10.32394/pe/242343

Jakub Brzeziński

FROM SANITARY CRISIS TO THE INSTITUTIONALISATION OF PUBLIC HEALTH IN POLAND'S WESTERN AND NORTHERN TERRITORIES, 1945-1956

OD KRYZYSU SANITARNEGO DO INSTYTUCJONALIZACJI ZDROWIA PUBLICZNEGO NA ZIEMIACH ZACHODNICH I PÓŁNOCNYCH W LATACH 1945-1956

Department of Gerontology and Public Health, National Institute of Geriatrics, Rheumatology and Rehabilitation, Warsaw, Poland
Zakład Gerontologii i Zdrowia Publicznego, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher

ABSTRACT

Poland's Western and Northern Territories after the Second World War were shaped by overlapping mass population movements, infrastructure destruction, workforce shortages and a high risk of infectious diseases. The aim of this paper is to synthesise public health developments in these territories between 1945 and 1956 and to assess the transition from emergency measures to permanent sanitary and epidemiological surveillance. A narrative historical review of scholarly literature, published statistical sources and legal acts was conducted, including studies on Western Pomerania, Warmia and Masuria, Gdańsk Pomerania, Lower Silesia, Silesia and the Lubusz region. Selected regional data were compared with nationwide figures. In 1945-1947, public health activity was dominated by outbreak detection, isolation, disinfection and delousing, vaccination and restoration of basic services. Typhoid fever, epidemic typhus, dysentery, diphtheria, tuberculosis, venereal diseases and malaria were among the major concerns. The comparisons indicate a clearly elevated burden of some problems, particularly typhoid fever and malaria in selected regions and venereal diseases in the Recovered Territories, while no analogous excess was evident for every infection, as illustrated by diphtheria. In 1948-1951, health services became increasingly centralised and planned, while in 1952-1956 the development of sanitary-epidemiological stations consolidated permanent surveillance. The establishment of the State Sanitary Inspection in 1954 marked the institutional culmination of this transition. Public health was therefore not only a response to epidemiological threats but also part of rebuilding institutions and stabilising everyday life in a region undergoing exceptionally rapid demographic and administrative change.

Keywords: *public health, epidemiology, Western and Northern Territories, infectious diseases, history of medicine*

INTRODUCTION

The end of the Second World War confronted Poland with the task of rebuilding the state amid fundamental changes to its borders and demographic structure. The territories in the west and north, referred to in contemporary official language as the Recovered Territories, were placed under separate administrative arrangements pursuant to the decree of 13 November 1945 (1). Today, the Western and Northern Territories is a more neutral analytical term. They comprised a heterogeneous group of regions, including Western Pomerania, part of Gdańsk Pomerania, the Lubusz region, Lower Silesia, the Opole region, and Warmia and Masuria.

The first post-war summary census, conducted on 14 February 1946, recorded the country's population while population movements were still continuing (2). In the Western and Northern Territories, Polish settlement, the expulsion of the German population, returns from abroad, and the resettlement of inhabitants of Poland's former eastern provinces occurred simultaneously. For public health, this meant high population mobility, periodic overcrowding in transit centres and housing, difficulties in maintaining continuity of care, and an increased need for infectious disease surveillance.

The post-war reorganisation of health care involved a transition from arrangements inherited from the Second Polish Republic towards an increasingly centralised, state-run and planned system (3,4). In the Western and Northern Territories, this transformation coincided with the takeover and reconstruction of infrastructure, the recruitment and organisation of personnel, and the establishment of Polish administration. The existing literature is predominantly regional, making it difficult to assess shared mechanisms of change. This warrants a synthesis combining the history of epidemiology, sanitary institutions and the social determinants of health.

Treating the Western and Northern Territories as a distinct field of analysis does not rest on the assumption that the entire macroregion bore a uniformly greater disease burden than the rest of the country. Rather, it is justified by the overlap of extensive population replacement and mobility, the simultaneous reconstruction of administration and infrastructure, and locally high epidemiological burdens. To assess whether selected problems did indeed distinguish these territories from the country as a whole, the following sections compare available regional and nationwide data on typhoid fever, venereal diseases, malaria, diphtheria, epidemic typhus and dysentery. These comparisons are interpreted in light of the limitations of post-war reporting and changing population denominators.

AIM

This paper aims to provide a synthesis of the principal public health problems and developments in the Western and Northern Territories between 1945 and 1956. The analysis focuses on post-war sanitary and demographic conditions, regional variation, major epidemiological threats, the organisation of epidemic control and preventive measures, and the institutionalisation of sanitary supervision. The interpretative hypothesis is that public health development in these territories was both part of health care reconstruction and one of the mechanisms through which social and administrative life was stabilised and the new regions were integrated into the state system.

The year 1956 was chosen as the endpoint for two complementary reasons. First, it allows the analysis to include the initial years in which permanent sanitary and epidemiological surveillance was consolidated following the phase of extraordinary post-war structures. Second, by the mid-1950s, some problems closely associated with the immediate consequences of war were shifting from epidemic to sporadic occurrence; malaria, discussed below, provides the clearest example. This endpoint does not mark the end of health care transformation, but the close of the formative phase of the post-war public health system examined here.

MATERIALS AND METHODS

This study is a narrative historical review. The literature search covered publications available up to 7 August 2026 in the archive of Przegląd Epidemiologiczny, CEJSH, BazHum, the Digital Repository of Scientific Institutes, university repositories and digital libraries. Polish search terms and their combinations included ‘Ziemie Zachodnie i Północne’ (Western and Northern Territories), ‘Ziemie Odzyskane’ (Recovered Territories), ‘służba zdrowia’ (health services), ‘zdrowie publiczne’ (public health), ‘stan sanitarno-epidemiologiczny’ (sanitary and epidemiological conditions), ‘choroby zakaźne’ (infectious diseases), ‘Pomorze Zachodnie’ (Western Pomerania), ‘Warmia i Mazury’ (Warmia and Masuria), ‘Pomorze Gdańskie’ (Gdańsk Pomerania), ‘Dolny Śląsk’ (Lower Silesia), ‘Opolszczyzna’ (Opole region), ‘Ziemia Lubuska’ (Lubusz region) and ‘Gdańsk’. The analysis focused primarily on 1945-1956. Scholarly publications and published source materials directly addressing sanitary conditions, infectious diseases, health care organisation or sanitary administration were included; additional items were identified in the bibliographies of eligible publications.

These materials were supplemented with statistical data and legislation concerning the administration of the Western and Northern Territories, venereal disease control, planning in health services, employee health care and the organisation of sanitary supervision. To place regional data in a nationwide context, information on typhoid fever, epidemic typhus, dysentery, diphtheria, venereal diseases and malaria was collated. Preference was given to data for which the source clearly specified the area, period and unit of measurement and provided a nationwide reference point. Incidence rates were not reconstructed using uncertain population denominators. Where only absolute numbers were available or observation periods differed, the data were presented as context, with their limited comparability explicitly acknowledged. Given changing administrative boundaries, population mobility and incomplete reporting in 1945-1947, numerical data were treated primarily as indicators of the scale and nature of the problem rather than as fully comparable epidemiological series.

THE WESTERN AND NORTHERN TERRITORIES AS A DISTINCTIVE SETTING FOR PUBLIC HEALTH

Health conditions reflected the combined effects of war damage, migration and resource shortages. Damage extended beyond hospitals and outpatient facilities to water supply systems, sewers, housing, transport and municipal infrastructure. Poor sanitary conditions persisted across Poland long after the war ended (5); in Lower Silesia, they were also associated with the everyday difficulties faced by newly established settler communities (6). In Warmia and Masuria, the destruction of sanitary infrastructure, food shortages and migration facilitated the spread of infectious diseases (7), while health conditions in Szczecin in 1945-1946 reflected the destabilisation of Western Pomerania as a whole (8).

Problems were equally evident beyond the best-documented regions. In Gdańsk in 1945, typhoid fever, epidemic typhus and dysentery reached epidemic proportions, and epidemic control measures proceeded alongside the reconstruction of municipal structures (9). In Zielona Góra, the departure of German physicians, war damage and the military use of part of the hospital infrastructure meant that health care had to be organised virtually from scratch (10). In rural areas of the Lubusz region, the Polish Red Cross played an important role in the early years, providing medical care that supplemented the inadequate network of facilities (11). Studies of Silesia also

show that illness and access to treatment were important aspects of post-war social experience in both Upper and Lower Silesia (12).

Population mobility and staff shortages were common features throughout these territories. Transit centres, railway stations and collective accommodation increased the risk of infection, while shortages of physicians, nurses, midwives, laboratory technicians and sanitary personnel limited the capacity for rapid response. Health security therefore depended both on access to treatment and on water provision, waste disposal, isolation of patients, disinfection and insect control.

REGIONAL VARIATION IN GDAŃSK, LOWER SILESIA, AND THE OPOLE REGION

Gdańsk provides a particularly clear example of the simultaneous response to epidemics and reconstruction of lasting medical capacity. The establishment of the Medical Academy in Gdańsk on 8 October 1945 had significance beyond higher education: under the founding decree, the institution was also to serve as a centre for the training and continuing education of health care workers (13). It was thus founded while the city was struggling with epidemics of typhoid fever, epidemic typhus and dysentery (9). Epidemic control measures operated within a nationwide legal framework, including compulsory typhoid vaccination introduced as early as April 1945 (14). The Gdańsk case shows that public health reconstruction simultaneously involved population-level intervention, the organisation of medical care and the establishment of training capacity for new personnel.

This infrastructure became more stable in subsequent years. The regulation of 27 July 1948 formalised the structure of chairs, research departments and clinics at the Medical Academy in Gdańsk (15), illustrating the transition from the improvised arrangements of the first post-war months to a more durable clinical and academic organisation. From a public health perspective, this had two implications: it increased regional treatment and diagnostic capacity and created a local workforce base for the developing sanitary and epidemiological system. Gdańsk was therefore both a site of post-war epidemic crisis and a centre of rapid institutional reconstruction of medicine in northern Poland.

In Opole Silesia, reconstruction followed a different course but a similar logic. Rebuilding health services in 1945-1950 involved reopening hospitals and outpatient facilities, organising health centres, addressing staff shortages and undertaking epidemic control measures amid

intensive population movements (16). Care for displaced persons and repatriates was particularly important. The State Repatriation Office (Państwowy Urząd Repatriacyjny, PUR) arranged medical assistance at transit centres and temporary accommodation sites; analysis of PUR records reveals the close relationship between migration policy and sanitary and epidemic control practice (17). Public health in the Opole region was therefore part of population movement management from the outset, as well as the reconstruction of fixed medical facilities.

