekarze lub felczerzy, odnaleźć można ślady wyraźne odczuwanego dyskomfortu i frustracji związanej ze sposobem wykonywania przez nich pracy.

„Mimo, że około dwóch tysięcy lekarzy opuszcza rocznie mury wyższych uczelni, stale przecież lekarz prowincjonalny goni od jednej do drugiej przychodni

³⁰ Anestezjolog, miejscowość L, woj. lubelskie [nagranie przeprowadzone w 2015 r. ramach grantu podoktorskiego pt. Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej po 1945 r. Studium zmian/Fuga 1, NCN].

i faktycznie pracuje 10–12 godzin na dobę” – pisał jeden z nich. „Podkreślam faktycznie, bo przecież obowiązuje Socjalistyczna Dyscyplina Pracy. Ważne jest by lekarz się nie spóźnił, ale nikt nie zwraca uwagi, że dłużej siedzi, bo trudno, trzeba przecież przyjąć wszystkich – czekających na poradę. A nocne dyżury?”³¹.

Obok dyżurów i wizyt w ośrodkach lekarze prowincjonalni zobowiązani byli także odbywać wizyty domowe, które nie tylko bywały uciążliwe (z powodu trudności transportowych, w sprawie których najczęściej pisali też własne listy), ale także z powodu poczucia dyskomfortu związanego z zakłócaniem cudzej prywatności: „Skończy się praca w ambulatoriach, rozpoczyna się gehenna odwiedzin chorych obłożnie, rozrzuconych nieraz w promieniu 25 km. Pewne instytucje do 4 km odmawiają środków lokomocji (widocznie biorą pod uwagę komunikacje miejską, której na prowincji nie ma), 4 km w jedną stronę, 4 km droga powrotna, 8 km pieszo, czas 2 godziny. W wyjątkowych przypadkach można wezwać taksówkę, na którą czeka się kilka godzin. Lecznictwo otwarte dysponuje najczęściej jedną osobówką, z której kolejno korzystają lekarze do objazdu po swoich rejonach. Toteż zdarza się, że lekarz rozpoczyna swój objazd wieczorem i wraca nocą. Chory często już śpi, a lekarz budzi sąsiadów w poszukiwaniu chorego i spotka się z zarzutem, że w rannych godzinach zgłoszono wizytę, a przyjeżdża w nocy”³².

Informacje o irytacji pacjentów wynikającej z opóźnienia karettek i wizyt domowych odnajdujemy także w innych listach i pamiętnikach³³. Jak widać, zjawisko to generowało frustrację u obu grup, choć przyczyny zdenerwowania leżały gdzie indziej.

Tym, co poza narzekaniami na terminowość i warunki leczenia pozostawało jednak zbieżne ze skargami pisanymi przez lekarzy oraz przez ich podopiecznych, był strach przed błędami medycznymi i brakiem wystarczających kwalifikacji zawodowych. Przyczyny niepokoju były oczywiście inne u każdej z piszących grup. Lekarze swój lęk przed medycznym błędem łączyli najczęściej z niemożnością lub utrudnieniami w nabywaniu lub poszerzaniu aktualnej wiedzy specjalistycznej.

Ów lęk pośrednio wyłania się zresztą z przytoczonego wcześniej listu lekarza żalącego się na zbyt długie godziny pracy. Inny lekarz, pełniący funkcję kierowniczą, także pisał: „często lekarz, zwłaszcza na stanowisku kierowniczym – czy dyrektor, czy ordynator – bardzo niewiele czasu może poświęcić leczeniu chorego, do czego przecież jest powołany i posiada wykształcenie. Mówi się o takich czy innych metodach pracy, mówi się o kolosalnym postępie medycyny a nasze

³¹ AAN, KC PZPR, sygn. 237-XXV-16, s. 93.

³² *Ibidem*, s. 94.

³³ Np. AAN, KC PZPR, sygn. 237/XXV-17, s. 75; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej [MZiOS], Kontrola sposobu załatwiania skarg i wniosków w terenie i w jednostkach budżetu centralnego przeprowadzona przez przedstawicieli ministerstwa, sygn. 1/190, k. 18, 187; *Pamiętniki pielęgniarzek...*, s. 672.

najszlachetniejsze wysiłki ograniczają się niemal wyłącznie do prób zapewnienia rodzącej czystego łóżka [...] stała troska o łatanie tych braków wyczerpuje naszą energię i odwraca uwagę od zagadnień lekarskich. Nasze doświadczenie lekarskie ubożeje”³⁴.

Lęk przed niemożnością rzetelnego wypełniania własnych obowiązków i strach przed medycznym błędem wynikającym z braku aktualnej i uzupełnianej wiedzy szczególnie często opisywany był w skargach z lat 50. przez lekarzy z mniejszym stażem pracy. W 1956 r. jedna z młodych kobiet, która po skierowaniu do pracy w warszawskim szpitalu napotkała na trudności w kontynuowaniu rozpoczętej specjalizacji, pisała: „Po 10 miesiącach specjalizacji zostałam poinformowana ustnie, że z dniem 15 marca br. cofnięto mi delegację do szpitala. Fakt ten pozbawia mnie możliwości kontynuowania poważnie zaawansowanej specjalizacji i nie zmierza do podnoszenia kwalifikacji lekarza. Konieczność stałego i systematycznego podnoszenia kwalifikacji lekarskich jest zagadnieniem niezbędnym. Jasnym jest, że młody lekarz posiadający jedynie pewien zasób wiedzy teoretycznej nie będzie w stanie podjąć wysoce odpowiedzialnemu zawodowi, o ile w okresie początkowej praktyki zostanie pozbawiony możliwości nauki w szpitalu pod kierunkiem wysoko wykwalifikowanych lekarzy”³⁵.

Rok wcześniej o podobnych problemach pisał również w liście do władz młody absolwent Akademii Medycznej, który po otrzymanym nakazie pracy w szpitalu w Krotoszynie zderzył się z ograniczeniami w podnoszeniu swych kwalifikacji zawodowych: „z chwilą przybycia z nakazu pracy na teren Krotoszyna [...] systematycznie dławiono mój entuzjazm. Moją chęć zdobywania wiedzy, ośmieszając moje oparte na nowych zdobyczach poglądy”³⁶. Kłopoty tego młodego medyka wynikały z autorytarnego stosunku starszego o kilka dekad przełożonego, niedopuszczającego żadnej krytyki i sceptycznie ustosunkowanego do najnowszej wiedzy medycznej. Problem z podnoszeniem kwalifikacji nie wynikał jednak tylko z braku otwartości starszego pokolenia lekarzy na nową wiedzę teoretyczną i lęku przed młodszym (konkurencyjnym?) pokoleniem lekarzy. Niewątpliwie niekiedy u jego podłoża stała rywalizacja o autorytet i wewnętrzny podział władzy w danym ośrodku/szpitalu. Niebagatelne znaczenie miała także – zwłaszcza w latach 50. – siatka towarzysko-urzędniczych powiązań, skutecznie ułatwiających pozyskanie deficytowych dóbr lub też utajnienie niewygodnych potknięć i pomyłek. Jak wynika bowiem z listów lekarzy i personelu medycznego, nadużywanie władzy lub tuszowanie błędów lekarskich bądź felczerskich, a także „rozmywanie problemów” przez przeniesienia pracowników i wymuszanie korzystnych (zwykle pisemnych) zeznań i poświadczeń na personelu niższym, było zjawiskiem dość

³⁴ AAN, KC PZPR, sygn. 237-XXV-16, s. 91.

³⁵ AAN, KC PZPR, 237-XXV-17, s. 73.

