

# Medycyna to mój pomysł na życie

Rozmowa z prof. Witoldem Rużyłto, Osobowością Roku 2010, dyrektorem Instytutu Kardiologii im. Stefana Wyszyńskiego w Aninie



Jest pan uważany za nowoczesnego lekarza, który nie boi się sprowadzać na rodzimy grunt wszelkich nowości. I człowieka niezmiernie pracowitego.

Zawsze taki byłem. Kardiologia zmienia się z roku na rok. Fascynują mnie nowości w diagnostyce i terapii. I chyba nigdy nie spocznę. To zresztą przekłada się na inne dziedziny życia. Cieszy mnie opinia, że jestem pracowity, ale ja bym słowo „pracowity” zamienił na „aktywny”. Wczoraj np. poszedłem w nocy z córką do centrum handlowego na szalone wyprzedaże. Z miłości do niej. Przedwczoraj, zaraz po pracy, wybrałem się na pięciogodzinną premierę opery „Trojanie” – muzyka Berlioz. Nie to, żebym był jakoś specjalnie zafascynowany operą, ale uwielbiam muzykę. Jestem wychowany na jazzie w jego „katakumbowym” okresie – koniec lat pięćdziesiątych. Lubię też muzykę poważną, motywy hiszpańskie, latynoskie. Ale żeby wyjść z pracy chwilę wcześniej i zamiast odpocząć, pójść na pięć godzin do opery? Myślę, że trzeba mieć taki wewnętrzny napęd.

To właśnie tę cechę charakteru wzięto pod uwagę, wybierając pana na dyrektora Instytutu. Przewodniczący Rady Naukowej prof. Marian Śliwiński nie ukrywał, że liczy na to, iż takie pana podejście do życia pomoże w unowocześnieniu szpitala i poprawie kondycji finansowej. I jak widać, nie pomylił się?

Myślę, że udało mi się zrobić wiele z tego, co zaplanowałem i co powiedziałem w swoim wystąpieniu konkursowym. Trzeba jednak pamiętać, że znaleźli się obok mnie ludzie, którzy chcieli pomóc w realizacji moich pomysłów. Były też

takie momenty, że musiałem podjąć trudne do zaakceptowania decyzje. Zawsze jednak chodziło w nich o to, żeby iść do przodu. I to się opłaciło. Dziś w Instytucie mamy bardzo nowoczesną bazę diagnostyczną i terapeutyczną. A jeżeli chodzi o wdrażanie nowych projektów leczenia mniej inwazyjnego, to jesteśmy przededniem rozpoczęcia projektu tzw. sali hybrydowej. Będziemy pracowali razem – kardiolodzy i kardiochirurdzy. Nigdy też, odkąd kieruję placówką, nie przynosiliśmy strat. Ubiegły rok zamknęliśmy z 7-milionowym zyskiem. To ważne, żeby pokazać organowi założycielskiemu, że radzimy sobie finansowo. Gdybyśmy się nie bilansowali, to nie powinniśmy mieć racji bytu. Nie wolno ciągle narzekać, że się zadłużamy, bo inaczej nie można. Trzeba próbować naprawiać to, co przeszkadza czy utrudnia działania w zakresie leczenia, i stymulować prace badawcze. Jesteśmy przecież jednostką naukową i jednocześnie dużym ośrodkiem klinicznym. Przy zapewnieniu odpowiedniego kontraktowania świadczeń z NFZ i MZ trzeba dobrze organizować pracę i motywować świetne zespoły kardiologów i kardiochirurgów. Nie powinno być – i poza elektrofizjologią i ablacją nie ma – długich kolejek. Kontrakty może powinny być trochę bardziej zróżnicowane. Duże szpitale, które oprócz leczenia muszą realizować zadania naukowo-dydaktyczne, powinny dostawać troszkę więcej za punkt.

Jak to się stało, że Instytut jest jedną z nielicznych pracowni naukowo-badawczych, które nie przynoszą strat?

