

obyvatelstva, provoz zabezpečující chod národního hospodářství apod., a to v nejširším měřítku, co do počtu vozidel a prostoru jejich pohybu.

Systém využívá také údajů z centrální silniční banky dat ČSFR. Z hlediska kapacity výpočetní techniky je možné úkoly řízení silniční dopravy zaměřit na další činnost ve prospěch přesunů vojsk (projekce mostů, objízďák, poskytnutí informací velitelům proudů, vyhodnocování výsledků přesunů apod.).

Plukovník doc. PhDr. Ivan H r u š k a, CSc.

K HUMANIZACI VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY

Dne 22. ledna 1991 se ve Vojenské lékařské akademii JEP konal **odborný seminář pod názvem: Humanizace vojenského zdravotnictví**. Sešli se na něm vedoucí pracovníci vojenské zdravotnické služby a vojenského zdravotnického školství ze šedesátých let i současnosti. Zazněly myšlenky, které jsou **podnětné pro rozbor problémů dehumanizace ve vojenském zdravotnictví v minulosti, ale i poznatky, které umožňují zkoumat cesty prosazování humanizace v jejím moderním pojetí v současných podmínkách formování naší armády**.

Na první pohled se může zdát požadavek "humanizovat zdravotnictví" jako nesmyslný. Vždyť, co může být v armádě humánnější složkou než zdravotnická služba? Otázka je však plně na místě. Vojenské zdravotnictví bylo poznamenáno tím, čím trpělo i civilní zdravotnictví. Postupně sklouzávalo do polohy, která se nedá jinak označit než jako dehumanizovaná. V čem spočívala její podstata?

Problém má přinejmenším dva rozměry: teoretický a praktický.

Teoretický výzkum humanismu, jakož i účinná humanistická osvěta (od útlého mládí počínaje) poněkud zaostávaly za potřebami doby. Na jedné straně se pěstovalo povědomí, že principy reálného socialismu zajistí automaticky humanismus pro všechny a ve všem. Na druhé straně (především v charakteru školské výuky) jsme mohli být svědky uplatňování této myšlenkové situace: lidství je něco, co je člověku vrozeno, a proto se jeho zvýšenému záměrnému pěstování nemusíme tolik věnovat. Pokud se nad problémem humanismu přeci jen někdo vážněji zamýšlel, pak nejčastěji věnoval svoji pozornost problematice historie renesance (ve vědě, v umění apod.). Pro skutečné kroky bylo vědomí mnoha miliónů o

humanismu ztotožněno s "pomocí slabým", s altruismem, s filantropií. Svobodný rozvoj vynikajících, kteří "vystukují hlavu z řady", vybočují z průměru, kladou "netradiční" otázky - to vše bylo pro uniformně pěstovanou oficiální ideologii nepohodlné. Místo svobodné soutěže myšlenek, informačních inovací, se tak či onak šířil syndrom strachu ze soutěže nositelů idejí. Tvůrčí myslitelé byli svojí starostí o skutečné životní postavení a vlastní publikační prozíravostí velmi často stavěni před fenomén autocenzury.

Praktická rovina problému byla také svízelná. Zajištění průměrné životní pozice všem se považovalo za humanismus celý. Přitom z něj byla vyabstrahována složka nezbytná pro vývoj: skutečná podpora svobodného a podnikavého rozvoje vynikajících. To bylo dokonce kodifikováno právně. Místo vývoje v pravém slova smyslu byl nastolován rozvoj kontrolovaný, "povolený". Z konkrétní dialektiky života zůstala stále více se zpomalující redukována životní skutečnost. Kde jsou inovační výtečníci (jakýchkoli oblastí života) "stahováni" zpět do průměru, vývoj vždy pokulhává. Všichni kolem nich se totiž nemusí přirozenou cestou vyrovnávat (v konkurenci s nimi) s vyššími nároky. Ztrácí se inovační motivace pro milióny. Průměrnost je demotivační, z čehož nakonec vychází uniformita pohybu, který je historicky stagnační.

Podobně jako v teorii vůbec, ani v teorii zdravotnictví nebyla dostatečně rozpracovávána problematika svobodné péče, a tedy i svobodné zodpovědnosti každého o kvalitu svého zdraví, svého léčení, včetně prevence nemoci. Skutečná praxe zdravotnictví trpěla demotivačním automatismem. Ve vědomí tisíců byla starost o léčení "delegována" na etatizovanou instituci. Stále více se vytrácelo vědomí nezbytnosti vlastního, především preventivního přispění. Vůbec pak absentovala hospodářsky provázaná (zainteresovaná) a individualizovaná zpětná vazba zájmu o zdraví a péče o zdravý život. Chyběním ekonomických zpětných vazeb mezi výkonem odborné zdravotní péče a vlastním rozvojem trpělo nejvíce samo zdravotnictví. A co je záležející navíc: nejsvícelnější "dopadala" ta složka, která byla pacientům nejbližší: zdravotnictví tzv. prvního styku. Největší množství státně přerozdělovaných dotací proudilo do tzv. základny. Zdravotnictví do ní patřilo. A prostředky jemu takto zprostředkované přidělované se vždy snadněji přelévaly do špičkové medicíny. Tam je však četnost výkonů nesrovnatelně řidší, než v tzv. medicíně obvodní. Snad by bylo lépe říkat "periferní", protože stála skutečně na okraji zájmu těch, kteří finančně rozhodovali. Jak jinak se dívat na tyto (jen stručně naznačené) symptomy, než jako na projevy značné dehumanizace zdravotnictví. (Pokud jsou formulačně některé podrobnosti vyhoceny, pak jen v zájmu lepšího porozumění tomu, co vše se skrývalo pod každodenní jevovostí, pod často uměle přikrášlovaným povrchem).