³⁶ *Ibidem*, s. 69; KC PZPR, 237-XXV-12, s. 101.

częstym i zwykle powiązanych z wyżej wspomnianymi układami. Sytuacje takie sygnalizowane były w korespondencji do władz przez cały okres PRL³⁷.

O szczególnie przykrych faktach informował anonim nr 4622. Oto garść wymienionych tam zarzutów: „Szef Prokuratury w Gryfinie J.D. służbowego samochodu używa niemal wyłącznie do celów prywatnych – wozi nimi dzieci do szkoły. Żona lekarz, jeździ nim na prywatne wizyty [i – ESz] jest rzadkim gościem w przychodni, przyjmuje chorych w gabinecie prywatnym. Kierownik wydziału zdrowia wziął od kobiety 1000 zł za przyjęcie do szpitala. Prokurator dochodzenie umorzył. Lekarz L., protegowany brata [prokuratora] nałogowy alkoholik, robi operacje w stanie nietrzeźwym”³⁸.

Bazując wyłącznie na listach, które w pozostawionych zasobach nie zawsze uzupełnione są o towarzyszącą im dokumentacją wyjaśniającą, trudno stwierdzić, w ilu przypadkach oskarżenia o nadużywanie władzy celem tuszowania nadużyć i błędów w sztuce znajdowało potwierdzenie w rzeczywistości. Tego typu sprawy często jednak bywały skrupulatnie badane i weryfikowane. Zdarzały się i takie skargi (listy), które rozpoczynały dość dokładne dochodzenie w strukturach lokalnych władz i prowadziły do lawinowej zmiany na stanowiskach.

Tego typu informacje, często drogą plotek lub pomówień, trafiały do pacjentów, potęgując dość spory w tym czasie (zwłaszcza na prowincji) lęk przed regularnym kontaktem z lekarzem i tym bardziej leczeniem zamkniętym (szpitalnym)³⁹. Warto bowiem podkreślić, że jeszcze w latach 60. świadomość zdrowotna i higieniczna znacznej części społeczeństw pozostawiała wiele do życzenia. Realny strach pacjentów generowały zwykle jednak nagłośnione w prasie lub lokalnym środowisku konkretne wypadki. Przykładowo, po nieszczęśliwym zdarzeniu, do którego doszło w Ciechanowie, gdzie podczas skomplikowanego porodu jeden z lekarzy dokonał usunięcia mięśnia macicy rodzącej kobiecie, do KC PZPR wystosowany został list zbiorowy kilkunastu innych, przerażonych sytuacją kobiet: „Pragniemy się dowiedzieć czy takie rzeczy są dopuszczalne jak usuwanie kobietom macic i jajowodów. Polska Ludowa nastawia się na to, aby rodiło się potomstwo, ażeby wzrastały pożyteczne pokolenia oddane Ojczyźnie Ludowej. Rząd ludowy nie nakazuje kastrować kobiet polskich jak to robi dyrektor szpitala w Ciechanowie [...]. Wojewódzki Wydział Zdrowia toleruje i popiera takiego dyrektora [...]. My matki Polki pragniemy mieć nasze potomstwo i wychowywać nasze dzieci na dzielnych i pożytecznych obywateli naszej ukochanej ojczyzny ludowej. Nie pozwolimy, ażeby taki weterynarz kastrował kobiety i wysyłał do ziemi”⁴⁰ – pisały mieszkanki Ciechanowa.

³⁷ *Ibidem*, s. 70.

³⁸ AAN, KC PZPR, 237-XXV-60, s. 4–5.

³⁹ E. Szpak, *Chory człowiek jest...*, s. 71–77.

⁴⁰ *Ibidem*, s. 68.

Zgłoszona i nagłośniona sprawa zakończyła się dla lekarza zwolnieniem ze stanowiska dyrektora i ordynatora oraz przeniesieniem do lecznictwa otwartego „z powodu braków fachowych”⁴¹. W wielu przypadkach jednak błędy lekarskie – nawet jeśli zgłaszane i rozpatrywane – nie zawsze pociągały do odpowiedzialności konkretne jednostki. W tych sprawach, które odcisnęły trwałe piętno na zdrowiu i sprawności pacjentów, zdarzało się, że oni sami, zdesperowani brakiem reakcji władz lokalnych, wchodzili na drogę postępowania sądowego. W takich sytuacjach skargi pisano zazwyczaj w chwili, gdy przewód sądowy przebiegał niepomysłnie dla obywateli. Przykładem tego była m.in. sprawa niepełnoletniej dziewczynki, której bez zgody opiekunów i konsultacji z innymi lekarzami amputowano rękę⁴². Zrozpaczony ojciec dziecka w 1958 r. wytoczył proces odpowiedzialnym za ten fakt lekarzom. Umorzenie sprawy po blisko dwuletnim dochodzeniu i prośba o pomoc w dochodzeniu sprawiedliwości były w tym przypadku głównymi powodami wystosowania listu do władz. O podobnej sprawie kilka lat wcześniej pisał w liście do władz inny mężczyzna, który odmówił sugerowanej przez lekarzy amputacji bolącej nogi, a która pod kierunkiem innego specjalisty została wyleczona⁴³.

Świadomość praw i domaganie się na drodze sądowej odszkodowania lub zadośćuczynienia za popełniony błąd lub powstałą niepełnosprawność przy jednoczesnym szukaniu wsparcia ze strony władz centralnych w toczącym się postępowaniu z reguły cechowała mieszkańców miast, zwykle też tych zaliczających się do środowisk bardziej wykształconych.

W dekadach późniejszych wszczynanie postępowania sądowego i jednocześnie zgłaszanie sprawy do władz centralnych częściej pojawiało się w kontekście starań o odszkodowanie w związku z wypadkami w zakładzie pracy. W latach 50. wypadki przy pracy nie były wcale rzadsze niż w dekadach późniejszych, jednak listów w ich sprawach wydawało się zdecydowanie mniej. Pewien trop na przyczyny tego zjawiska w liście z 1959 wskazywał jeden z ówczesnych prawników: „[...] na porządku dziennym jest, iż przepisy BHP są wydawane nie w celu zapobieżenia wypadkom przy pracy, lecz w celu usunięcia odpowiedzialności cywilnej i karnej zawinionej przez przedsiębiorstwo i tak też interpretowane” – pisał. „To samo można powiedzieć o referatach i pracownikach komórek BHP: zamiast rozwijać działalność mającą na celu zmniejszenie i usunięcie wypadków w pracy, są z reguły używani przez dyrekcję do takiego przedstawiania spraw wypadków, jaka wygodna jest dla dyrekcji, a nawet wprost fałszowania sprawy dochodzeń. Na porządku dziennym [jest] słuchanie zaraz po wypadku ludzi na wpół przytomnych i takiego fabrykowania protokołów, który by usuwał odpowiedzialność

⁴¹ *Ibidem.*

⁴² *Ibidem*, s. 129.

⁴³ AAN, KC PZPR, sygn. 237/XXV-12, k. 94, 97.

nadzoru i przedsiębiorstwa. Często nawet są wypadki nacisków na świadków, aby nie zeznawali prawdy, zatajali niewygodne szczegóły, itp. Wobec zupełnej zależności BHP od dyrekcji, wprost wyobrazić sobie niepodobna, aby ludzie ci mogli oprzeć się naciskom w dochodzeniach i ujawniali prawdę⁴⁴. Dalej cytowany prawnik wymieniał przykłady najbardziej typowych działań mających na celu umorzenie dochodzenia lub też przerzucanie całej odpowiedzialności cywilnej na poszkodowanego (niekompetencja prowadzących dochodzenie w zakresie prawa BHP, przeciąganie spraw, przedawnianie, gubienie dokumentacji itp.).