In Lower Silesia, the scale of destruction in Wrocław and other centres, population replacement, and housing and provisioning difficulties meant that health care reconstruction was closely linked to restoring basic urban functions. Accounts of everyday life in Wrocław in 1945-1948 reveal prolonged organisational improvisation and the importance of municipal infrastructure for residents' health conditions (18). These are complemented by analyses of epidemic threats in Lower Silesia (19), the state takeover of care facilities (20), and social experiences of health and illness in Silesia (12). Comparison with Western Pomerania and Warmia and Masuria therefore reveals a similar direction of change, but different starting points and varying roles for local settlement patterns, industry and urban structures.

The standardisation of regional measures was reinforced by nationwide provisions addressing the post-war sanitary crisis directly. In 1947, new regulations on compulsory typhoid vaccination were issued in agreement with, among others, the Minister for the Recovered Territories, indicating the particular importance of these areas for epidemic control policy (21). The decree of 14 May 1946, in turn, enabled health care workers to be called up for epidemic control duties (22). These measures show that regional sanitary campaigns were progressively embedded in a uniform national legal, organisational and staffing framework.

THE SANITARY AND EPIDEMIC CRISIS OF 1945-1947

The first two to three post-war years were marked by a sanitary crisis whose severity varied by region. The literature repeatedly mentions typhoid fever, epidemic typhus, dysentery, diphtheria, infectious diarrhoea, scabies, tuberculosis, venereal diseases and malaria. Controlling acute infectious diseases required measures beyond routine medical care: active outbreak detection, isolation, disinfection and insect control, vaccination, and improvements in sanitary conditions (19,23,24).

In Warmia and Masuria, 439 cases of typhoid fever were registered in June 1945, although sources from this period are inconsistent and incomplete. Across Poland in 1945; 69,631 cases of typhoid fever; 14,888 of epidemic typhus; 5,892 of dysentery; 11,573 of scarlet fever and 19,548 of diphtheria were registered (7). Regional data nevertheless show that some outbreaks were exceptionally severe. In Gdańsk, between 20 May and 11 August 1945 alone; 1,893 cases of typhoid fever, 140 of epidemic typhus and 460 of dysentery were recorded, with 123, 30 and 95 deaths, respectively (9). In the Masurian District, typhoid incidence in 1945 was 202.04 per 10,000 inhabitants, whereas the nationwide rate in the fourth quarter was 34.12 per 10,000 (7). In Western Pomerania, the typhoid epidemic of 1945-1948 was closely associated with migration and unstable living conditions (25), and source-based studies attributed 63% of nationally registered cases to the Recovered Territories (8). In his account of epidemic diseases in Poland in 1945-1948, Przesmycki described the scale of post-war epidemic control efforts (26). Vaccination programmes were developed concurrently and became a pillar of state infectious disease prevention in subsequent years (27).

The burden of individual diseases was not, however, uniformly greater than elsewhere in Poland. In Olsztyn Voivodeship, more than 350 cases of diphtheria were registered annually in 1946-1949, yet the available compilation indicates that incidence rates were almost identical to nationwide rates. Epidemic typhus declined rapidly in the voivodeship, from 173 cases in 1945 to 82 in 1946, 28 in 1947 and 3 in 1948. Tuberculosis, by contrast, remained a major problem, although the statistics were less comparable: in 1949, the number of patients with active infectious tuberculosis in Olsztyn Voivodeship was estimated at 8,000-10,000 (7). Tuberculosis was therefore excluded from the comparative table, as the available data do not permit a reliable comparison of regional and nationwide rates for the same period.

VENEREAL DISEASES AND MALARIA AS PARTICULAR CHALLENGES

Venereal diseases combined infectious disease concerns with the consequences of war, violence, migration, poverty and the breakdown of existing social structures. In Western Pomerania, control efforts were hampered by shortages of specialists, clinics, beds and medicines (28). The problem was particularly pronounced in the western and northern territories. Incomplete statistics for the fourth quarter of 1946 recorded 95,500 treated or registered cases in Poland, including 40,595 cases of syphilis; 54,312 of gonorrhoea and 592 of chancroid; 39,909 cases, or

41.8% of the total, were attributed to the Recovered Territories. The highest burden was reported in Wrocław, Olsztyn, Gdańsk and Szczecin voivodeships (28). Although incomplete registration meant that these data did not capture the full prevalence, they clearly demonstrate the concentration of the problem. The decree of 16 April 1946 defined the obligations of patients, physicians and public administration (29), while the nationwide ‘Campaign W’, developed from 1948 onwards, expanded diagnosis, treatment and active case finding.

Malaria provides a useful example of the relationship between migration, the environment and the effectiveness of organised population-level measures. In Western Pomerania, the problem is documented in the records of the repatriation and voivodeship administrations (30). In 1946, the highest voivodeship incidence was recorded in Szczecin, at 117.0 per 100,000 inhabitants. In 1948, incidence in Olsztyn Voivodeship reached 393.7 per 100,000, compared with 41.8 per 100,000 nationwide; the regional rate was thus approximately 9.4 times higher (31). The malaria control programme included identifying transmission foci, establishing permanent and seasonal clinics, treatment, mosquito control and health education. By 1950, nationwide incidence had fallen to 5.5 per 100,000, and in 1951-1955 it remained between 0.3 and 1.41 per 100,000. From 1956 onwards, recorded cases were largely sporadic and imported (31). This pattern provides further epidemiological support for the chosen endpoint.

Selected regional data and nationwide reference points are presented in Table 1. The strength of these comparisons varies: where rates are available for identical or similar periods, the magnitude of the difference can be assessed; elsewhere, absolute numbers provide epidemiological context only.

FROM EMERGENCY INTERVENTION TO PLANNED HEALTH SERVICES

The initial institutional response to post-war epidemics was mobile and intervention-oriented. The Chief Extraordinary Commissariat for Combating Epidemics organised mobile epidemic control and disinfection teams; by the end of 1945, approximately 450 epidemic control teams and 1,350 disinfection workers were operating nationwide (32). In the Western and Northern Territories, these activities covered concentrations of displaced persons, collective accommodation and transport. The development of laboratories and branches of the National Institute of Hygiene (Państwowy Zakład Higieny, PZH) gradually enabled a transition from responses based primarily on clinical presentation to diagnostic confirmation and environmental quality monitoring. PZH

combined research, diagnostic, production and organisational functions to meet practical infectious disease control needs (33).

The year 1948 marked the beginning of more pronounced centralisation. The Act of 28 October 1948 on public health care establishments and planning in health services provided a basis for the planned distribution of facilities and personnel (34). Although shortages were not immediately eliminated, this encouraged a shift from isolated campaigns towards the continuous operation of health centres, laboratories, and sanitary and epidemiological services. The Act of 15 December 1951 incorporated employee health care into the state health administration (35); in Western Pomerania, the development of industrial health services remained linked to the ports and regional industrialisation (36).

THE INSTITUTIONALISATION OF SANITARY SURVEILLANCE IN 1952-1956

In the early 1950s, sanitary-epidemiological stations were established, integrating laboratory and surveillance functions previously dispersed across different structures. The 1952 reform merged local sanitary and epidemiological units with PZH branches and strengthened continuous infectious disease surveillance and environmental monitoring (37). This process is particularly evident in regions where post-war laboratory and administrative reconstruction occurred almost simultaneously with the creation of the entire health service network.

A landmark legal measure was the decree of 14 August 1954 on the State Sanitary Inspection (38). It established state sanitary supervision as a distinct administrative function and provided a basis for the work of state sanitary inspectors. In practice, it completed the transition from ad hoc mobile teams and commissariats to a permanent hierarchical structure of inspection. The expansion of state control also encompassed other areas of care; in Lower Silesia, for example, the state took over some church-run health care and social welfare facilities (20).

PUBLIC HEALTH AND TERRITORIAL STABILISATION AND INTEGRATION

Public health reconstruction can be interpreted as part of the wider stabilisation of the Western and Northern Territories. Health centres, laboratories, vaccination points, water supply inspections and epidemic control measures were practical manifestations of the state’s presence in the everyday lives of new communities. In areas with high population turnover and weak local social networks, improved access to basic health institutions helped normalise living conditions (6,10,20).

This does not mean that health measures should be reduced to a political project. Their primary objectives were to reduce morbidity and mortality, prevent epidemics, ensure safe water, and restore care for workers, mothers and children. The integration hypothesis merely suggests that these measures also increased the administration's capacity to identify population health problems and respond to them on a sustained basis. Over the course of a decade, a situation in which simply reaching a patient and carrying out disinfection posed major challenges gave way to a system based on a network of sanitary-epidemiological stations, laboratories and inspectors.

DISCUSSION

Bringing regional studies together with the history of nationwide change allows a three-part periodisation of public health in the Western and Northern Territories to be proposed. The years 1945-1947 were primarily an emergency phase, dominated by outbreak control, disinfection and insect control, isolation, and the provisional restoration of services. Centralisation and planning followed in 1948-1951, while 1952-1956 saw the institutionalisation of permanent surveillance. This periodisation is consistent with the overall direction of Poland's health system transformation (3,4), but in the Western and Northern Territories these changes coincided with the establishment of administration, infrastructure reconstruction and population stabilisation.

The novel contribution of this synthesis lies in bringing dispersed regional accounts together within a public health perspective. Gdańsk and Gdańsk Pomerania, Zielona Góra and the Lubusz region, Szczecin and Western Pomerania, Warmia and Masuria, Lower Silesia and the Opole region reveal a shared mechanism: the initial priority was to contain immediate sanitary threats, followed by the development of a continuous network of services and surveillance. Nevertheless, the scale and pace of change varied, and the available literature remains more extensive for Western Pomerania and Warmia and Masuria than for the Lubusz or Opole regions. There is therefore no basis for treating the macroregion as a homogeneous epidemiological unit.