Z jednej strony musi być odpowiedni kontrakt. I my go mamy. Ale żeby go otrzymać, trzeba przekonać płatnika, że ten szpital jest potrzebny i że pacjenci są obsługiwani należycie. Jeżeli kontrole wykażą, że wszystko działa z całą starannością i płatnik będzie „życzliwie” nastawiony do naszych decyzji, to powinien



*Osobowość Roku 2010  
w Ochronie Zdrowia*

” Od najmłodszych lat żyłem w atmosferze medycyny. Obserwowałem może bardziej matkę niż ojca w jej działaniach medycznych. I już wtedy ten jej napęd do pracy i działania sprawił, że zafascynowałem się medycyną ”



„ Jestem lekarzem, zaraz potem naukowcem, ale to bardzo blisko. Menedżerem jestem od niedawna „

wygoszparować pieniądze na taki szpital. A naszym zadaniem jest już tylko wykonanie kontraktu. Ale żeby to się jakoś kręciło, trzeba tych ludzi motywować, nie da się inaczej. W zespole dwudziestoosobowym mogą być dwie, trzy osoby, które są entuzjastami i będą szczęśliwe, że tutaj pracują. Reszta musi mieć za to godziwe wynagrodzenie. Dlatego część lekarzy – chirurgów – pracuje na kontraktach. Nam zależy, żeby wykonać powierzone zadanie, im – żeby zrobić jak najlepiej i jak najwięcej. Dlatego to się sprawdza. Oczywiście są oddziały – lokomotywy. Kardiologia interwencyjna, elektrofizjologia. Chirurgia jest niezbędna, żeby te placówki istniały, chociaż nie jest to obecnie oddział najbardziej dochodowy. Są jednak miejsca, do których ci, co generują zyski, muszą dokładać. Nawet i takie oddziały, przynoszące straty, w jednostce badawczo-rozwojowej muszą istnieć. Myślę, że każdy szpital monospecjalistyczny, a także wszystkie duże szpitale wielospecjalistyczne, np. wojewódzkie, powinny się bilansować. Ale trzeba poświęcić temu czas i mieć dobrych współpracowników. Ja takich mam.

**Jak to jest kierować szpitalem po prof. Zbigniewie Relidze. Musiał pan zmierzyć się z tym mitem?**

Dla mnie Zbyszek nie był mitem. To mój kolega, do mniej więcej połowy lat 80. współpracowaliśmy, przyjaźniliśmy się. Mieliśmy bardzo dobre kontakty. Nasze drogi rozeszły się w 1985 r., kiedy wyjechał do Zabrza. On miał swoje pomysły na życie, parł do przodu jak taran. Życie pokazało, że dzięki temu zrobił świetną robotę. Potem, kiedy po 15 latach wrócił do Warszawy, stare sentymenty powróciły, ale czas jednak robi swoje. Kiedy dowiedziałem się, że chce zostać dyrektorem Instytutu, poparłem go. Uważałem bowiem, że jego przyście tutaj to będzie dobre rozwiązanie.

**Pochodzi pan ze znakomitej rodziny lekarskiej. To wielkie wyzwanie dla młodego człowieka – zmierzyć się z autorytetem rodziców. Nie myślał pan, że jeśli wybierze inny, niemedyczny zawód, będzie panu łatwiej?**

Od najmłodszych lat żyłem w atmosferze medycyny. Obserwowałem może bardziej matkę niż ojca w jej działaniach medycznych. I już wtedy ten jej napęd do pracy

i działania sprawił, że zafascynowałem się medycyną. Można powiedzieć, że połączyłem bakcyła. Od początku wiedziałem, że zostanę lekarzem. A kiedy przyszła matura, a trzeba pamiętać, że zdawałem ją, mając zaledwie 16 lat, byłem pewien swojej drogi życiowej. Wydawało mi się, że mając takie korzenie, wybieram ją świadomie. Nie bałem się, że pozostanę w cieniu. Od początku zdawałem sobie sprawę, że będę robił coś zupełnie innego niż ojciec i matka, ale w medycynie. Ojciec był gastrologiem, matka ginekologiem, a ja skłaniałem się ku chirurgii. To był czas przemyśleń. To były studia, a na studiach ma się *good time*. Z wielkim sentymentem wspominam Klub Medyka na ulicy Oczerki.