Rosnąca świadomość zdrowotna?

Zażegnanie w latach 60. najbardziej niebezpiecznych chorób zakaźnych (będące m.in. efektem obowiązkowych szczepień i podnoszącej się świadomości zdrowotnej społeczeństwa) sprawiło, że znacznie bardziej wrażliwe na kwestie zdrowotne społeczeństwo szybciej udawało się na konsultacje lekarskie niż przed wojną lub pod koniec lat 40. Bezpłatny system opieki medycznej oraz rozbudowywana mimo wszystko infrastruktura oraz tzw. medycyna pracy sprawiały, że zarówno w miastach, jak i na wsiach korzystanie z opieki lekarskiej stawało się tańsze i łatwiejsze. Charakterystyczny dla okresu powojennego boom demograficzny z jednej strony – choćby przez hospitalizację porodów – sprzyjał upowszechnianiu się praktyki korzystania z opieki medycznej, z drugiej zaś – tworząc wysoki popyt na medyczne usługi – generował kolejki, powodował przepełnienie szpitali, pośpiech niewystarczającej liczby lekarzy i personelu medycznego oraz rosnącą frustrację.

Większość z tych problemów odnajduje również swoje odbicie w pisanych do władz listach i skargach. Odgórna hospitalizacja porodów⁴⁵ realizowana konsekwentnie przez państwo od połowy lat 50. sprawiała, że najbardziej przeciążonymi i obleganymi placówkami opieki medycznej były przede wszystkim szpitalne oddziały porodowe i zlokalizowane w gminach i większych wsiach tzw. izby porodowe. Nie dziwi więc też fakt, że większość spraw okołomedycznych zgłaszanych w listach obywateli skoncentrowana była wokół porodów i towarzyszących im trudności lub zaniedbań. Te ostatnie bywały czasami zaskakujące. W jednym z doniesień czytamy: „żona nauczyciela S. zachorowała na porodówce w Żychlinie. Odwieziono ją wraz z noworodkiem do szpitala powiatowego w Kutnie, po czym noworodka odesłano z powrotem do Żychlina. [po czterech dniach] w niedzielę, rodzina przyjeżdża do chorej z wizytą, a kiedy nie zastali jej – zwrócili się

⁴⁴ AAN, *Biuro Listów...*, sygn. 237/XXV-28, Biuletyn 6/295, k. 22.

⁴⁵ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/33 Sprawozdanie krajowego specjalisty w zakresie położnictwa prof. Roszkowskiego za 1957 r., k. 7.

do siostry z pytaniem: «gdzie jest chora», a siostra odpowiada: «myślałam, żeście ją zabrali». Rozpoczęły się poszukiwania po szpitalu, a potem po Kutnie. Dopiero w poniedziałek znaleziono ją pół kilometra od szpitala zamarznąłą. Wyszła ze szpitala tylko w szlafroku i łapciach; zostawiła troje sierot»⁴⁶.

W innym równie poruszającym liście rodzina ciężko chorego dziecka, hospitalizowanego w styczniu 1954 r. w szpitalu w Zielonej Górze, pisała: „Bardzo nam było trudno dowiedzieć się o stanie zdrowia dziecka, oraz o rozwoju choroby. Dziecko [w marcu] prawdopodobnie zostało przewiezione do Poznania, o czym dowiedzieliśmy się ze stacji pogotowia [...] do Poznania dzwoniemy codziennie i odpowiada ją nam, że takie dziecko nie jest zarejestrowane. Wysyłają nas od szpitala do szpitala i nie możemy się dowiedzieć o dziecku. Pomóżcie nam znaleźć dziecko»⁴⁷.

Oczywiście opisywane wyżej sytuacje nie były codziennością, a do zaniedbań dochodziło najprawdopodobniej z różną częstotliwością. Analiza innych materiałów narracyjnych dowodzi, że wiele kobiet było raczej zadowolonych z opieki lekarskiej lub przynajmniej nie traktowało jej w kategoriach swoistej traumy. W ocenie jakości opieki okołoporodowej znaczenie mógł mieć jednak również kontekst generacyjny. Bardzo ciekawie oddała go jedna z wiejskich pamiętnikarek: „Do wieczora jeszcze odbierałam żyto, ale była już jakaś nieswoja, a w nocy pojechałam rodzić. W szpitalu czyściutko i jasno. Zatkąło mnie. Tu nie wyobrażają sobie jak my żyjemy, przy naftowej lampie, utrudzeni żniwami. Zaraz mnie wzięli do wanny. To była rozkosz. Bóle ustały. Odżyłam nieco, bo choć robiłam przy żniwach, to na pewno chlebem nie pachniałam. Tam chodziły kobiety czekające, wesoło rozmawiały, czyściutkie, w jedwabnych szlafrokach, pachnąc perfumami. Pierwszy raz zobaczyłam jak w mieście się szanują. Niektóre czekały już kilka dni i odpoczywały, miały urlopy macierzyńskie. A na wsi, gdzie taka kobieta ma urlop? Aby tylko ze szpitala wróciła, to już do roboty, bo tydzień darmo leżała, a tu żniwa. Teściowa nieraz mówiła, że teraz to się baby pieścżą, bo ona w wieczór urodziła, a rano brała sierp i szła do żniw i wytrzymała»⁴⁸.

W odniesieniu do opieki okołoporodowej warto odnotować jednak fakt, że bazując wyłącznie na materiałach listowych wysyłanych do władz centralnych, wnioskować można byłoby, że co najmniej od końca lat 60. jakość opieki nad położnicami znacznie wzrosła i zarówno one same, jak i ich bliscy nie zgłaszali w instytucjach centralnych niemal żadnych pretensji do warunków i sposobu traktowania ich przez personel medyczny. Niemal całkowity brak wniosków odnoszących się do tej problematyki budzi oczywiście zastanowienie, tym bardziej że uważna kwerenda ujawnia też szerszy zakres zjawiska, przynajmniej w przypadku dokumentacji przesyłanej do KC PZPR oraz przewodniczącego Rady Państwa.

⁴⁶ AAN, KC PZPR, sygn. 237-XXV-12, s. 111.

⁴⁷ *Ibidem*, s. 112.

⁴⁸ *Być matką*, przedmowa i wybór D. Gałaj, Warszawa 1986, s. 39.

W archiwalnych skargach pisanych do centralnych instancji partyjnych i przewodniczącego Rady Państwa zauważyć można, że od lat 60. i w latach 70. sprawy zdrowotne i dotyczące „stosunków panujących w szpitalach” lub innych placówkach opieki medycznej niemal zupełnie znikają z materiałów centralnych biur skarg i zażaleń. Czy oznacza to jednak, że listy dotyczące tej problematyki nie napływały tam w ogóle? Choć wraz z czasem niewątpliwie mogło tak być, to dla dokumentacji z lat 60. nie da się tego potwierdzić. Jak sugerują szczątkowe dokumenty odnalezione w aktach Ministerstwa Zdrowia – część listów przesyłana musiała być dalej do poszczególnych departamentów Ministerstwa Zdrowia oraz – prawdopodobnie częściej – z powrotem odsyłana lub weryfikowana przez odpowiednie lokalne struktury miejscowych wydziałów zdrowia. Znaczna część dokumentacji trafiała też (pytanie czy tylko bezpośrednio od obywateli?) do redakcji Polskiego Radia oraz gazet i czasopism. To właśnie media, publikując i napiętnowując szereg zjawisk, służyły jako swoista trybuna pozwalająca na wyrażanie i formułowanie żali i trosk obywateli dotyczących społecznych relacji i nadużyć.