The history of malaria, typhoid fever and venereal diseases shows that improvements in health security required individual treatment to be combined with population-level instruments: registration, legal regulation, surveillance, environmental measures, vaccination and education (23,25,27-31). Institutionally, the key development was the transition from mobile emergency structures to permanent laboratories and sanitary-epidemiological stations (32,33,37,38). In this sense, 1945-1956 can be regarded as the formative period of the post-war public health model in

these territories. An additional analysis of Western Pomerania highlights the relationship between post-war migration and the spread of infectious diseases (39), while a study of the Chief Extraordinary Commissariat for Combating Epidemics documents the scale of mobile epidemic control activities in 1944-1945 (40).

The data in Table 1 strengthen the rationale for examining the Western and Northern Territories as a distinct field of analysis while cautioning against excessive generalisation. The clearest differences from nationwide data concerned typhoid fever and malaria in selected regions and the concentration of registered venereal diseases. Diphtheria presented a different picture, with rates in Olsztyn Voivodeship close to nationwide levels, while epidemic typhus declined rapidly. Gdańsk, in turn, shows that even in the absence of a stable population denominator, local outbreaks could be substantial: hundreds of cases of typhoid fever, epidemic typhus and dysentery were recorded there in less than three months in 1945 (7,9). The rationale for studying this macroregion therefore lies in the concurrence of intensive migration, demographic instability, sanitary destruction, locally high rates and the simultaneous establishment of new public health institutions, rather than in a claim of uniformly higher incidence of all diseases. Incomplete registration, differing denominators and changing administrative boundaries preclude using these data to rank regions.

Table 2 summarises the proposed periodisation. It serves an interpretative and organising purpose rather than a quantitative one. Its verification would require further comparative research using consistent archival material from several voivodeships or counties, including reconstruction of local disease incidence series and staffing levels.

Limitations. This synthesis has several limitations. Post-war epidemiological reporting was incomplete, particularly in 1945, and population sizes changed rapidly. Administrative boundaries were reorganised, hindering comparisons of rates across regions and years. Some early assessments of disease frequency, particularly venereal diseases, relied on administrative estimates using heterogeneous methods. Nationwide data for 1945 may not have covered all population groups, especially some of the German population (7). For this reason, no new rates were calculated for Table 1 using the 1946 census; only measures reported in the sources were used. Where only absolute numbers or different observation periods were available, comparisons were described as contextual. The literature also remains geographically uneven: despite the inclusion of additional material on Gdańsk Pomerania, Lower Silesia, the Opole region and the Lubusz region, Western

Pomerania and Warmia and Masuria are still the best documented, and few studies permit direct interregional comparisons. The narrative nature of the review and the absence of a formal assessment of the methodological quality of all included studies increase the risk of source selection bias. Accordingly, this paper offers a narrative synthesis of the principal mechanisms and directions of change rather than a complete quantitative reconstruction.

CONCLUSIONS

Between 1945 and 1956, public health in the Western and Northern Territories evolved from emergency measures focused on containing a sanitary and epidemic crisis into a permanent and increasingly standardised surveillance system. Initial priorities reflected mass migration, infrastructure destruction, personnel shortages and a high risk of infectious diseases. Comparisons with nationwide data indicate a particularly high burden of typhoid fever and malaria in some regions and a concentration of registered venereal diseases. They also confirm the diversity of conditions: some diseases, such as diphtheria, were not more common than in the country as a whole. As the population stabilised, laboratories, sanitary-epidemiological stations, planned service provision and environmental prevention became increasingly important. The establishment of the State Sanitary Inspection in 1954 institutionally completed a process initiated by extraordinary post-war structures, while the decline of malaria to sporadic occurrence by 1956 illustrates the transition from crisis response to permanent surveillance. Despite substantial regional variation, the first post-war decade laid the foundations of the public health system in these territories. Its development also contributed to stabilising everyday life and establishing a lasting presence of state institutions.

REFERENCES

1. Dekret z dnia 13 listopada 1945 r. o zarządzie Ziem Odzyskanych. Dz.U. 1945 nr 51 poz. 295.
2. Główny Urząd Statystyczny. Powszechny Sumaryczny Spis Ludności z dn. 14 II 1946 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 1947.

3. Grata P. Od Drugiej Rzeczypospolitej do Polski Ludowej. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944-1950. Polska 1944/45-1989. Studia i Materiały. 2017;15:5-23. doi:10.12775/Polska.2017.01.
4. Płonka-Syroka B, Stych M. Prawo do ochrony zdrowia a organizacja systemu opieki medycznej w Polsce powojennej (1945-1952). Miscellanea Historico-Iuridica. 2023;22(2):265-296. doi:10.15290/mhi.2023.22.02.12
5. Szpak E. Warunki sanitarne w powojennej Polsce: zarys problemów i dynamiki zmian (1945-1970). Polska 1944/45-1989. Studia i Materiały. 2014;12:277-299.
6. Ordyłowski M. Z problemów życia codziennego na Ziemiach Odzyskanych w latach 1945-1950 na przykładzie Dolnego Śląska. Dzieje Najnowsze. 2002;34(1):121-134.
7. Bujko A. Stan sanitarno-epidemiczny na Warmii i Mazurach w latach 1945-1950. Wybrane zagadnienia. Komunikaty Mazursko-Warmińskie. 2011;2(272):253-277.
8. Kryśkiewicz H. Zdrowie w Szczecinie w latach 1945-1946. Przegląd Zachodniopomorski. 2017;32(61)(1):35-78. doi:10.18276/pz.2017.1-03.
9. Zabadała N. Sytuacja epidemiologiczno-sanitarna w Gdańsku 1945 r. Doniesienie wstępne. Ann Acad Med Gedan. 2011;41:125-133.
10. Kotuła J. Otwarta i zamknięta opieka zdrowotna w Zielonej Górze w latach 1945-1989. Studia Zachodnie. 2016;18:237-270.
11. Kurowska H. Działalność lecznicza Polskiego Czerwonego Krzyża na wsi Ziemi Lubuskiej w latach 1945-1948. W: Ślusarczyk W, Frischke G, red. Lecznictwo na prowincji: między perspektywą lokalną i globalną: wybrane problemy. Lublin: Episteme; 2023. s. 111-141.
12. Ligarski S. Ogłoszenia drobne z lat 1945-1949 jako informator o zdrowiu i chorobach na Śląsku. Polska 1944/45-1989. Studia i Materiały. 2017;15:109-126. doi:10.12775/Polska.2017.06.
13. Dekret z dnia 8 października 1945 r. o utworzeniu Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Dz.U. 1945 nr 44 poz. 253.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 1945 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Administracji Publicznej w sprawie przeprowadzenia przymusowych szczepień ochronnych przeciw durowi brzusznemu. Dz.U. 1945 nr 15 poz. 88.

15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 1948 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Oświaty o utworzeniu katedr, zakładów naukowych i klinik w Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Dz.U. 1948 nr 37 poz. 276.
16. Dyrda JM, Białek T, Kamieńszczyk-Bundyra E, Polczyk J, Regulska J. Odbudowa i rozwój służby zdrowia na Śląsku Opolskim w latach 1945-1950. Katowice: Śląska Akademia Medyczna - Biblioteka Główna; 2003.
17. Bojko P. Opieka zdrowotna Państwowego Urzędu Repatriacyjnego nad ludnością przesiedlaną na Śląsku Opolskim w latach 1945-1948 w świetle dokumentów archiwalnych. W: Dyrda JM, Gruszka B, red. Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych. Katowice: Śląska Akademia Medyczna – Biblioteka Główna; 2007. s. 182-210.
18. Ordyłowski M. Życie codzienne we Wrocławiu 1945-1948. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1991.
19. Gościniak G, Lonc E, Okulewicz A, Płonka-Syroka B. Epidemiczne zagrożenia na Dolnym Śląsku, Polska, w latach 1945-1975 oraz przeciwdziałania. W: Bugla-Płoskońska G, Lonc E, red. Wektory i patogeny – w przeszłości i przyszłości: in memoriam profesoris Tadeusz M. Lachowicz. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum; 2015. s. 89-114.
20. Włodarczyk E. Przejmowanie kościelnych placówek służby zdrowia oraz zakładów opieki społecznej w archidiecezji wrocławskiej w latach 1945-1956. Acta Universitatis Wratislaviensis. Prawo. 2017;324:229-246. doi:10.19195/0524-4544.324.12.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 1947 r. wydane w porozumieniu z Ministrami: Administracji Publicznej i Ziem Odzyskanych w sprawie przymusowych szczepień ochronnych przeciw durowi brzusznemu. Dz.U. 1947 nr 54 poz. 294.
22. Dekret z dnia 14 maja 1946 r. o powołaniu pracowników służby zdrowia do walki z epidemiami. Dz.U. 1946 nr 23 poz. 150.
23. Więckowska E. Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944-1950. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 2001. Acta Universitatis Wratislaviensis nr 2267, Historia 148
24. Kostrzewski J, red. Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919-1962. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1964.

25. Kozłowska U. Czas a choroba: epidemia duru brzusznego na Pomorzu Zachodnim w latach 1945-1948. Przegląd Zachodniopomorski. 2010;25(54)(4):83-94.
26. Przesmycki F. Choroby epidemiczne w Polsce w latach 1945-1948. Postepy Hig Med Dosw. 1949;1:1-19.
27. Płonka-Syroka B, Stych M, Pryjda P. Szczepienia dzieci w Polsce przeciw chorobom zakaźnym (1945-1989) - analiza ich kontekstu historycznego, podstaw prawnych i efektywności. Miscellanea Historico-Iuridica. 2024;23(1):534-584.
28. Kozłowska U. Choroby weneryczne na Pomorzu Zachodnim w latach 1945-1948. Perspektywa historyczno-socjologiczna. Opuscula Sociologica. 2012;1(1):117-126.
29. Dekret z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych. Dz.U. 1946 nr 18 poz. 119.
30. Kozłowska U. Malaria na Pomorzu Zachodnim w latach 1945-1949 w dokumentach Państwowego Urzędu Repatriacyjnego i Urzędu Wojewódzkiego Szczecińskiego. Przegląd Zachodniopomorski. 2011;26(55)(4):91-102.
31. Szata W. Zimnica (malaria) w Polsce. Przegl Epidemiol. 1997;51(1-2):177-183.
32. Posobkiewicz M, Kalinowska-Morka J, Świekatowski B. Państwowa Inspekcja Sanitarna - 60 lat istnienia i 95-lecie funkcjonowania służb sanitarnych w Polsce. Przegl Epidemiol. 2015;69(1):113-119.
33. Naruszewicz-Lesiuk D, Wysocki MJ. Tematyka i wyniki wybranych prac naukowo-badawczych w dziedzinie epidemiologii prowadzonych w Państwowym Zakładzie Higieny w latach 1945-1989. Przegl Epidemiol. 2013;67(4):773-777.
34. Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia. Dz.U. 1948 nr 55 poz. 434.
35. Ustawa z dnia 15 grudnia 1951 r. o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia. Dz.U. 1951 nr 67 poz. 466.
36. Kozłowska U. Organizacja ochrony zdrowia robotników na Pomorzu Zachodnim w latach 1945-1955: wprowadzenie do problematyki. Przegląd Zachodniopomorski. 2018;33(62)(1):121-143. doi:10.18276/pz.2018.1-05.
37. Naruszewicz-Lesiuk D, Magdzik W, Seroka D. Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie w latach 1951-2011 - geneza powstania, drogi rozwoju w ciągu 60 lat pracy. Przegl Epidemiol. 2011;65(4):687-696.