**Kiedy zdecydował pan, że jednak to będzie kardiologia?**

Po studiach. Zaraz po obronie dyplomu pojechałem na staż do Kanady. Odpowiednik amerykańskiej rezydentury. Tam od razu zostałem wrzucony na głęboką wodę. Na mój pierwszy dyżur przywieziono młodego chłopaka – hokeistę, któremu trzeba było zaszyć uszkodzony łuk brwiowy. Pomogły pielęgniarki. Wtedy pierwszy raz zrozumiałem, co to znaczy *team* lekarz – pielęgniarka. Nauczka na całe życie zawodowe. Wcześniej nie robiłem żadnych zabiegów. A tu nagle, w ciągu paru tygodni, musiałem stanąć na nogi – pobrać szpik, nakłuć opłucną. W Kanadzie zobaczyłem też pierwszy raz diagnostyczne cewnikowanie serca. Proszę pamiętać, że w 1956 r. Werner Forssmann, Andre Cournand i Dickinson W. Richards otrzymali Nagrodę Nobla za wdrożenie cewnikowania serca do technik diagnostycznych. I ja, zaledwie po kilku latach od tego wydarzenia, oglądałem to na własne oczy. Zobaczyłem cewnikowanie prawego serca i w tym momencie pomyślałem, że to jest fascynujące. Gdy wracałem do Polski, to już wiedziałem, że w Warszawie działa pierwsza polska pracownia hemodynamiczna zorganizowana przez prof. Edmunda Żerę w szpitalu Elżbietanek na Gószczyńskiego. Pracował tam niewielki zespół, klinika była nowoczesnie jak na owe czasy wyposażona, ze świetnymi lekarzami. Spotkałem ciekawego kierownika kliniki i parę innych osób, a szczególnie szefa zespołu pracowni cewnikowania serca. Pierwsze kroki stawiali pod okiem wybit-

nego, w tamtych czasach, czeskiego kardiologa inwazyjnego – Endrysa. Dlatego od początku nie miałem żadnych wątpliwości, że dobrze trafiłem. Szybko zacząłem wykonywać cewnikowanie prawego i lewego serca. I tak zaczęła się moja przygoda z kardiologią. Po tym roku stażu w Kanadzie nie bałem się niczego. Uważałem, że kto się boi, nie powinien w ogóle zaczynać.

**„ Zaraz po obronie dyplomu pojechałem na staż do Kanady. To odpowiednik amerykańskiej rezydentury. Tam od razu zostałem wrzucony na głęboką wodę ”**

**A którego ze swoich mentorów uważa pan za najważniejszego?**

Profesora Żerę. On był wizjonerem. W tamtych czasach nikomu nie przyszło do głowy, żeby uruchomić pracownię kardiologii inwazyjnej w Polsce. Jemu jednemu. Był indywidualnością. Dawał młodym ludziom dużo samodzielności. Pozwolił mi zrobić pierwszą koronarografię, z czego był potem bardzo dumny. Uczył nas samodyscypliny i powagi. Mówił na przykład: *nie pojedziesz na urlop, dopóki nie uporządkujesz wszystkich historii chorób*. Proszę pamiętać, my byliśmy młodymi ludźmi, stojącymi wiele godzin przy stole hemodynamicznym, a taka papierkowa robota była po prostu żmudna. To są rzeczy, o których się nie zapomina. On to robił w sposób bardzo elegancki. Taki pierwszy kontakt z człowiekiem nietuzinkowym był niesłychanie ważny, tam była rzetelna powaga zawodowa i naukowa.

**To był pana pierwszy szef? A czy przejął pan jakieś jego cechy dotyczące podejścia do zespołu?**

Myślę, że tak. Potwierdziło się to, że trzeba być samodzielnym. On czuwał nad całym zespołem klinicznym, ale pozwalał na samodzielność. Po prostu dawał szansę. Słuchał, dużo wymagał i egzekwował pewną solidność w wykonywaniu tego, do czego się jest powołanym. I ja to też całe życie uprawiam. Dyscyplina jest podstawą rozwoju, ale przy prowadzeniu zespołu nie wolno powstrzymywać ludzi zdolnych,

kreatywnych, którzy chcą coś zrobić, czasami nawet w niekonwencjonalny sposób.