Wiele czasopism kobiecych lub codziennych już od lat 50. uruchamiało na swych łamach specjalne „kąciki porad”, w ramach których publikowano przedruki korespondencji nadsyłanej przez czytelników. Czy wśród drukowanych tam tekstów odnajdywały się również i te, które wcześniej (bądź jednocześnie) przesyłane były do instytucji centralnych? Choć trudno jednoznacznie to stwierdzić, to jednak opierając się na szczątkowej dokumentacji zachowanej w aktach Ministerstwa Zdrowia, wnioskować można, że z pewnością sprawy najbardziej kontrowersyjne lub medialnie głośne (a zatem sprawy związane z nadużyciami finansowymi lub innymi patologiami pracy), i odbijające się szerokim echem w opinii publicznej, były monitorowane i dyskutowane na szczeblu ministerialnym. Ich niemal całkowity brak w dokumentacji listowej – zwłaszcza w korespondencji nadsyłanej do cieszącego się chyba najwyższym zaufaniem społecznym – Komitetu Centralnego PZPR wynikać może z wewnętrznych wytycznych dotyczących hierarchizacji i kategoryzacji treści listów. Niestety, w przejrzanych zasobach nie udało się natrafić na dokument lub rozporządzenie jednoznacznie narzucające takie rozwiązanie.

Bazując zatem na materiałach z lat 1951–1963 i konfrontując je z materiałami z lat późniejszych, można by sądzić, że problemy opieki zdrowotnej i służby zdrowia⁴⁹ nie należały do grona zagadnień priorytetowych lub wartościowanych wysoko w hierarchii kluczowych potrzeb/problemów społecznych ówczesnego społeczeństwa. Czy rzeczywiście tak było?

⁴⁹ Listy wysyłane do Kancelarii Rady Państwa w latach 1964–1972 zostały przekazane do AAN lub są w przygotowaniu do przekazania i nie są udostępniane.

Potrzeby społeczne vs listy do władz

Najpowszechniejsza w naukach społecznych i wypracowana jeszcze w latach 40. XX w. modelowa hierarchia potrzeb społecznych (tzw. piramida Masłowa)⁵⁰ zakłada, iż jej najgłębszą podstawę wyznaczają potrzeby fizjologiczne, na które składają się m.in. potrzeba pożywienia i schronienia (mieszkania). Dopiero na nieco wyższym poziomie umiejscawiane są w tym modelu potrzeby bezpieczeństwa, warunkowane przez zabezpieczenie przed bezrobociem (a więc przez gwarancję i stabilność zatrudnienia) oraz zabezpieczenie przed chorobą oraz starczą niezdolnością do pracy. Kolejne szczeble potrzeb (przynależności, uznania, samorealizacji) koncentrują się już na obszarze relacji społecznych i więziach emocjonalnych.

Odczytując zatem listy jako manifestację społecznej frustracji wynikającej z niemożności (indywidualnego lub grupowego) zaspokojenia najważniejszych potrzeb życiowych, zauważyć można wyraźne nakładanie się zakresu najpopularniejszych listowych skarg i zażaleń z wyżej wspomnianą kategoryzacją Masłowa. Potwierdzają to również badania Dariusza Jarosza, który jako jeden z pierwszych historyków społecznych PRL zwrócił uwagę na znaczenie i wagę listów wysyłanych do władz w badaniach codzienności i mentalności społeczeństwa PRL. Jak ustalił warszawski historyk, to właśnie mieszkalność, a w przypadku wsi nabywanie lub utrzymywanie nieruchomości stanowiły problem najczęściej przewijający się w kierowanej do władz korespondencji⁵¹. W grupie innych najważniejszych problemów były także kwestie związane z funkcjonowaniem w obszarze zakładu pracy i zatrudnieniem, opieką społeczną (głównie dotyczącą rent i emerytur), w których wątki zdrowotne pojawiają się jako poboczne i najczęściej związane są ze zjawiskiem starzenia się społeczeństwa.

Jeśli odnieść opisywany przez D. Jarosza oraz innych historyków zakres problemów pojawiających się w zachowanych skargach i listach do „piramidy Masłowa”, bez trudu zauważyć można, iż sprawy opieki zdrowotnej, a zatem potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa przed chorobą i właściwej opieki w jej trakcie, od drugiej połowy lat 60. wydają się niemal całkowicie umykać z pola widzenia i zainteresowania urzędników Biur Listów i Skarg. Pytanie, które pozostaje póki co otwarte, to kwestia tego, czy jest to efekt wspomnianej wcześniej urzędniczej klasyfikacji i nadawania listom dotyczącym spraw zdrowotnych odgórnie ustalonej drogi obiegu dokumentów/korespondencji, czy też „niepisania” przez obywateli listów w tej sprawie do instytucji centralnych lub też pisanie ich w niewielkiej

⁵⁰ Zob. np. A. Masłow, *Motywacja i osobowość*, Warszawa 2018.

⁵¹ D. Jarosz, *Polaków drogi do własnego mieszkania w latach osiemdziesiątych XX w.: wybrane zagadnienia*, „Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych” 2007, t. 67, s. 73–100; *idem*, *Mieszkanie się należy...: studium z peerelowskich praktyk społecznych*, Warszawa 2010; zob. też: M. Jarmuż, D. Jarosz, *Housing demand in the Polish Peoples' Republic*, „Studia Historiae Oeconomicae” 2013, vol. 31, s. 57–68.

liczbie. Pewnym tropem jest jednak pogłębiona analiza zawartości skarg rozpatrywanych przez obie analizowane przeze mnie instytucje w latach 60. i 70. Kontekst obu tych dekad z perspektywy ogólnej sytuacji cywilizacyjnej, zdrowotnej i kulturowej jest jednak już nieco inny niż w latach 50.

Modernizacja, czyli nowe problemy społeczne i zdrowotne

Od lat 60. wraz z rozwojem technologicznym (wyrażającym się choćby w zakończonej elektryfikacji i upowszechnieniu radia i telewizji oraz postępującej motoryzacji czy chemizacji rolnictwa) oraz z nowymi zwyczajami (nawykami) i wyzwaniem pojawiać zaczęły się także nowe zjawiska zdrowotne. Jak wynika z badań, społeczeństwo zaczynało deklarować znacznie wyższą świadomość występowania chorób zawodowych, nowotworowych, psychicznych, a także przewlekłych schorzeń układu oddechowego i krwionośnego (choroby serca, cukrzyca itp.)⁵². Był to też czas rosnących statystyk wypadkowych. Pobyty w szpitalach lub wizyty w poradniach i ośrodkach zdrowia stawały się zatem coraz częstsze i dłuższe. Tymczasem wiele z placówek jeszcze w latach 70. i 80. wciąż pozostawała źle przystosowana do wzrastających potrzeb społecznych, choć z reguły ich stan wyglądał nieco lepiej niż w latach 50. Nie oznacza to jednak, że niedogodne warunki leczenia nie budziły w pacjentach (i ich bliskich) irytacji, złości bądź wyraźnie artykułowanego sprzeciwu.

Miejscem, w którym tego rodzaju frustracje znajdowały swoje najbardziej wyraziste odbicie, były z pewnością media – w tym zwłaszcza czasopisma społeczne i kulturalne oraz redakcja Polskiego Radia, a z czasem – również Telewizji. To tam najczęściej pisano lub dyskutowano o problemach z dostępnością najpotrzebniejszych sprzętów i artykułów żywnościowych i strategiach wytwarzania ich zastępników⁵³. Zdarzały się jednak sytuacje, w których proponowane przez gazetowe lub radiowe poradnictwo „erzace” nie mogły zostać zastosowane. Bezradność wobec trudnej sytuacji stawała się nierzadko przyczyną adresowania listów do władz centralnych.