38. Dekret z dnia 14 sierpnia 1954 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz.U. 1954 nr 37 poz. 160.
39. Kozłowska U, Bulsa M. Migracje a szerzenie się chorób zakaźnych na Pomorzu Zachodnim w latach pionierskich. Hygeia Public Health. 2012;47(3):383-389.
40. Morzycki J, Klingberg AM. Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami w latach 1944-1945. Warszawa: Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy; 1946.

Received: 10.08.2026
Accepted for publication: 30.10.2026
Otrzymano: 10.08.2026 r.
Zaakceptowano do publikacji: 30.10.2026 r.

Address for correspondence:
Adres do korespondencji:
Jakub Brzeziński
Zakład Gerontologii i Zdrowia Publicznego
Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher
email: jakub.brzezinski@spartanska.pl

Table 1. Selected comparisons between regional and nationwide epidemiological data in the early post-war years

Disease and period	Study area	Nationwide reference	Comparative assessment
Typhoid fever, 1945	Masurian District: 202.04 per 10,000 inhabitants (7)	Poland: 34.12 per 10,000 in the fourth quarter of 1945; 69,631 cases in the whole of 1945 (7)	The source identifies the Masurian District as the region with the highest number of cases nationwide. No incidence rate ratio was calculated because the rates cover different periods.
Venereal diseases, fourth quarter of 1946	Recovered Territories: 39,909 treated or registered cases (28)	Poland: 95,500 cases, including 40,595 of syphilis, 54,312 of gonorrhoea and 592 of chancroid (28)	The Recovered Territories accounted for 41.8% of registered cases. This is not an incidence comparison: comparable population denominators are lacking and registration was incomplete.
Malaria, 1948	Olsztyn Voivodeship: 393.7 per 100,000 inhabitants (31)	Poland: 41.8 per 100,000 inhabitants (31)	Directly comparable rates: incidence in Olsztyn Voivodeship was approximately 9.4 times the nationwide rate and was the highest among voivodeships in 1948.
Diphtheria, 1946-1949	Olsztyn Voivodeship: over 350 cases annually; initially approximately 20 per month (7)	According to the same source, incidence rates in Olsztyn Voivodeship and Poland were almost identical (7)	No clear regional excess. This shows that the distinctive conditions of the Western and Northern Territories did not entail a greater burden of every infectious disease.
Dysentery, 1945	Gdańsk: 460 cases and 95 deaths between 20 May and 11 August 1945 (9)	Poland: 5,892 registered cases in the whole of 1945 (7)	The data confirm a major local outbreak, but differing observation periods and the absence of consistent denominators preclude a direct comparison of incidence rates.

Sources: (7,9,28,31). Note: post-war reporting was incomplete, while boundaries and population sizes changed rapidly. A direct incidence rate ratio is given only for malaria in 1948, for which the source provides comparable regional and nationwide rates. In the remaining rows, comparisons are comparative or contextual, depending on the data available in the sources.

Tabela 1. Wybrane porównania epidemiologiczne między Ziemiami Zachodnimi i Północnymi a danymi ogólnopolskimi w pierwszych latach powojennych

Choroba i okres	Badany obszar	Punkt odniesienia dla Polski	Ocena porównawcza
Dur brzuszny, 1945	Okręg Mazurski: 202,04/10 000 mieszkańców (7)	Polska: 34,12/10 000 w IV kwartale 1945 r.; 69 631 przypadków w całym 1945 r. (7).	Źródło określa Okręg Mazurski jako region zajmujący pierwsze miejsce w kraju pod względem liczby zachorowań. Nie wyliczano ilorazu zapadalności, ponieważ wskaźniki dotyczą różnych okresów.
Choroby weneryczne, IV kwartał 1946	Ziemie Odzyskane: 39 909 leczonych lub rejestrowanych przypadków (28)	Polska: 95 500 przypadków, w tym 40 595 kiły, 54 312 rzeżączki i 592 wrzodu wenerycznego (28).	Na Ziemie Odzyskane przypadało 41,8% zarejestrowanych przypadków. Nie jest to porównanie zapadalności, ponieważ brak porównywalnych mianowników ludności, a rejestracja była niepełna.
Zimnica, 1948	Województwo olsztyńskie: 393,7/100 000 mieszkańców (31)	Polska: 41,8/100 000 mieszkańców (31).	Bezpośrednio porównywalne wskaźniki: zapadalność w woj. olsztyńskim była ok. 9,4 razy wyższa od krajowej i była najwyższa wśród województw w 1948 r.
Błonica, 1946-1949	Województwo olsztyńskie: ponad 350 przypadków rocznie; początkowo ok. 20 miesięcznie (7)	Według tego samego źródła wskaźniki zapadalności w woj. olsztyńskim i w Polsce były niemal identyczne (7).	Brak wyraźnej nadwyżki regionalnej. Pokazuje to, że specyfika Ziem Zachodnich i Północnych nie oznaczała większego obciążenia każdą chorobą zakaźną.
Czerwonka, 1945	Gdańsk: 460 zachorowań i 95 zgonów od 20 V do 11 VIII 1945 r. (9)	Polska: 5892 zarejestrowane przypadki w całym 1945 r. (7).	Dane potwierdzają duże lokalne ognisko, lecz różny okres obserwacji i brak zgodnych mianowników nie pozwalają na bezpośrednie porównanie współczynników zapadalności.

Źródła: (7, 9, 28, 31). Uwaga: powojenna sprawozdawczość była niepełna, a granice i liczebność populacji zmieniały się dynamicznie. Bezpośredni iloraz zapadalności podano wyłącznie dla zimnicy w 1948 r., gdzie źródło przedstawia porównywalne współczynniki regionalny i krajowy. W pozostałych wierszach zestawienie ma charakter porównawczy lub kontekstowy zgodnie z zakresem danych dostępnych w źródłach.

Table 2. Proposed periodisation of public health developments in the Western and Northern Territories 1945-1956

Period	Principal challenge	Main activities	Significance for the system
1945-1947	Sanitary crisis, migration and infectious disease outbreaks	Mobile epidemic control teams, isolation, disinfection and insect control, vaccination, provisional restoration of services	Emergency phase; laying the foundations of surveillance and health administration
1948-1951	Consolidating the service network and clarifying responsibilities	Sanitary and epidemiological departments, planned organisation of facilities, population-level campaigns, employee health care	Centralisation and transition from ad hoc campaigns to continuous activities
1952-1956	Standardising surveillance and sanitary inspection	Sanitary-epidemiological stations, laboratory development, State Sanitary Inspection	Institutionalisation of a permanent hierarchical surveillance system

Tabela 2. Proponowana periodyzacja przemian zdrowia publicznego na Ziemiach Zachodnich i Północnych w latach 1945-1956

Okres	Dominujący problem	Główne formy działania	Znaczenie systemowe
1945-1947	Kryzys sanitarny, migracje i ogniska chorób zakaźnych	Kolumny przeciwepidemiczne, izolacja, dezynfekcja i dezynsekcja, szczepienia, doraźna odbudowa świadczeń	Faza interwencyjna; tworzenie podstaw nadzoru i administracji zdrowotnej
1948-1951	Utrwalanie sieci i porządkowanie odpowiedzialności	Oddziały sanitarno-epidemiologiczne, planowa organizacja zakładów, akcje populacyjne, lecznictwo pracownicze	Centralizacja i przechodzenie od akcji doraźnych do działań ciągłych
1952-1956	Standaryzacja nadzoru i kontroli sanitarnej	Stacje sanitarno-epidemiologiczne, rozwój laboratoriów, Państwowa Inspekcja Sanitarna	Instytucjonalizacja stałego, hierarchicznego systemu nadzoru

10.32394/pe/242343

Jakub Brzeziński

FROM SANITARY CRISIS TO THE INSTITUTIONALISATION OF PUBLIC HEALTH IN POLAND'S WESTERN AND NORTHERN TERRITORIES, 1945-1956

OD KRYZYSU SANITARNEGO DO INSTYTUCJONALIZACJI ZDROWIA PUBLICZNEGO NA ZIEMIACH ZACHODNICH I PÓŁNOCNYCH W LATACH 1945-1956

Department of Gerontology and Public Health, National Institute of Geriatrics, Rheumatology and Rehabilitation, Warsaw, Poland
Zakład Gerontologii i Zdrowia Publicznego, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher

STRESZCZENIE

Ziemie Zachodnie i Północne, które po II wojnie światowej znalazły się w granicach Polski, były obszarem nakładania się masowych migracji, zniszczeń infrastruktury, niedoborów kadr i wysokiego ryzyka chorób zakaźnych. Celem pracy jest syntetyczna analiza przemian zdrowia publicznego na tych terenach w latach 1945-1956 oraz ocena przejścia od działań doraźnych do trwałego nadzoru sanitarno-epidemiologicznego. Przeprowadzono narracyjny przegląd piśmiennictwa, publikowanych źródeł statystycznych i aktów prawnych, z uwzględnieniem opracowań dotyczących Pomorza Zachodniego, Warmii i Mazur, Pomorza Gdańskiego, Dolnego Śląska, Śląska oraz Ziemi Lubuskiej. Wybrane dane regionalne zestawiono z danymi ogólnopolskimi. W latach 1945-1947 dominowały działania interwencyjne: wykrywanie ognisk, izolacja chorych, dezynfekcja i dezynsekcja, szczepienia oraz odbudowa podstawowych świadczeń. Szczególne znaczenie miały dur brzuszny i plamisty, czerwonka, błonica, gruźlica, choroby weneryczne i zimnica. Porównania wskazują na wyraźnie podwyższone obciążenie niektórymi problemami, zwłaszcza durem brzusznym i zimnicą w części regionów oraz chorobami wenerycznymi na Ziemiach Odzyskanych, przy braku analogicznej nadwyżki dla wszystkich zakażeń, np. błonicy. W latach 1948-1951 postępowała centralizacja i planowanie służby zdrowia, a w latach 1952-1956 rozwój stacji sanitarno-epidemiologicznych doprowadził do utrwalenia stałego nadzoru. Powołanie Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 1954 r. stanowiło instytucjonalne domknięcie tego procesu. Zdrowie publiczne było jednocześnie narzędziem ograniczania zagrożeń epidemiologicznych, odbudowy instytucji i stabilizacji życia społecznego na obszarze poddanym wyjątkowo intensywnym przemianom demograficznym.