S obdobnými dehumanizačními rysy, skrytými v nánosu líbivých dobových hesel a činností, jsme se mohli setkávat i na mnoha místech chodu vojenského zdravotnictví. Mám zde na mysli především situaci klasických bojových útvarů, nikoli vojenských nemocnic apod. Vojenské lékařství prvního styku trpělo nedostatkem přiměřené pozornosti zodpovědných. Byli jsme dlouhou dobu orgány týlu. O uznání faktu nemocnosti vojenského pacienta u útvaru rozhodovali jejich velitelé, lékařští laici. Pochopitelně, nebyl to jejich rozmar. Obdobné praktiky vycházely z pojetí místa jedince v možném vojenském použití. Vše bylo poplatné tehdejšímu vojensko-strategickému, řekl bych doktrinárnímu záměru. V nich se zájem o život a zdraví jedince v uniformě ztrácel do pozadí (za zájmy o udržení co nejdelší bojeschopnosti technických sil a prostředků). Byť byl v jejich "preambuli" vyjádřen vysoký cíl, nelze uzavírat oči před odlišnou cestou a prostředky sloužícími k jeho zajišťování. Lze do určité míry

přesnosti tvrdit, že ve skutečné praxi každodenní služby mnohých útvarů se nezřídka stávalo, že o vozidlo v automobilovém parku, či tajný spis na spisovně bylo horlivěji pečováno, než o podmínky civilizovaného chodu útvarové zdravotnické služby. (A to po stránce materiální, tj. vybavení přístroji a prostředky na ošetřování, organizační - vytváření dostatečného prostoru pro odbornou kompetentní činnost i po morálně psychologické, tj. vytvoření dostatečně lidského, fenomenologicky vhodného klimatu v pozornosti vůči potenciálnímu či akutnímu pacientovi, coby svébytné psychosomatické entitě.) Dovolím si srovnání s vědomím, že sebelepší srovnání kulhají. Obdobná technická porucha stroje může být s dostatečnou mírou technické tolerance posuzována a reparována stejně. Stejná nosologická jednotka u dvou "fyzicky" srovnatelných pacientů (vojáků základní služby) nemůže být předmětem totožné terapeutické péče. Takovou "uniformitu" nemoci odvrhovala již antická medicína Hippokratova. Je jisté zřejmé, že při respektování podobných relací lze moderní zdravotnickou službu vojsk jen velmi obtížně "zarovnat" do plánovacích schémat jiných oblastí vojskové praxe. To i jiné pak mělo poměrně katastrofální dopad na zajištění přístrojů a medikamentů srovnatelné civilizační úrovně.

Nevím, zda existují výzkumy, nakolik se "typický" velitel v armádě mohl v denní praxi věnovat velení, technik technice apod. Je však exaktně zjištěno, že dlouhá léta se lékař mohl nanejvýš v jedné třetině svého času věnovat zdravotnické péči. A to již ani nerozvádím, s jakými obtížemi se setkával při snahách o lékařské sebevzdělávání. Nejen některé předpisy v minulosti, ale donedávna i mnozí funkcionáři útvarů (ve výsledku svého, možná nezáměrného, působení) fakticky bránili vojenským lékařům v odborném růstu, srovnatelném s civilními kolegy. Lze se domnívat, že někteří z nich pozapomínali na to, že lékař je kompetentním lékařem ne pro svůj absolventský diplom, ale proto, že se neustále ve svých schopnostech "posouvá" s rozvojem světové medicíny. A to i lékař prvního (resp. "posledního") styku! V opačném případě fungoval (jako obrana či lékařská "pojistka") systém zahlcování vstupu vojenských nemocnic nadbytečným výstupem z útvarových etap zdravotnické služby. Fakticky došlo k oddálení těžiště zdravotnické péče od "pacienta prvního kontaktu". Jak jinak takové a další tendence nazývat než dehumanizační?

Od léta 1990 se intenzivněji začínají ve vojenské zdravotnické službě rozvíjet procesy, které by svým důsledkem měly výše naznačené skutečnosti minimalizovat nebo dokonce zcela vyloučit. Lze se právem domnívat, že armáda nemá v rukou nějaký finanční a personální kouzelný proutek, který by jedním okamžikem vše uvedl do civilizovaných humanistických kolejí. O to větší pozornost si však tento problém zaslouhuje. A nejen zevnitř, z vědomí vojenského lékaře. Je vojenským odborníkem zvláštního ražení. Má-li být plně kompetentní, musí být nejen vojensky na výši. Musí se neustále srovnávat s civilním lékařstvím. To není jeho "šilhání po lepším". To je jeho profesní nevyhnutelnost. Jeho specifickým předmětem zájmu není něco ryze vojenského, ale občan v uniformě. Má-li vojenské zdravotnictví být srovnatelné s moderním civilizovaným lékařstvím, musí být po všech stránkách dotováno lépe, právě proto, že musí působit v omezených podmínkách. Tato základní nepřímá úměra vojenského zdravotnictví byla v minulosti ve své podstatě nehumanisticky nerespektována. Proto také, jakmile doba nabídla "skulinu" dle zákona nebolestného úniku, nastal známý exodus vojenských lékařů z vojenské zdravotnické služby. Jsou signály, že nastává i mezi civilními lékaři (ale ne do armády). Nacházíme se v situaci, kdy si musíme klást otázky, jak podobným chybám minulosti čelit v naší žhavé přítomnosti a nejbližší budoucnosti?