W 1964 r. jedna ze zdesperowanych matek pisała: „Mam 9-letnie dziecko chore na cukrzycę [...] warunkiem zdrowia a przede wszystkim życia dziecka jest jego prawidłowe odżywianie. Jak mam postępować by spełnić zalecenia lekarza i zagwarantować swemu dziecku odpowiednią dietę żywnościową? [...] i tak mam

⁵² S. Klonowicz, *Stan zdrowia ludności Polski w latach 1950–1973...*, s. 147.

⁵³ Zob. np. M. Mroczkowska, *Listy do „Przyjaciółki” tygodnik: Codzienne życie Polaków dekady gierkowskiej w listach czytelników*, Warszawa 2004.

dość kłopotów z samą istotą choroby. Jeśli do tego dodać kłopoty ze zdobyciem żywności to życie staje się koszmarem”⁵⁴.

Cukrzyca jako coraz powszechniejsza choroba cywilizacyjna, podobnie jak różnego rodzaju alergii pokarmowe, zwykle stanowiła problem, z którym społeczeństwo po zdiagnozowaniu radzić musiało sobie samo. Ograniczenia w dostępie do bardziej zróżnicowanych produktów żywnościowych utrudniać mogło normalne funkcjonowanie całych rodzin. Niejako w negatywie zjawisko to obnażyła w jednym ze swoich reportaży Małgorzata Szejnert, opisująca proces adopcji dzieci przebywających w Domu Dziecka, która przez przykład Kasi Kukurydzanej wskazała na lęki potencjalnych rodziców zastępczych odrzucających „kandydatkę” Kasi ze względu na jej potrzeby żywieniowe (nietolerancja glutenu). O tym, że zapewnienie odpowiedniej diety dziecku nie było łatwe także instytucjonalnie, mówiły również cytowane przez autorkę akta osobowe dziewczynki: „Ma siedem lat, w domu dziecka od dziewiątego dnia życia [...] Dziecko przebywało długo z maluchami, bo żaden z domów dziecka dla starszych dzieci «nie był w stanie zapewnić jej diety bezglutenowej». Wskutek tego zaczęła dobrze mówić mając dopiero sześć lat”⁵⁵.

Osoby wyróżniające się posiadanymi niedoskonałościami lub trudnościami psychofizycznymi przez otaczające społeczeństwo traktowane były albo obojętnie, albo odrzucane. Szczególnie odczuwane było to przez osoby (i ich bliskich) zmagające się z dość powszechnymi wówczas zaburzeniami psychicznymi oraz (będącą następstwem choćby polio) niepełnosprawnością ruchową⁵⁶.

Co warto jednak podkreślić – w listach do władz problemy te pojawiały się nie tyle jako wątki wiodące lub główne, ile jako będące przyczyną realnych trudności w sprawach, z którymi zwracali się nadawcy. Najczęściej więc sprowadzały się one do próśb o przydział lub zmianę mieszkania na bardziej przystosowane do potrzeb (ograniczeń) piszącego lub też do pomocy w znalezieniu (bądź utrzymaniu) miejsca pracy. W liście do KC jeden z nich pisał: „[...] z dniem 20. X. 63 r zostałem zredukowany w Spółdzielni Pracy w Warszawie. Zatrudniony byłem jako pomoc magazyniera. Jestem inwalidą III grupy, mam sztywną nogę. Mam na utrzymaniu żonę i dziecko. Co my kaley bez środków utrzymania mamy robić, mieszkając na prowincji. U nas pracy nie ma, a w Warszawie przyjąć nie chcą. Czy mamy konać na ulicy z głodu i nędzy?”⁵⁷. Inny pisał rok wcześniej:

⁵⁴ AAN, KC PZPR, sygn. 237-XVII-41.

⁵⁵ M. Szejnert, *My właściciele Teksasu. Reportaże z PRL-u*, Kraków 2013, s. 141.

⁵⁶ Zob też: A. Cynkar, J. Stepien, *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL. Ekspertyza*, Wrocław–Kraków 1984. O postrzeganiu niepełnosprawnych ruchowo i ich relacji z otoczeniem pisał również w rozprawie doktorskiej M. Stasiak, *Niepełnosprawni po chorobie Heinego-Medina w Polsce 1945–1989. Studium z historii niepełnosprawności*, rozprawa doktorska obroniona 18 maja 2017 r na Wydziale Historycznym UJ (maszynopis).

⁵⁷ AAN, KC PZPR, sygn. 237-XXV-68, k. 7.

„Byłem pracownikiem Kat. Przedsięb. Budowy Wodno-Inż. w Bielsku w charakterze strażnika i zwolniono mnie z pracy. Do innej pracy nie jestem zdolny /inwalida/. Mam na utrzymaniu 3 dzieci i rodziców starszusków (83 i 68 lat). Jestem bez środków do życia i to w okresie zimowym. Wszelkie starania o pracę nie dają rezultatów [...]”⁵⁸.

W dokumentacji epistolograficznej z lat 60 i 70. analogiczne sprawy pojawiają się stosunkowo często – zdecydowanie częściej niż w dekadzie wcześniejszej. A to przecież lata 50. jako okres bezpośrednio następujący po wojnie wydawać się powinny bardziej obciążone problemem wojennych ran, traum i niesprawności.

O swym kalectwie bardziej wprost w latach 60. i 70. zdawali się pisać ludzie z młodego pokolenia, nierzadko wprost formułując skargi na sposób funkcjonowania spółdzielni inwalidów lub trudności w dostępie do sprzętu ortopedycznego i inwalidzkiego⁵⁹.

Postępujące w latach 60. i 70. choroby zawodowe oraz wypadki w pracy i związane z nimi uzasadnione nierzadko roszczenia pracownicze stanowią jeden z najczęstszych problemów zgłaszanych w obszarze relacji wewnątrzzakładowych. Ograniczenia wynikające z nabytej wskutek pracy choroby zawodowej bądź wypadku zwykle bowiem stanowiły faktyczny (ale nie zawsze formalny) powód zwolnienia z pracy bądź przeniesienia na niekoniecznie lepsze, ale za to mniej atrakcyjne finansowo stanowisko pracy⁶⁰. W wielu listach poszkodowani w wypadku na terenie zakładu pracy zwracali się również do władz z prośbą o przyspieszenie bądź zweryfikowanie toczącego się postępowania w sprawie odszkodowania lub też w sprawie zwrotu zaległych i niewypłaconych bądź wstrzymanych przez zakład pracy (ZUS) należności z tego tytułu. O tym jednak, że zakład pracy nie zawsze był tylko bezosobowym i „czarnym charakterem” zgłaszanego konfliktu, świadczy niezwykle przejmujący przypadek jednego z pracowników, który w wieku 20 lat wskutek wypadku doznał uszkodzenia kręgosłupa i przez kolejnych 20 lat pozostawał unieruchomiony. Po tym jak dowiedział się, że w myśl nowej ustawy mógłby ubiegać się o pełne odszkodowanie, wystosował pismo w tej sprawie do zakładu pracy, którego kierownictwo podjęło starania na rzecz pozytywnego rozpatrzenia wniosku. Odmowna decyzja z Kancelarii Rady Państwa (przedawnienie sprawy) spowodowała kolejne pismo ze strony zakładu pracy, w którym zwracał się on z prośbą, by Rada Państwa bezpośrednim pismem zaadresowanym do

⁵⁸ *Ibidem*.

⁵⁹ AAN, KC PZPR, sygn. 237/XXV-26, k. 96.