Słowa kluczowe: *zdrowie publiczne, epidemiologia, Ziemie Zachodnie i Północne, choroby zakaźne, historia medycyny*

WSTĘP

Zakończenie II wojny światowej oznaczało dla Polski konieczność odbudowy państwa w warunkach zasadniczej zmiany granic i struktury demograficznej. Obszary położone na zachodzie i północy, określane w ówczesnym języku urzędowym jako Ziemie Odzyskane, zostały objęte odrębnymi rozwiązaniami administracyjnymi na podstawie dekretu z 13 listopada 1945 r. (1). Współcześnie bardziej neutralnym określeniem analitycznym są Ziemie Zachodnie i Północne. Obejmowały one niejednorodny zespół regionów, m.in. Pomorze Zachodnie, część Pomorza Gdańskiego, Ziemię Lubuską, Dolny Śląsk, Opolszczyznę oraz Warmię i Mazury.

Pierwszy powojenny spis sumaryczny z 14 lutego 1946 r. rejestrował ludność kraju w warunkach nadal trwających przemieszczeń (2). Na Ziemiach Zachodnich i Północnych równolegle następowały osiedlanie ludności polskiej, wysiedlanie ludności niemieckiej, powroty z zagranicy oraz przesiedlenia mieszkańców dawnych wschodnich województw Rzeczypospolitej. Dla zdrowia publicznego oznaczało to dużą mobilność populacji, okresowe przeludnienie punktów etapowych i mieszkań, trudności z ciągłością opieki oraz zwiększone znaczenie nadzoru nad chorobami zakaźnymi.

Powojenna reorganizacja ochrony zdrowia przebiegała od rozwiązań wywodzących się z II Rzeczypospolitej do systemu coraz bardziej scentralizowanego, upaństwowionego i planowego (3,4). Na Ziemiach Zachodnich i Północnych transformacja ta nakładała się na przejmowanie i odbudowę infrastruktury, organizowanie kadr oraz tworzenie polskiej administracji. Dotychczasowe piśmiennictwo ma przede wszystkim charakter regionalny, co utrudnia ocenę wspólnych mechanizmów przemian. Uzasadnia to próbę syntezy łączącej historię epidemiologii, instytucje sanitarne oraz społeczne uwarunkowania zdrowia.

Wyodrębnienie Ziem Zachodnich i Północnych jako osobnego pola analizy nie wynika z założenia, że cały makroregion był jednolicie bardziej obciążony chorobami niż pozostała część kraju. Uzasadnia je nałożenie masowej wymiany i mobilności ludności, równoczesnej odbudowy administracji i infrastruktury oraz lokalnie wysokiego obciążenia epidemiologicznego. Aby ocenić, czy wybrane problemy rzeczywiście wyróżniały te tereny na tle kraju, w dalszej części pracy zestawiono dostępne dane regionalne z ogólnopolskimi dla duru brzusznego, chorób wenerycznych, zimnicy, błonicy, duru plamistego i czerwonki. Porównania te interpretowano z uwzględnieniem ograniczeń powojennej sprawozdawczości i zmienności mianowników populacyjnych.

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie syntetycznego obrazu najważniejszych problemów i przemian w zdrowiu publicznym na Ziemiach Zachodnich i Północnych w latach 1945-1956. Analiza koncentruje się na powojennych uwarunkowaniach sanitarno-demograficznych, zróżnicowaniu regionalnym, głównych zagrożeniach epidemiologicznych, organizacji działań przeciwepidemicznych i profilaktycznych oraz instytucjonalizacji nadzoru sanitarnego. Przyjęto hipotezę interpretacyjną, że rozwój zdrowia publicznego na tych terenach był nie tylko elementem odbudowy ochrony zdrowia, lecz także jednym z mechanizmów stabilizacji życia społecznego i administracyjnego oraz włączania nowych regionów do systemu państwowego.

Rok 1956 przyjęto jako cezurę końcową z dwóch komplementarnych powodów. Po pierwsze, pozwala on objąć analizą pierwsze lata utrwalania stałego nadzoru sanitarno-epidemiologicznego po fazie powojennych struktur nadzwyczajnych. Po drugie, w połowie lat pięćdziesiątych wybrane problemy silnie związane z bezpośrednimi następstwami wojny przechodziły z fazy epidemicznej do sporadycznej; najbardziej czytelnym przykładem jest zimnica, której dynamikę przedstawiono w dalszej części pracy. Cezura ta nie oznacza końca przemian ochrony zdrowia, lecz zamknięcie analizowanej fazy formacyjnej powojennego systemu zdrowia publicznego.

MATERIAŁY I METODY

Praca ma charakter narracyjnego przeglądu historycznego. Wyszukiwanie piśmiennictwa przeprowadzono do 7 sierpnia 2026 r. w archiwum „Przeglądu Epidemiologicznego”, CEJSH, BazHum, Repozytorium Cyfrowym Instytutów Naukowych, repozytoriach uczelnianych oraz bibliotekach cyfrowych. Stosowano polskie hasła i ich kombinacje: „Ziemie Zachodnie i Północne”, „Ziemie Odzyskane”, „służba zdrowia”, „zdrowie publiczne”, „stan sanitarno-epidemiologiczny”, „choroby zakaźne”, „Pomorze Zachodnie”, „Warmia i Mazury”, „Pomorze Gdańskie”, „Dolny Śląsk”, „Opolszczyzna”, „Ziemia Lubuska” oraz „Gdańsk”, ograniczając analizę przede wszystkim do okresu 1945-1956. Włączano publikacje naukowe i źródłowe odnoszące się bezpośrednio do sytuacji sanitarnej, chorób zakaźnych, organizacji opieki zdrowotnej lub administracji sanitarnej; dodatkowe pozycje identyfikowano w bibliografiach zakwalifikowanych prac.

Materiał uzupełniono o dane statystyczne oraz akty prawne dotyczące zarządu Ziem Zachodnich i Północnych, zwalczania chorób wenerycznych, planowej gospodarki w służbie zdrowia, lecznictwa pracowniczego oraz organizacji nadzoru sanitarnego. W celu osadzenia danych regionalnych w kontekście ogólnopolskim zestawiono informacje dotyczące duru brzusznego, duru plamistego, czerwonki, błonicy, chorób wenerycznych i zimnicy. Do porównań preferowano dane, dla których źródło jednoznacznie określało obszar, okres i jednostkę miary oraz podawało ogólnopolski punkt odniesienia. Nie rekonstruowano współczynników zapadalności z niepewnych mianowników ludności; jeżeli dostępne były wyłącznie liczby bezwzględne lub okresy nie były identyczne, dane przedstawiono jako kontekst z wyraźnym zaznaczeniem ograniczonej porównywalności. Ze względu na zmieniające się granice jednostek administracyjnych, mobilność ludności i niepełność sprawozdawczości z lat 1945-1947 dane liczbowe traktowano przede wszystkim jako wskaźniki skali i charakteru problemu, a nie jako w pełni porównywalne szeregi epidemiologiczne.

ZIEMIE ZACHODNIE I PÓŁNOCNE JAKO SZCZEGÓLNA PRZESTRZEŃ ZDROWIA PUBLICZNEGO

Warunki zdrowotne wynikały z nakładania się zniszczeń wojennych, migracji oraz niedoborów zasobów. Uszkodzone były nie tylko szpitale i ambulatoria, ale także wodociągi, kanalizacja, mieszkania, transport oraz zaplecze komunalne. W skali kraju złe warunki sanitarne utrzymywały się długo po zakończeniu wojny (5), a na Dolnym Śląsku dodatkowo wiązały się z problemami codziennego funkcjonowania nowych społeczności osadniczych (6). Na Warmii i Mazurach zniszczenie infrastruktury sanitarnej, niedobory żywności i migracje sprzyjały szerzeniu się chorób zakaźnych (7), natomiast w Szczecinie sytuacja zdrowotna w latach 1945-1946 odzwierciedlała destabilizację całego Pomorza Zachodniego (8).

Równie wyraźne problemy występowały poza najlepiej opisanymi regionami. W Gdańsku w 1945 r. dur brzuszny, dur plamisty i czerwonka osiągały rozmiary epidemiczne, a działania przeciwepidemiczne prowadzono równolegle z odbudową struktur miejskich (9). W Zielonej Górze odpływ niemieckich lekarzy, zniszczenia oraz wojskowe wykorzystanie części infrastruktury szpitalnej powodowały konieczność organizowania opieki praktycznie od podstaw (10). Na wsiach Ziemi Lubuskiej w pierwszych latach istotną rolę pełnił Polski Czerwony Krzyż, którego działalność lecznicza uzupełniała niewystarczającą sieć placówek (11). Opracowania

dotyczące Śląska wskazują zarazem, że choroba i dostęp do leczenia pozostawały ważnymi elementami powojennego doświadczenia społecznego także na terenach górnośląskich i dolnośląskich (12).

Wspólnym mianownikiem pozostawały mobilność ludności oraz niedobór kadr. Punkty etapowe, dworce i miejsca zbiorowego zakwaterowania zwiększały ryzyko transmisji zakażeń, a brak lekarzy, pielęgniarek, położnych, laborantów i personelu sanitarnego ograniczał możliwość szybkiego reagowania. Bezpieczeństwo zdrowotne zależało więc nie tylko od dostępności leczenia, ale także od zapewnienia dostępu do wody, usuwania nieczystości, izolacji chorych, dezynfekcji i dezynsekcji.