**Spróbujmy zestawić początek pana kariery z tym, co mamy dziś. Czym się różni tamta kardiologia od obecnej?**

To jest szmat drogi. Kardiologię dzieli się na zachowawczą i inwazyjną. Mniej więcej 30 lat temu pojawiła się kardiologia interwencyjna, czyli leczenie śródniczynowe. Dziś w ten sposób możemy robić dziesiątki zabiegów, które wcześniej wykonywali jedynie chirurdzy. Kardiologia inwazyjna

„ Sama ekonomia jest prosta, ale bardzo trudne jest już menedżerstwo. Trzeba umieć poprowadzić zespół ”

to była diagnostyka, diagnostyka konieczna. Pojawienie się możliwości leczenia za pomocą technik stosowanych do tej pory w diagnostyce inwazyjnej – to był przełom. Kardiologia inwazyjna zmieniła się w interwencyjną, a sama oddaje pole diagnostyce nieinwazyjnej – obrazowej.

**Jaka jest w tej chwili kondycja polskiej kardiologii i kardiologii interwencyjnej?**

Świetna, szczególnie kardiologii interwencyjnej, bardzo dobra. Jeżeli chodzi o opiekę nad pacjentami z ostrymi zespołami wieńcowymi, to jesteśmy liderami w Europie. Potrzeby społeczeństwa w zakresie leczenia podstawowego w kardiologii są zabezpieczone. Mamy też możliwość wykonywania drogich zabiegów, takich jak przeszćkórne wszczepianie zastawek serca czy stosowanie terapii resynchronizującej w niewydolności serca. Na pewno brakuje nam więcej ośrodków stosujących terapię ablacyjną w zaburzeniach rytmu serca, ale to się zmienia na korzyść. Kardiologia jest przecież fascynująca i nie narzekamy na brak zdolnej młodzieży garnącej się do tej dyscypliny medycznej. Ze społecznego punktu widzenia, ale także biorąc pod uwagę satysfakcję dla kardiologa, musimy natych-

miast rozwijać krótkoterminową hospitalizację, diagnostykę jednego dnia. Można przecież przy prawidłowej organizacji szpitala ocenić kompleksowo skierowanego chorego. W takim szpitalu jak nasz nie ma potrzeby, aby pacjent w celu ustalenia rozpoznania i skierowania do właściwego leczenia przebywał dłużej niż dobę. W taki sposób trzeba rozwijać w kraju specjalistyczne porady ambulatoryjne. Ale to wymaga właściwej refundacji.

**Otrzymywał pan najróżniejsze medale, które wyróżnienie przyniosło panu największą satysfakcję?**

Panie wiedzą, co odpowiem. Order Uśmiechu. Kiedyś zaangażowałem się w kardiologię dziecięcą w Polsce i byłem koordynatorem dwóch dziecięcych programów. Poznałem wówczas mnóstwo ludzi, którym pomogłem. I to jest czysta przyjemność wynikająca z kontaktu z dziećmi. Nadzwyczaj cenię i szanuję wybór na członka Polskiej Akademii Nauk. Satysfakcję sprawia bardzo demokratyczny wybór do Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów Naukowych. Wysokie odznaczenie państwowe to honor, a uznanie przez środowisko kardiologów wieloma honorowymi nagrodami to spełnienie tego, o czym marzy się w młodości.

**Łączy pan w sobie kilka ról zawodowych: lekarza, naukowca, menedżera. Która z nich jest panu najbliższa i czy uważa pan, że do pewnych zadań się dorasta?**

W tej kolejności, w której pani powiedziała. Jestem lekarzem, zaraz potem naukowcem, ale to jest bardzo blisko. Menedżerem jestem od niedawna. Myślę, że to właśnie efekt dorastania. W pewnym momencie w życiu przychodzi refleksja. Człowiek myśli sobie, że też by potrafił pokierować dużym instytutem. Może nawet lepiej? I stąd mój pomysł na dyktowanie. Znalazłem się tu późno. Może za późno o parę lat. Sama ekonomia jest prosta, ale bardzo trudne jest już menedżerstwo. Trzeba umieć poprowadzić zespół. Jeśli człowiek jest przekonany, że musi coś zrobić, że ma pomysł, to powinien się tego podjąć. Dlatego nie żałuję, więcej – mam satysfakcję.

Rozmawiały:  
Agnieszka Katrynicz, Patrycja Majer