⁶⁰ W sprawie takiej sytuacji pisała w liście do KC jedna z pracownic, prawdopodobnie chora na gruźlicę (w liście chorobę określa mianem „choroby płuc”). Po początkowym przeniesieniu na lepsze stanowisko pracy finalnie została zwolniona. W liście pisze: „Byłam w związkach i powiedzieli abym poszła na rentę. Poszłam do lekarza, ten mi powiedział, że nie mam choroby zawodowej i można się z niej wyleczyć. W Wydziale Pracy żadnych prac nie ma. Jak tak będzie dalej, wszyscy zapadniemy na gruźlicę...”, AAN, KC PZPR, sygn. 237/XXV-68, k. 8.

poszkodowanego poinformowała go o niemożności załatwienia wystosowanej przez niego prośby. Jak pisano w liście do Rady Państwa, „nie byłoby to zatem celowe, ażeby zjednoczenie powiadamiało ciężko chorego o niemożności załatwienia jego prośby”. W piśmie dyrekcja zjednoczenia prosiła jednak jeszcze o rozpatrzenie „możliwego prawa łaski ze strony Przewodniczącego Rady Państwa”⁶¹.

W latach 70. zarówno w kontekście chorób zawodowych, jak i prośb o pomoc społeczną wiele listów wysyłanych było przez starzejące się pokolenie „budowniczych” PRL. Schorowani i fizycznie zniszczeni aktywnym udziałem w stalinowskim „współzawodnictwie pracy” dość często wyrażali w listach poczucie odrzucenia przez zmieniający się system władzy. Listy rencistów borykających się z konsekwencjami chorób zawodowych (np. pylicy) z reguły dotyczyły spraw socjalno-bytowych⁶². Ich rosnąca z roku na rok liczba (w latach 70.) korespondowała z postępującym starzeniem się społeczeństwa.

Innym ważnym „wątkiem zdrowotnym” przewijającym się w korespondencji do władz były choroby psychiczne. Problem leczenia nerwic i zaburzeń psychicznych pojawiał się sporadycznie już w okresie wcześniejszym i zwykle dotyczył samej instytucji zakładu psychiatrycznego. Z reguły narzekano na panujące w nim stosunki i złe traktowanie podopiecznych⁶³. W latach 60. i 70. wątek chorób psychicznych częściej podejmowany był natomiast w kontekście starań o wsparcie w innych sprawach – zwykle związanych w warunkami bytowymi (mieszkaniem). Wątek nerwic i zaburzeń psychicznych pojawiał się niekiedy również w kontekście trudności związanych z pracą – był nierzadko argumentem przemawiającym za przeniesieniem na łżejsze stanowisko lub uzasadniającym nieobecności bądź też zwolnienia z pracy. Bezpośrednio z nim powiązane były też listy, w których przewijał się również wątek uzależnienia alkoholowego oraz szereg zaburzeń warunkujących dysfunkcję życia rodzinnego (agresja, przemoc fizyczna, pedofilia)⁶⁴. Z reguły jednak problemy te nie były zgłaszane w skargach i listach jako główny problem, lecz niejako wpływały w toku prowadzonego postępowania wyjaśniającego. Zdarzało się bowiem i tak, że wyrażana w liście silnie odczuwana niesprawiedliwość lub krzywda piszącego w rzeczywistości była mocno ubarwionym i jednostronnym obrazem rzeczywistej sytuacji, zwykle bardziej złożonej czy dwuznacznej⁶⁵.

⁶¹ Archiwum Prezydenta RP [dalej: APRP], sygn. 654/3 Akta w sprawie zatrudnienia (teczka 1) 1974, b.p.

⁶² APRP, sygn. 654/5 Akta skarg w sprawach rent i pomocy społecznej (teczka 1), 1974, b.p.

⁶³ Np. AAN, KC PZPR, 237-XXV-17, s. 82.

⁶⁴ Np. APRP, sygn. 763/5 (1), Akta skarg w sprawach rent i pomocy społecznej 1976, b.p.

⁶⁵ Np. sprawa dotycząca wypowiedzenia pracy przez zakład pracy – z listu autora wyłaniał się obraz niezwykle krzywdzący względem samotnego ojca małoletnich dzieci. Analiza sprawy wykazała, że piszący był alkoholikiem w znacznym stopniu zaniedbującym dzieci i wymagającym leczenia zamkniętego, APRP, 654/4 Akta w sprawie zatrudnienia 1974 (teczka 2), b.p.

Nerwice i zaburzenia psychiczne w dokumentacji Biura Listów i Skarg pojawiały się jeszcze w innym kontekście – niekiedy bowiem trafiające na urzędnicze biurka mocno poruszające bądź niepokojące listy okazywały się wytworami wyobraźni piszących je i mocno psychicznie zaburzonych nadawców.

Takich spraw i listów w każdym roku rozpatrywanych przez Kancelarię Rady Państwa jest co najmniej kilka lub kilkanaście rocznie.

W KC również stanowiły one spory procent, skoro w jednej z notatek któryś z urzędników podkreślił: „Szczególnie uciążliwą grupą zgłaszających się do KC są umysłowo chorzy – stanowią oni ponad 10% interesantów. Ich kontakt z otoczeniem jest w dużym stopniu ograniczony lub nie ma go wcale ze względu na zmniejszenie poczytalności lub całkowite jej wyłączenie. Mają oni swoje idee fixe lub fobie i cierpią na urojenia prześladowcze. Są wśród nich schizofrenicy, paranoicy, itd. Oni również niezwykle utrudniają pracę, ponieważ zajmują często bardzo dużo czasu, zaś w momentach podniecenia maniakalnego występują u nich stany szału z b. dużą napastliwością. Zachowują się wtedy bardzo głośno i niezwykle agresywnie [...]. Objawy natręctwa występującego np. u paranoików przejawiają się w żądaniu dokładnego czytania stosów różnych dokumentów, które przywożą ze sobą w pękatach teczkach lub walizkach. Spełnianie takich wymagań jest oczywiście niemożliwe, zaś pozorowanie czytania może być zauważone i w skutkach trudne do przewidzenia”⁶⁶.

Choroby psychiczne, choć generalnie zaliczały się do grupy PRL-owskich zjawisk tabuizowanych w przestrzeni publicznej, to w dostępnych listach pojawiały się dość często. Od wspomnienia o nich nie stronili również ówcześni pamiętnikarze, wskazując, jak jedna z wiejskich kobiet, na ogromny systemowy problem w radzeniu sobie z nim: „Po półtorarocznej chorobie tatusia nastąpiło coś strasznego: pomieszanie zmysłów [...]. Starłam się o umieszczenie go w zakładzie. Niestety, lekarz stwierdził zanik pamięci, sklerozę. Takich nie przyjmują. I co miałam począć?”⁶⁷.

Jak wynika z badań, problem braku szpitalnych miejsc nie dotyczył tylko szczególnie ciężkich przypadków. Liczba zakładów i szpitali psychiatrycznych przez cały okres PRL była bowiem zbyt mała. Zjawisko dostrzegane było w Ministerstwie Zdrowia już w 1955 r., kiedy to stwierdzano „brak odpowiednich zakładów opieki społecznej dla chronicznie chorych i niedorozwiniętych, tak dzieci jak i dorosłych”, jednocześnie dodając, że przepelnienie istniejących zakładów sprawiło, iż średni termin oczekiwania na miejsce w tego typu placówkach wynosił ok. dwóch lat „bez gwarancji realizacji tego terminu”⁶⁸.

⁶⁶ AAN, KC PZPR, sygn. 237/XXV-65, Notatka Biura dot. Skarg interesantów w pokoju przyjęć KC, 1970, s. 3–4.