ZRÓŻNICOWANIE REGIONALNE: GDAŃSK, DOLNY ŚLĄSK I OPOLSZCZYZNA

Gdańsk stanowi szczególnie wyrazisty przykład równoczesnego reagowania na epidemię oraz odbudowy trwałego zaplecza medycznego. Utworzenie 8 października 1945 r. Akademii Lekarskiej w Gdańsku miało znaczenie wykraczające poza szkolnictwo wyższe, ponieważ zgodnie z dekretem uczelnia miała również stanowić ośrodek przeszkolenia i dokształcania pracowników służby zdrowia (13). Powstawała więc w tym samym czasie, gdy miasto zmagało się z epidemiami duru brzusznego, duru plamistego i czerwonki (9). Działania przeciwepidemiczne wpisywały się w ogólnokrajowe ramy prawne, w tym w te wprowadzone już w kwietniu 1945 r. przymusowe szczepienia ochronne przeciwko durowi brzusznemu (14). Przypadek gdański pokazuje, że odbudowa zdrowia publicznego obejmowała jednocześnie interwencję populacyjną, organizację lecznictwa oraz tworzenie zaplecza do kształcenia nowych kadr.

W kolejnych latach nastąpiła stabilizacja tej infrastruktury. Rozporządzenie z 27 lipca 1948 r. formalizowało strukturę katedr, zakładów naukowych i klinik Akademii Lekarskiej w Gdańsku (15), co dobrze ilustruje przejście od improwizowanych rozwiązań pierwszych miesięcy powojennych do bardziej trwałej organizacji klinicznej i akademickiej. W perspektywie zdrowia publicznego miało to podwójne znaczenie: zwiększało możliwości leczenia i diagnostyki w regionie, a zarazem tworzyło lokalne zaplecze kadrowe dla rozwijającego się systemu sanitarno-epidemiologicznego. Gdańsk był zatem nie tylko miejscem powojennego kryzysu epidemicznego, ale również jednym z ośrodków szybkiej instytucjonalnej odbudowy medycyny na północy kraju.

Na Śląsku Opolskim proces odbudowy miał odmienny przebieg, ale zachował podobną logikę. Odtwarzanie służby zdrowia w latach 1945-1950 obejmowało ponowne uruchamianie

szpitali i ambulatoriów, organizowanie ośrodków zdrowia, uzupełnianie braków kadrowych oraz działania przeciwepidemiczne prowadzone w warunkach intensywnych przemieszczeń ludności (16). Szczególnie istotna była opieka nad przesiedleńcami i repatriantami, dla których Państwowy Urząd Repatriacyjny organizował pomoc medyczną w punktach etapowych oraz miejscach czasowego pobytu; analiza dokumentów PUR pokazuje ścisłe powiązanie polityki migracyjnej z praktyką sanitarną i przeciwepidemiczną (17). Na Opolszczyźnie zdrowie publiczne było więc od początku częścią zarządzania ruchem ludności, a nie wyłącznie odbudowy stacjonarnego lecznictwa.

Na Dolnym Śląsku skala zniszczeń Wrocławia i innych ośrodków, wymiana ludności oraz problemy mieszkaniowe i aprowizacyjne powodowały, że odbudowa opieki zdrowotnej była ściśle związana z przywracaniem podstawowego funkcjonowania miast. Obraz życia codziennego wrocławskich mieszkańców z lat 1945-1948 wskazuje na długotrwałą improwizację organizacyjną oraz na znaczenie infrastruktury komunalnej dla warunków zdrowotnych mieszkańców (18). Uzupełniają go analizy zagrożeń epidemicznych Dolnego Śląska (19), przejmowania placówek opieki przez państwo (20) oraz społecznych doświadczeń zdrowia i choroby na Śląsku (12). W porównaniu z Pomorzem Zachodnim i Warmią i Mazurami widać zatem podobny kierunek zmian, lecz różne punkty wyjścia oraz odmienne znaczenie lokalnych struktur osadniczych, przemysłowych i miejskich.

Proces ujednolicania działań regionalnych wzmacniały rozwiązania ogólnopaństwowe adresowane bezpośrednio do problemów powojennego kryzysu sanitarnego. W 1947 r. nowe przepisy o przymusowych szczepieniach przeciwko durowi brzusznemu zostały wydane w porozumieniu również z ministrem Ziem Odzyskanych, co wskazuje na szczególne znaczenie tych terenów dla polityki przeciwepidemicznej (21). Z kolei dekret z 14 maja 1946 r. umożliwiał powoływanie pracowników służby zdrowia do walki z epidemiami (22). Rozwiązania te pokazują, że regionalne akcje sanitarne nie były jedynie zbiorem lokalnych inicjatyw: stopniowo osadzano je w jednolitych ramach prawnych, organizacyjnych i kadrowych państwa.

KRYZYS SANITARNO-EPIDEMICZNY W LATACH 1945-1947

Pierwsze dwa-trzy lata powojenne były okresem kryzysu sanitarnego o nierównym nasileniu regionalnym. W opracowaniach powtarzają się informacje o durze brzusznym i plamistym, czerwonce, błonicy, biegunkach zakaźnych, świerzbie, gruźlicy, chorobach

wenerycznych oraz zimnicy. Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych wymagało działań wykraczających poza rutynowe lecznictwo: aktywnego wykrywania ognisk, izolacji, dezynfekcji i dezynsekcji, szczepień oraz poprawy warunków sanitarnych (19,23,24).

Na Warmii i Mazurach w czerwcu 1945 r. zarejestrowano 439 przypadków duru brzusznego, przy czym źródła z tego okresu są niespójne i niekompletne. W całej Polsce w 1945 r. rejestrowano 69 631 przypadków duru brzusznego, 14 888 duru plamistego, 5892 czerwonki, 11 573 płonicy i 19 548 błonicy (7). Dane regionalne pokazują jednak, że część ognisk miała wyjątkowo duże nasilenie. W Gdańsku tylko między 20 maja a 11 sierpnia 1945 r. odnotowano 1893 zachorowania na dur brzuszny, 140 na dur plamisty i 460 na czerwonkę; liczba zgonów wyniosła odpowiednio 123, 30 i 95 (9). W Okręgu Mazurskim zapadalność na dur brzuszny w 1945 r. wynosiła 202,04 na 10 000 mieszkańców, podczas gdy wskaźnik krajowy w IV kwartale wynosił 34,12 na 10 000 (7). Na Pomorzu Zachodnim epidemia duru brzusznego w latach 1945-1948 pozostawała silnie związana z migracjami i destabilizacją warunków bytowych (25), a opracowania źródłowe przypisywały Ziemiom Odzyskanym 63% zarejestrowanych w kraju zachorowań na tę chorobę (8). Przesmycki, opisując choroby epidemiczne w Polsce w latach 1945-1948, wskazywał na skalę powojennej walki przeciwepidemicznej (26). Równolegle rozwijano szczepienia ochronne, które w kolejnych latach stały się jednym z filarów państwowej profilaktyki chorób zakaźnych (27).

Obciążenie poszczególnymi chorobami nie było jednak jednolicie większe niż w pozostałej części Polski. W województwie olsztyńskim w latach 1946-1949 rejestrowano ponad 350 przypadków błonicy rocznie, lecz wskaźniki zapadalności były według dostępnego zestawienia niemal identyczne z krajowymi. Dur plamisty w tym województwie szybko wygasał: od 173 przypadków w 1945 r. do 82 w 1946 r., 28 w 1947 r. i 3 w 1948 r. Z kolei gruźlica pozostawała problemem o dużej skali, lecz gorszej porównywalności statystycznej; w 1949 r. liczbę chorych na gruźlicę czynną zakaźną w województwie olsztyńskim oceniano na 8-10 tys. (7). Z tego powodu gruźlicy nie włączono do tabeli porównawczej: dostępne dane nie pozwalają na wiarygodne zestawienie regionalnego i ogólnopolskiego współczynnika dla tego samego okresu.

CHOROBY WENERYCZNE I ZIMNICA JAKO SZCZEGÓLNE WYZWANIA

Choroby weneryczne łączyły problem zakaźny z następstwami wojny, przemocy, migracji, ubóstwa oraz rozpadu dotychczasowych struktur społecznych. Na Pomorzu Zachodnim zwalczanie

zakażeń utrudniały niedobory specjalistów, poradni, łóżek i leków (28). Skala problemu była szczególnie duża na ziemiach zachodnich i północnych: niekompletna statystyka za IV kwartał 1946 r. obejmowała w Polsce 95 500 leczonych lub rejestrowanych przypadków, w tym 40 595 kiły, 54 312 rzeżączki i 592 wrzodu wenerycznego; 39 909 przypadków, czyli 41,8% tej liczby, przypadało na Ziemie Odzyskane. Największe nasilenie wskazywano w województwach wrocławskim, olsztyńskim, gdańskim i szczecińskim (28). Dane te nie odzwierciedlały pełnej chorobowości, ponieważ rejestracja była niekompletna, ale wyraźnie pokazują koncentrację problemu. Dekret z 16 kwietnia 1946 r. uporządkował obowiązki chorych, lekarzy i administracji publicznej (29), a rozwijana od 1948 r. ogólnokrajowa „akcja W" rozszerzała diagnostykę, leczenie i aktywne poszukiwanie przypadków.

Zimnica stanowi dobry przykład związku między migracjami, środowiskiem i skutecznością zorganizowanych działań populacyjnych. Na Pomorzu Zachodnim problem udokumentowano w materiałach administracji repatriacyjnej i wojewódzkiej (30). W 1946 r. najwyższą zapadalność wojewódzką notowano w szczecińskim – 117,0 na 100 000 ludności – natomiast w 1948 r. w olsztyńskim osiągnęła ona 393,7 na 100 000 wobec 41,8 na 100 000 w całym kraju; zapadalność regionalna była więc około 9,4 razy wyższa (31). Program zwalczania zimnicy obejmował identyfikację ognisk, poradnie stałe i sezonowe, leczenie, zwalczanie komarów oraz edukację zdrowotną. W 1950 r. zapadalność dla Polski spadła do 5,5 na 100 000, a w latach 1951-1955 utrzymywała się w granicach 0,3-1,41 na 100 000. Od 1956 r. rejestrowano już zasadniczo sporadyczne przypadki zawleczone (31). Ta dynamika stanowi dodatkowe epidemiologiczne uzasadnienie przyjętej cezury końcowej.