⁶⁷ *Czyste wody moich uczuć...*, s. 266.

⁶⁸ AAN, MZ, GMWP, sygn. 1/23, Protokół z posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w dn. 25 listopada 1955 w Szczecinie, k. 181.

Innym jednak, znacznie mniej obecnym w źródłach listowych problemem zdrowotnym, który w latach 60., a zwłaszcza 70. i 80. urastał w PRL do jednego z ważniejszych zjawisk, były rosnąca zachorowalność i umieralność na choroby nowotworowe. Bazując na zachowanych listach ze zbiorów KC PZPR oraz Kancelarii Rady Państwa – poza niezwykle enigmatycznymi wzmiankami, problem radzenia sobie społeczeństwa z rakiem pojawił się jedynie pod koniec lat 50. i dotyczył opisu warunków szpitala pełniącego rolę swoistego hospicjum⁶⁹: „Szpital nie jest skanalizowany [...] nie ma elektryczności, w rezultacie czego już od zmierzchu i później nocą wszelkie zabiegi, opatrunki, zastrzyki dożylnie, wszelką pomoc wykonuje się przy maleńkich jak kocie oko lampach naftowych. Urządzenia medyczne, zależne od prądu, więc kwarcówka i rentgen, są nieczynne [...]. W szpitalu od kilku miesięcy trwa remont generalny. Nie tylko maluje się ściany, ale nad głowami ciężko chorych ludzi wybija się młotami otwory, wmontowuje się szafy ściennie [...]. Dla ciężko chorych ludzi ten remont odbywający się wokół nich, to dodatkowa tortura [...]”⁷⁰.

Brak większej liczby wzmianek budzi zastanowienie. Leczenie nowotworów złośliwych było bowiem w tym czasie często trudne. Z jednej strony wynikało to ze zbyt późnego zgłaszania się chorych lub problemów z poprawnym diagnozowaniem choroby. Tu jednak ważną rolę odgrywać mógł również stosunek społeczeństwa oraz samych lekarzy do chorób nowotworowych. Jak wynika bowiem z materiałów, w wielu przypadkach diagnoza niemal do samego końca ukrywana była przed zmagającym się z rakiem pacjentem⁷¹. Z drugiej jednak strony, jak wynika z materiałów Ministerstwa Zdrowia, ogromnym problemem co najmniej do końca lat 70. była również niewystarczająca liczba łóżek w szpitalach onkologicznych oraz brak ośrodków opieki paliatywnej⁷². Brak narzekań i skarg dotyczących leczenia zbierających coraz większe żniwo nowotworów budzi zastanowienie. Czy rzeczywiście listy w tych sprawach nie były pisane przez pacjentów i ich bliskich, czy też może trafiały one jednak do innych instytucji opieki zdrowotnej? Na tak podstawione pytania trudno na podstawie dostępnych materiałów jednoznacznie odpowiedzieć. Faktem jest jednak, że zarówno choroby nowotworowe, jak i choroby serca urastały w latach 70. i 80. do najistotniejszych problemów zdrowotnych (i były obok wypadków najczęstszą przyczyną zgonów). Listy do władz nie odzwierciedlają jednak tego zjawiska.

⁶⁹ Opisujący tu szpital był oddziałem Instytutu Radowego w Warszawie. Przebywali w nim terminalnie chorzy pacjenci. Szpital nie był formalnie hospicjum – idea hospicjów w Polsce pojawiła się dopiero pod koniec lat 70., pierwsze hospicja podjęły zaś faktyczną działalność dopiero w latach 80.

⁷⁰ AAN, KC PZPR, 237-XXV/17, s. 80.

⁷¹ Zob. Archiwum Polskiego Radia, sygn. C-16937, *Sprawy ostateczne*, red. E. Bobocińska (1981), M. Jokieli, *Opinia społeczna o chorobach nowotworowych*, „Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych”, nr 155, Warszawa 1980, s. 18–21.

⁷² Zob. np. *Świat o raku*, red. A. Bernard, Warszawa 1988, s. 4.

Brak miejsc na oddziałach (oczywiście nie tylko onkologicznych) to problem, który przewija się przez cały okres PRL. Obok niego w latach 60. i 70. wiele miejsca w listach autorzy poświęcali postawom etycznym lekarzy i personelu medycznego, stosunkom panującym na oddziałach szpitalnych. Zgłaszane w skargach problemy związane z deficytem szpitalnych łóżek i niedoborami kadrowymi obnażały także podatność systemu służby zdrowia na korupcję. W spisanych do władz centralnych listach ich autorzy wiele miejsca poświęcali obserwowanym przez nich lokalnym układom towarzyskim i patronackim zależnościom. Podsumowujący wiele tego typu spraw w latach 80. jeden z urzędników podkreślał, że w listach niezwykle często zwracano uwagę „na szerzące się łapownictwo, na długie oczekiwania na miejsce w szpitalu oraz na trudności w dostaniu się do lekarzy specjalistów. W listach anonimowych wysuwane są najczęściej zarzuty, że jedyną drogą szybkiego dostania się chorego do szpitala są «zielone» i prywatne gabinety lekarzy. Wiele narzekań dotyczyło spóźnień do pracy lekarzy w przychodniach, którzy pracując dodatkowo w różnych miejscach, nie mają niejednokrotnie czasu dla pacjentów w przychodniach”⁷³. Stwierdzenia te znajdują swoje potwierdzenie zarówno w dokumentacji Ministerstwa Zdrowia, jak i – może bardziej – w zgłaszających ten sam etyczny problem opozycyjnych środowiskach medycznych publikujących m.in. w „Zeszytach Niezależnej Myśli Lekarskiej”⁷⁴.

Podsumowanie

Na podstawie zaproponowanego wyżej przeglądu listów wysyłanych przez różne grupy społeczne do władz centralnych zauważyć można pewną ewolucję problemową pokrywającą się z szeroko pojętymi zmianami zachodzącymi również w obszarze systemowej opieki zdrowotnej, odzwierciedlającej również szereg zjawisk społecznych, kulturowych i demograficznych. W latach 50. kluczowymi problemami z perspektywy organizacji służby zdrowia były szalejące w miastach i wsiach choroby zakaźne powiązane z fatalną sytuacją sanitarną kraju i generujące wraz z powojennym boomem demograficznym niezwykle wysoką umieralność niemowląt (według szacunków w 1951 r. dotyczyło to co dziesiątego urodzonego żywego dziecka)⁷⁵ oraz trudności infrastrukturalne, organizacyjne i kadrowe. Taka problematyka, koncentrująca się na niedomaganiach, problemach i patologiach funkcjonowania instytucji oraz żalach i prośbach o wyciągnięcie konsekwencji

⁷³ AAN, KC PZPR. XXVII/18 (1987 – 88), *Informacja o treści listów kierowanych do Kom. Cent. PZPR w marcu 1987 r.*, k. 108.

⁷⁴ Zob. np. *Etyka lekarska – przyczyny upadku*, „Niezależne Zeszyty Myśli Lekarskiej” 1984, nr 1, s. 3–10.

⁷⁵ *Mały Rocznik Statystyczny 1974*, Warszawa, nr 74, s. 29.

względem winnych śmierci dziecka bądź rodzącej żony, należała w tym czasie do dominujących.

Napływające w latach 60. i 70. do tych samych instytucji listy znacznie rzadziej poruszały analogiczne problemy. Niemal zupełnie zniknął problem dziecięcych zgonów powiązanych z chorobami zakaźnymi, rzadziej pojawiały się skargi na fatalne warunki leczenia. Problemy zdrowotne ulegały bez wątpienia zmianom – częściej pisano o chorobach zawodowych i wypadkach oraz chorobach psychicznych, a także coraz większe znaczenie miały listy i prośby dotyczące wsparcia lub opieki nad starzejącymi się członkami rodzin lub pracownikami.