Zestawienie wybranych danych regionalnych z punktami odniesienia dla Polski przedstawiono w Tabeli 1. Porównania mają różną siłę: tam, gdzie dostępne są współczynniki dla zgodnych lub zbliżonych okresów, możliwa jest ocena skali różnicy; w pozostałych przypadkach liczby bezwzględne służą jedynie jako kontekst epidemiologiczny.

OD INTERWENCJI KRYZYSOWEJ DO PLANOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Instytucjonalną odpowiedzią na powojenne epidemie była początkowo struktura mobilna i interwencyjna. Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami organizował kolumny przeciwepidemiczne i dezynfekcyjne; do końca 1945 r. na terenie kraju funkcjonowało około 450 kolumn przeciwepidemicznych i 1350 dezynfektorów (32). Na Ziemiach Zachodnich i

Północnych działania te obejmowały skupiska przesiedleńców, miejsca zbiorowego zakwaterowania oraz transport. Rozwój laboratoriów oraz filii Państwowego Zakładu Higieny umożliwiał stopniowe przechodzenie od reakcji opartej głównie na obrazie klinicznym do potwierdzania rozpoznania oraz kontroli jakości środowiska. PZH łączył funkcje naukowe, diagnostyczne, produkcyjne i organizacyjne, odpowiadając na praktyczne potrzeby w zakresie zwalczania chorób zakaźnych (33).

Rok 1948 wyznaczał początek wyraźniejszej centralizacji. Ustawa z 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia tworzyła podstawę planowego rozmieszczenia zakładów i kadr (34). Nie usuwało to od razu niedoborów, lecz sprzyjało przechodzeniu od pojedynczych akcji do ciągłej działalności ośrodków zdrowia, laboratoriów i służb sanitarno-epidemiologicznych. Ustawa z 15 grudnia 1951 r. włączyła lecznictwo pracownicze do państwowej administracji służby zdrowia (35); na Pomorzu Zachodnim rozwój przemysłowej służby zdrowia pozostawał związany z portami i uprzemysłowieniem regionu (36).

INSTYTUCJONALIZACJA NADZORU SANITARNEGO W LATACH 1952-1956

Na początku lat pięćdziesiątych tworzono stacje sanitarno-epidemiologiczne, integrujące funkcje laboratoryjne i nadzorcze wcześniej rozproszone między różnymi strukturami. Reforma z 1952 r. łączyła terenowe jednostki sanitarno-epidemiologiczne z filiami PZH i wzmacniała stały nadzór nad chorobami zakaźnymi oraz środowiskiem (37). Szczególnie dobrze proces ten widać w regionach, w których powojenna odbudowa laboratorium i administracji odbywała się niemal równolegle z tworzeniem całej sieci świadczeń.

Przełomowym aktem prawnym był dekret z 14 sierpnia 1954 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (38). Ustanawiał państwowy nadzór sanitarny jako wyodrębnioną funkcję administracji i tworzył podstawę działalności państwowych inspektorów sanitarnych. W praktyce domykał drogę od doraźnych kolumn i komisariatów do trwałej, hierarchicznej struktury kontroli. Proces etatyzacji obejmował przy tym także inne segmenty opieki; przykładem na Dolnym Śląsku było przejmowanie części placówek kościelnych w zakresie służby zdrowia i opieki społecznej przez państwo (20).

ZDROWIE PUBLICZNE A STABILIZACJA I INTEGRACJA TERYTORIUM

Odbudowę zdrowia publicznego można interpretować jako element szerszej stabilizacji Ziem Zachodnich i Północnych. Ośrodek zdrowia, laboratorium, punkt szczepień, kontrola wodociągu czy działania przeciwepidemiczne były praktycznymi formami obecności państwa w codziennym życiu nowych społeczności. Na terenach o dużej rotacji ludności i słabych lokalnych sieciach społecznych zwiększanie dostępności podstawowych instytucji zdrowotnych sprzyjało normalizacji warunków życia (6,10,20).

Nie oznacza to, że działania zdrowotne należy redukować do poziomu projektu politycznego. Ich podstawowym celem było ograniczanie zachorowalności i umieralności, zapobieganie epidemiom, zapewnienie bezpiecznej wody oraz odtwarzanie opieki nad pracownikami, matką i dzieckiem. Hipoteza integracyjna wskazuje jedynie, że działania te równocześnie zwiększały zdolność administracji do rozpoznawania problemów populacji oraz trwałego reagowania na nie. W ciągu dekady dokonało się przejście od sytuacji, w której problemem było samo dotarcie do chorego i wykonanie dezynfekcji, do systemu opartego na sieci stacji sanitarno-epidemiologicznych, laboratoriów i inspektorów.

DYSKUSJA

Zestawienie opracowań regionalnych z historią przemian ogólnopolskich pozwala zaproponować trzyczęściową periodyzację zdrowia publicznego na Ziemiach Zachodnich i Północnych. Lata 1945-1947 miały przede wszystkim charakter interwencyjny; dominowały walka z ogniskami zakażeń, dezynfekcja i dezynsekcja, izolacja oraz doraźne uruchamianie świadczeń. W latach 1948-1951 następowały centralizacja i planowanie, natomiast lata 1952-1956 przyniosły instytucjonalizację stałego nadzoru. Periodyzacja ta jest zgodna z kierunkiem ogólnopolskiej transformacji systemu ochrony zdrowia (3,4), ale na Ziemiach Zachodnich i Północnych nakładała się na równoczesne tworzenie administracji, odbudowę infrastruktury oraz stabilizację populacji.

Nowym elementem przedstawionej syntezy jest połączenie rozproszonych opisów regionalnych z perspektywą zdrowia publicznego. Gdańsk i Pomorze Gdańskie, Zielona Góra i Ziemia Lubuska, Szczecin i Pomorze Zachodnie, Warmia i Mazury, Dolny Śląsk oraz Opolszczyzna pokazują wspólny mechanizm: początkowo priorytetem było opanowanie bezpośredniego zagrożenia sanitarnego, następnie budowa ciągłej sieci świadczeń i nadzoru. Jednocześnie skala i tempo zmian były nierówne, a dostępna literatura pozostaje bardziej rozbudowana dla Pomorza Zachodniego i Warmii i Mazur niż dla Ziemi Lubuskiej czy

Opolszczyzny. Nie ma więc podstaw do traktowania makroregionu jako jednorodnej jednostki epidemiologicznej.

Historia zimnicy, duru brzusznego i chorób wenerycznych pokazuje, że poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego wymagała połączenia leczenia indywidualnego z instrumentami populacyjnymi: rejestracją, regulacją prawną, nadzorem, działaniami środowiskowymi, szczepieniami i edukacją (23,25,27-31). Z perspektywy instytucjonalnej kluczowe było natomiast przejście od mobilnych struktur kryzysowych do stałych laboratoriów i stacji sanitarno-epidemiologicznych (32,33,37,38). W tym sensie lata 1945-1956 można uznać za okres formacyjny powojennego modelu zdrowia publicznego na tych terenach. Uzupełniająco, analiza Pomorza Zachodniego podkreśla związek powojennych migracji z szerzeniem się chorób zakaźnych (39), a opracowanie dotyczące Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami dokumentuje skalę mobilnych działań przeciwepidemicznych w latach 1944-1945 (40).

Dane zestawione w Tabeli 1 wzmacniają uzasadnienie wyboru Ziem Zachodnich i Północnych jako odrębnego pola analizy, ale zarazem chronią przed jego nadmiernym ujednoliceniem. Najbardziej wyraźne różnice względem danych krajowych dotyczyły duru brzusznego i zimnicy w wybranych regionach oraz koncentracji rejestrowanych chorób wenerycznych. Inny obraz dawała błonica, dla której wskaźniki w województwie olsztyńskim były zbliżone do krajowych, a dur plamisty szybko wygasał. Gdańsk pokazuje natomiast, że nawet przy braku stabilnego mianownika demograficznego lokalne ogniska mogły osiągać dużą skalę: w niespełna trzymiesięcznym okresie 1945 r. odnotowano tam setki zachorowań na dur brzuszny, dur plamisty i czerwonkę (7,9). Uzasadnieniem analizy makroregionu nie jest zatem teza o jednolicie większej zapadalności na wszystkie choroby, lecz współwystępowanie intensywnych migracji, niestabilności demograficznej, zniszczeń sanitarnych, lokalnie wysokich wskaźników oraz równoczesnego tworzenia nowych instytucji zdrowia publicznego. Niepełna rejestracja, odmienne mianowniki i zmiany granic administracyjnych uniemożliwiają traktowanie tych danych jako rankingu regionów.

Tabela 2 syntetyzuje proponowaną periodyzację. Ma ona charakter interpretacyjny i porządkujący, a nie ilościowy. Jej weryfikacja wymagałaby dalszych badań porównawczych opartych na jednolitym materiale archiwalnym z kilku województw lub powiatów, w tym odtworzenia lokalnych szeregów zachorowań oraz obsady kadrowej.

Ograniczenia. Synteza ma kilka ograniczeń. Powojenna sprawozdawczość epidemiologiczna była niepełna, zwłaszcza w 1945 r., a liczebność populacji szybko się zmieniała. Granice jednostek administracyjnych ulegały reorganizacji, co utrudniało porównywanie współczynników między regionami i latami. Część wczesnych ocen częstości chorób, szczególnie wenerycznych, opierała się na szacunkach administracyjnych o niejednorodnej metodologii. Dane ogólnopolskie z 1945 r. mogły nie obejmować wszystkich grup ludności, zwłaszcza części ludności niemieckiej (7). Z tego powodu w Tabeli 1 nie przeliczano nowych współczynników na podstawie spisu z 1946 r., lecz wykorzystano wyłącznie miary podane w źródłach; tam, gdzie dostępne były tylko liczby bezwzględne lub różne okresy obserwacji, porównanie określono jako kontekstowe. Ponadto piśmiennictwo pozostaje nierównomierne geograficznie: mimo uzupełnienia materiału dotyczącego Pomorza Gdańskiego, Dolnego Śląska, Opolszczyzny i Ziemi Lubuskiej najlepiej udokumentowane są nadal Pomorze Zachodnie oraz Warmia i Mazury, a liczba opracowań pozwalających na bezpośrednie porównania między regionami jest ograniczona. Narracyjny charakter przeglądu oraz brak formalnej oceny jakości metodologicznej wszystkich wykorzystanych opracowań zwiększają ryzyko selekcji źródeł. Praca nie stanowi zatem pełnej rekonstrukcji ilościowej, lecz narracyjną syntezę głównych mechanizmów i kierunków przemian.