O ile jednak na postawie analizowanych materiałów stosunkowo łatwo dostrzec, mające swoje potwierdzenie również w innych źródłach, najważniejsze zjawiska zdrowotne PRL oraz kierunki ich ewoluowania, o tyle już na postawione we wstępie pytanie o hierarchię problemów zdrowotnych trudno jednak udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Analiza treści listów wysyłanych do dwóch wybranych przeze mnie instytucji centralnych sugeruje bowiem, że listy formułowane były do władz w sprawach, których rozwiązanie leżało w gestii czynników administracyjnych. A zatem wiele listów dotyczyło problemów obserwowanych w funkcjonowaniu instytucji opieki zdrowotnej, nadużyć ze strony lekarzy czy niższego personelu medycznego, braków w zaopatrzeniu aptek i sklepów (kwestie żywniowe) czy też w sprawach odszkodowań i świadczeń powypadkowych lub starań o instytucjonalną opiekę nad ludźmi starymi. Wiele kwestii ściśle powiązanych ze zdrowiem i chorowaniem – a więc relacjami między pacjentami, chorymi i sposobem postrzegania ich przez społeczeństwo i państwo – nie znajduje w listach wyrazistego odzwierciedlenia. Nasuwa się refleksja, że ten (raczej niewielki) procent społeczeństwa, który pisał w sprawach opieki zdrowotnej do władz, pisał przeważnie w tych sprawach, które uważał za możliwe do zmiany dzięki działaniu „góry”. I choć w 1977 r. w jednym z dokumentów Ministerstwa Zdrowia pisano, że „pojęcie ochrony zdrowia nabrało właściwej treści społecznej w PRL [i-ESz] Zdrowie obywatela przestało być jego «prywatną sprawą» a stało się przedmiotem szczególnej troski ludowego państwa”⁷⁶, to na podstawie analizowanej dokumentacji nasuwa się przypuszczenie, że większej części społeczeństwa bliższe było jednak hasło „Twoje zdrowie w Twoich rękach”.

⁷⁶ AAN, MZiOS, sygn. 10/17, *Opieka zdrowotna na wsi. Informacja 1977*, k. 1.

Bibliografia

- Adamus A.M., *Problemy wsi w Polsce w latach 1956–1980 w świetle listów do władz centralnych*, Warszawa 2017.
- Bujko O., Denis H., *Skargi i zażalenia*, Warszawa 1955.
- Być matką*, przedmowa i wybór D. Gałąj, Warszawa 1986.
- Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, red. J. Kostrzewski, M. Magdzik, D. Naruszewicz-Lasiuk, Warszawa 2001.
- Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1970*, red. J. Kostrzewski, t. 1–2, Warszawa 1964.
- Cynkar A., Stępień J., *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL. Ekspertyza*, Wrocław–Kraków 1984.
- Czyste wody moich uczuć*, wybór, wstęp, oprac. B. Tryfan, Warszawa 1975.
- Fogt B., *Poznański Ośrodek Reumatologiczny w kontekście zmian zachodzących w ochronie zdrowia w latach 1952–2005*, rozprawa doktorska promotor: prof. dr hab. Michał Musielak, Wielkopolska Biblioteka Cyfrowa link: <http://www.wbc.poznan.pl/Content/249324/index.pdf>.
- Jarmuż M., Jarosz D., *Housing demand in the Polish Peoples' Republic*, „Studia Historiae Oeconomicae” 2013, vol. 31, s. 57–68.
- Jarosz D., *Mieszkanie się należy...: studium z peerelowskich praktyk społecznych*, Warszawa 2010.
- Jarosz D., *Polaków drogi do własnego mieszkania w latach osiemdziesiątych XX w.: wybrane zagadnienia*, „Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych” 2007, t. 67, s. 73–100.
- Jarosz M., Kosiński S., *Geneza i zmiany strukturalne wiejskiej służby zdrowia*, [w:] *Stare i nowe struktury społeczne w Polsce*, t. 2: *Wiś*, Lublin 1995.
- Jokiel M., *Opinia społeczna o chorobach nowotworowych*, „Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych”, nr 155, Warszawa 1980, s. 18–21.
- Klonowicz S., *Stan zdrowia ludności Polski w latach 1950–1973. Próba oceny na podstawie wybranych informacji statystycznych*, „Studia Demograficzne” 1975, nr 40.
- Masłow A., *Motywacja i osobowość*, Warszawa 2018.
<http://www.kronikarp.pl/szukaj,10896,strona-2>.
- Organizacja ochrony zdrowia*, red. J. Indulski, Warszawa 1984.
- Pamiętniki lekarzy*, wybór i red. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1968.
- Stasiak M., *Niepełnosprawni po chorobie Heinego-Medina w Polsce 1945–1989. Studium z historii niepełnosprawności*, rozprawa doktorska obroniona 18 maja 2017 r. na Wydziale Historycznym UJ (maszynopis).
- Szejnert M., *My właściciele Teksasu. Reportaże z PRL-u*, Kraków 2013.
- Szpak E., *Warunki sanitarne w powojennej Polsce. Zarys problemów i dynamiki zmian (1945–1970)*, „Polska 1944/45–1989. Studia i materiały”, t. 12, Warszawa 2014, s. 286–288.

Szpak E., „*Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli*”. *Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej po 1945 r.*, Warszawa 2016.

Szpak E., *Epidemie chorób zakaźnych w powojennej Polsce jako problem społeczny*, [w:] *Od powietrza, głodu, ognia i wojny... Klęski elementarne na przestrzeni wieków*, red. T. Głowiński, E. Kościak, Wrocław 2013.

Świat o raku, red. A. Bernard, Warszawa 1988.

Więckowska E., *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, Wrocław 2001.

Wspomnienia pielęgniarek, red. I. Brzozowska, H. Stefańska, S. Rybicki, Warszawa 1962.

■ Prasa

„Zeszyty Niezależnej Myśli Lekarskiej” 1984–1988.

■ Kroniki filmowe

W wiejskim ośrodku zdrowia (PKF 50/25).

Ambulans jedzie na wieś, 1952 (PKF 50/25).

■ Archiwa

Archiwum Akt Nowych

KC PZPR – Biuro Listów i Inspekcji KC PZPR 1952–1989.

Kancelaria Rady Państwa. Biuro Listów i Zażaleń: skargi i zażalenia, sprawozdania, 1953–1961.

Ministerstwo Zdrowia.

Archiwum Kancelarii Prezydenta RP – Wydział skarg i wniosków 1972–1989.

Archiwum Polskiego Radia w Warszawie.

Ewelina Szpak, ur. 1980 – absolwentka Uniwersytetu Jagiellońskiego, adiunkt w Instytucie Historii im. T. Manteuffla PAN. Jej zainteresowania badawcze koncentrują się wokół historii społecznej i kulturowej XX w., ze szczególnym uwzględnieniem okresu po II wojnie światowej. Zajmowała się historią życia codziennego i historią mentalności polskiej prowincji w PRL, a obecnie prowadzi badania nad przemianami kultury zdrowotnej w Polsce po 1945 r. Jest autorką książek: *Między osiedlem i zagrodą. Życie codzienne mieszkańców PGR-ów* (Trio 2005), *Mentalność ludności wiejskiej w PRL. Studium zmian* (Scholar 2013) oraz „*Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli*”. *Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej po 1945 r.* (IH PAN 2016).