WNIOSKI

W latach 1945-1956 zdrowie publiczne na Ziemiach Zachodnich i Północnych przeszło od działań doraźnych, podporządkowanych opanowaniu kryzysu sanitarno-epidemicznego, do trwałego i coraz bardziej ujednoliconego systemu nadzoru. Początkowe priorytety wynikały z masowych migracji, zniszczeń infrastruktury, niedoborów personelu oraz wysokiego ryzyka chorób zakaźnych. Porównania z danymi ogólnopolskimi wskazują na szczególnie duże obciążenie durem brzusznym i zimnicą w części regionów oraz koncentrację rejestrowanych chorób wenerycznych, ale zarazem potwierdzają zróżnicowanie sytuacji: nie wszystkie choroby, czego przykładem jest błonica, występowały częściej niż w kraju. Wraz ze stabilizacją demograficzną rosło znaczenie laboratoriów, stacji sanitarno-epidemiologicznych, planowej organizacji świadczeń oraz profilaktyki środowiskowej. Powołanie Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 1954 r. instytucjonalnie domknęło proces rozpoczęty przez powojenne struktury nadzwyczajne, a epidemiologiczne wygasanie zimnicy do 1956 r. dobrze ilustruje przejście od fazy kryzysowej do stałego nadzoru. Mimo znacznego zróżnicowania regionalnego pierwsza dekada po wojnie

ukształtowała podstawy powojennego systemu zdrowia publicznego na tych terenach, a jego rozwój był równocześnie elementem stabilizacji codziennego życia oraz budowy trwałej obecności instytucji państwowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Dekret z dnia 13 listopada 1945 r. o zarządzie Ziem Odzyskanych. Dz.U. 1945 nr 51 poz. 295.
2. Główny Urząd Statystyczny. Powszechny Sumaryczny Spis Ludności z dn. 14 II 1946 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 1947.
3. Grata P. Od Drugiej Rzeczypospolitej do Polski Ludowej. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944-1950. Polska 1944/45-1989. Studia i Materiały. 2017;15:5-23. doi:10.12775/Polska.2017.01.
4. Płonka-Syroka B, Stych M. Prawo do ochrony zdrowia a organizacja systemu opieki medycznej w Polsce powojennej (1945-1952). Miscellanea Historico-Iuridica. 2023;22(2):265-296. doi:10.15290/mhi.2023.22.02.12
5. Szpak E. Warunki sanitarne w powojennej Polsce: zarys problemów i dynamiki zmian (1945-1970). Polska 1944/45-1989. Studia i Materiały. 2014;12:277-299.
6. Ordyłowski M. Z problemów życia codziennego na Ziemiach Odzyskanych w latach 1945-1950 na przykładzie Dolnego Śląska. Dzieje Najnowsze. 2002;34(1):121-134.
7. Bujko A. Stan sanitarno-epidemiczny na Warmii i Mazurach w latach 1945-1950. Wybrane zagadnienia. Komunikaty Mazursko-Warmińskie. 2011;2(272):253-277.
8. Kryśkiewicz H. Zdrowie w Szczecinie w latach 1945-1946. Przegląd Zachodniopomorski. 2017;32(61)(1):35-78. doi:10.18276/pz.2017.1-03.
9. Zabadała N. Sytuacja epidemiologiczno-sanitarna w Gdańsku 1945 r. Doniesienie wstępne. Ann Acad Med Gedan. 2011;41:125-133.
10. Kotuła J. Otwarta i zamknięta opieka zdrowotna w Zielonej Górze w latach 1945-1989. Studia Zachodnie. 2016;18:237-270.

11. Kurowska H. Działalność lecznicza Polskiego Czerwonego Krzyża na wsi Ziemi Lubuskiej w latach 1945-1948. W: Ślusarczyk W, Frischke G, red. Lecznictwo na prowincji: między perspektywą lokalną i globalną: wybrane problemy. Lublin: Episteme; 2023. s. 111-141.
12. Ligarski S. Ogłoszenia drobne z lat 1945-1949 jako informator o zdrowiu i chorobach na Śląsku. Polska 1944/45-1989. Studia i Materiały. 2017;15:109-126. doi:10.12775/Polska.2017.06.
13. Dekret z dnia 8 października 1945 r. o utworzeniu Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Dz.U. 1945 nr 44 poz. 253.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 1945 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Administracji Publicznej w sprawie przeprowadzenia przymusowych szczepień ochronnych przeciw durowi brzusznemu. Dz.U. 1945 nr 15 poz. 88.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 1948 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Oświaty o utworzeniu katedr, zakładów naukowych i klinik w Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Dz.U. 1948 nr 37 poz. 276.
16. Dyrda JM, Białek T, Kamieńszczyk-Bundyra E, Polczyk J, Regulska J. Odbudowa i rozwój służby zdrowia na Śląsku Opolskim w latach 1945-1950. Katowice: Śląska Akademia Medyczna - Biblioteka Główna; 2003.
17. Bojko P. Opieka zdrowotna Państwowego Urzędu Repatriacyjnego nad ludnością przesiedlaną na Śląsku Opolskim w latach 1945-1948 w świetle dokumentów archiwalnych. W: Dyrda JM, Gruszka B, red. Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych. Katowice: Śląska Akademia Medyczna - Biblioteka Główna; 2007. s. 182-210.
18. Ordyłowski M. Życie codzienne we Wrocławiu 1945-1948. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1991.
19. Gościniak G, Lonc E, Okulewicz A, Płonka-Syroka B. Epidemiczne zagrożenia na Dolnym Śląsku, Polska, w latach 1945-1975 oraz przeciwdziałania. W: Bugla-Płoskońska G, Lonc E, red. Wektory i patogeny - w przeszłości i przyszłości: in memoriam profesoris Tadeusz M. Lachowicz. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum; 2015. s. 89-114.
20. Włodarczyk E. Przejmowanie kościelnych placówek służby zdrowia oraz zakładów opieki społecznej w archidiecezji wrocławskiej w latach 1945-1956. Acta Universitatis Wratislaviensis. Prawo. 2017;324:229-246. doi:10.19195/0524-4544.324.12.

21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 1947 r. wydane w porozumieniu z Ministrami: Administracji Publicznej i Ziem Odzyskanych w sprawie przymusowych szczepień ochronnych przeciw durowi brzusznemu. Dz.U. 1947 nr 54 poz. 294.
22. Dekret z dnia 14 maja 1946 r. o powołaniu pracowników służby zdrowia do walki z epidemiami. Dz.U. 1946 nr 23 poz. 150.
23. Więckowska E. Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944-1950. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 2001. Acta Universitatis Wratislaviensis nr 2267, Historia 148
24. Kostrzewski J, red. Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919-1962. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1964.
25. Kozłowska U. Czas a choroba: epidemia duru brzusznego na Pomorzu Zachodnim w latach 1945-1948. Przegląd Zachodniopomorski. 2010;25(54)(4):83-94.
26. Przesmycki F. Choroby epidemiczne w Polsce w latach 1945-1948. Postepy Hig Med Dosw. 1949;1:1-19.
27. Płonka-Syroka B, Stych M, Pryjda P. Szczepienia dzieci w Polsce przeciw chorobom zakaźnym (1945-1989) - analiza ich kontekstu historycznego, podstaw prawnych i efektywności. Miscellanea Historico-Iuridica. 2024;23(1):534-584.
28. Kozłowska U. Choroby weneryczne na Pomorzu Zachodnim w latach 1945-1948. Perspektywa historyczno-socjologiczna. Opuscula Sociologica. 2012;1(1):117-126.
29. Dekret z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych. Dz.U. 1946 nr 18 poz. 119.
30. Kozłowska U. Malaria na Pomorzu Zachodnim w latach 1945-1949 w dokumentach Państwowego Urzędu Repatriacyjnego i Urzędu Wojewódzkiego Szczecińskiego. Przegląd Zachodniopomorski. 2011;26(55)(4):91-102.
31. Szata W. Zimnica (malaria) w Polsce. Przegl Epidemiol. 1997;51(1-2):177-183.
32. Posobkiewicz M, Kalinowska-Morka J, Świekatowski B. Państwowa Inspekcja Sanitarna - 60 lat istnienia i 95-lecie funkcjonowania służb sanitarnych w Polsce. Przegl Epidemiol. 2015;69(1):113-119.
33. Naruszewicz-Lesiuk D, Wysocki MJ. Tematyka i wyniki wybranych prac naukowo-badawczych w dziedzinie epidemiologii prowadzonych w Państwowym Zakładzie Higieny w latach 1945-1989. Przegl Epidemiol. 2013;67(4):773-777.

34. Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia. Dz.U. 1948 nr 55 poz. 434.
35. Ustawa z dnia 15 grudnia 1951 r. o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia. Dz.U. 1951 nr 67 poz. 466.
36. Kozłowska U. Organizacja ochrony zdrowia robotników na Pomorzu Zachodnim w latach 1945-1955: wprowadzenie do problematyki. Przegląd Zachodniopomorski. 2018;33(62)(1):121-143. doi:10.18276/pz.2018.1-05.
37. Naruszewicz-Lesiuk D, Magdzik W, Seroka D. Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie w latach 1951-2011 - geneza powstania, drogi rozwoju w ciągu 60 lat pracy. Przegl Epidemiol. 2011;65(4):687-696.
38. Dekret z dnia 14 sierpnia 1954 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz.U. 1954 nr 37 poz. 160.
39. Kozłowska U, Bulsa M. Migracje a szerzenie się chorób zakaźnych na Pomorzu Zachodnim w latach pionierskich. Hygeia Public Health. 2012;47(3):383-389.
40. Morzycki J, Klingberg AM. Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami w latach 1944-1945. Warszawa: Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy; 1946.

Received: 10.08.2026
Accepted for publication: 30.10.2026
Otrzymano: 10.08.2026 r.
Zaakceptowano do publikacji: 30.10.2026 r.

Address for correspondence:
Adres do korespondencji:
Jakub Brzeziński
Zakład Gerontologii i Zdrowia Publicznego
Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher
email: jakub.brzezinski@spartanska.pl