

# Reflections on Our Profession

## Úvahy o naší profesi

### A. SARMIENTO

Over my long academic career I have been able to observe the spectacular developments that moved Orthopaedics into the most progressive era in its history. Simultaneously, other changes have occurred, which in my opinion may be unsavory and detrimental to the future of our profession.

As the profession evolved, primarily as a result of technical advances, the education of the orthopaedist experienced radical changes. The fragmentation of the discipline into a large number of sub-specialties fueled the emphasis on surgical techniques and a parallel decline on the study of biological knowledge to the point where it is probably safe to say that the sub-specialist/orthopaedist of today is morphing from being a scientist/surgeon into a sophisticated cosmetic surgeon of the skeleton.

Since this trend is shared in various degrees by other branches of medicine, it partially explains why there is a move afoot to shorten the length of medical school to three years. It is reasoned that there is no justification for subjecting medical students to lengthy and expensive education in areas where they will never play a role. Similar thinking is growing regarding the length of institutionalized orthopaedic training, claiming that residents, who have already determined to become sub-specialties in a given area, should not be forced to spend long periods of time rotating through others areas where they will never play a role in the care of their patients. It is claimed that there is no value from subjecting individuals already committed to enter a fellowship program, for example in Hand Surgery, to devote long periods of time rotating through spine surgery, hip or knee surgery, etc., since the acquired knowledge will have no application in the discharge of their duties as Hand Surgeons?

To complicate matters, the fragmentation of Orthopaedics has invited an erosion of its territory not only by other traditional medical branches, but also from what we long-have called paramedical disciplines. Examples abound: for Podiatrists, officially identified as doctors, their scope of practice includes every condition affecting not just the foot but in increasing degrees the lower extremity below the knee joint. They perform arthroscopy of the ankle, surgically stabilize fractures of the tibia and foot, and are at this time, requesting the right to perform arthroscopic surgery of the knee. Similarly, Chiropractors and Osteopaths have enlarged the scope of their territories. Recently, in their ongoing efforts to further expand their territory, Nurse Practitioners and Operating Room technicians, have argued in favor of allowing them to carry-out procedures

Během svého dlouhého akademického působení jsem mohl sledovat úžasný vývoj, který posunul ortopedii do nejpokrokovější éry v její historii. Současně se udály změny, které – podle mého mínění – mohou být nechutné a pro budoucnost naší profese neblahé.

Jak se profese vyvíjela, nejprve jako výsledek technického rozvoje, vzdělávání ortopedů doznalo radikálních změn. Rozdrobení klasického oboru do velkého počtu podoborů vyvolalo důraz na operační techniky, jenže také s tím jdoucí úpadek biologických znalostí až do bodu, kdy je možné bezpečně říci, že dnešní sub-specialista ortoped se mění z vědce-chirurga do podoby sofistikovaného chirurga pro kosmetické úpravy kostí.

Jelikož tento trend je do jisté míry společný s ostatními lékařskými obory, lze tím částečně vysvětlit, proč se objevuje snaha zkrátit délku lékařského studia na tři roky. Jako důvod se uvádí, že podrobovat studenty medicíny dlouhému a nákladnému studiu v oblastech, v nichž se nikdy neuplatní, není ospravedlnitelné. Podobné uvažování sílí s ohledem na délku předatestační přípravy v ortopedii, a to s argumentem, že lékař v odborné přípravě, který se rozhodl pro užší specializaci v daném oboru, by neměl být nucen trávit dlouhá období „kolečky“ na klinikách jiných oborů, které v jeho péči o pacienty nikdy nebudou hrát roli. Uvádí se, že lékařům v předatestační praxi např. na chirurgii ruky, žádný užitek nepřinese, když budou trávit dlouhý čas kolečky na spondylochirurgii, chirurgii kyčlí, kolen, apod., protože získané vědomosti ve své praxi chirurga ruky neuplatní.

Aby byla situace ještě složitější, rozdrobení ortopedie umožnilo, že do jejího teritoria mohly vstoupit nejen další medicínské specializace, nýbrž také to, co dlouhé roky nazýváme para-medicínskými zdravotnickými obory<sup>1</sup>. Příkladem je spousta: u podiatriů, kteří se úředně ztotožňují s doktory, praxe zahrnuje všechna ošetření nejen nohy, ale ve vzrůstající míře i dolní končetiny až po kolenní kloub. Podiatři provádějí artroskopii kotníku, chirurgicky stabilizují zlomeniny tibie a kostí nohy a v současné době žádají o právo provádět artroskopii kolena. Podobně rozšířili pole svých působností i chiropraktikové a osteopati. Nedávno diplomované<sup>2</sup> a sálové sestry, ve svém současném úsilí o další rozšíření svého působení, předložili argumenty s tím, aby jim bylo povoleno provádět výkony, které byly dosud výlučnou doménou lékařů. Úřad státu Florida pro inovace ve zdra-

<sup>1</sup> paramedical disciplines. Podle anglické definice je „paramedic“ zdravotnický pracovník v záchranné službě.

<sup>2</sup> Nurse Practitioners. V USA registrovaná ošetrovatelka s dlouholetou praxí a nadstavbovým vzděláním (Bc nebo Mgr). Má proto rozšířené pravomoci, např. může předepisovat některé léky samostatně. Jsou označovány jako „prodloužená ruka lékaře“.

long-considered to be the exclusive domain of Medical Doctors. At this time, the Florida State's Health Care Force Innovation is considering the request from Nurse Practitioners to be given independent practice, expand their abilities to prescribe narcotics independently without any physician oversight, and give them the right to prescribe medications. A similar proposal is facing the State Board of Medical Examiners in New Jersey where physician assistants with doctoral degrees be permitted to carry-out procedures long under the jurisdiction of M.D.s' (7, 15). Organized Orthopaedics continues to complain to the Washington's powers not to reduce payments for services rendered to nationally sponsored programs, such as Medicare and Medicaid, claiming that the proposed reduction ignores the fact that the costs associated with the practice of medicine have escalated over the years making a reduction in income unjustifiable and inappropriate. Though it is true that running a medical office is more expensive today than it was a few years ago, we must also consider that the overall income of the Orthopaedist is significantly higher today when compared to that a few years ago. In an article published in the *New York Times* regarding the median annual compensation by specialty, for physicians who are paid by hospitals or health networks, for Orthopaedic Hip and Knee surgeons, the figure is \$920,555 (10).

More recently, an official monthly publication by the AAOS (AAOS Now, May 20-2014), stated that "compared to other specialties, in 2013, orthopaedists were the earning leaders at \$413,000" an increase of 1.9 percent over 2012.... earnings are for full-time work only and include salary, bonus, and profit-sharing contributions. For partners, these are earnings after taxes and deductible business expenses, but before income tax. They do not include non-patient-related earnings.... "male orthopaedists make considerable more than female orthopaedists – \$418,000 versus \$354,000. But female orthopaedists still make more than cardiologists, the second-highest earners" (1).

In light of such figures it is difficult to justify complaints about unfair reimbursements for our services. These claims ignore the well-known accusation that we are performing a large number of unnecessary surgical procedures and requesting expensive test when their need cannot be fully justified. Even more important is the fact that as we improve our economic status, the number of unemployed and poor people continues to be high (2, 3, 4, 8, 9, 11).

Professionalism is known to be experiencing decline in the profession. The Justice Department investigation of what it called "egregious unethical transactions" and "corrupt" relationship between Industry and Orthopaedics has not produced results as yet, and unfortunately, will probably die with a whisper (5, 6, 8, 13, 14).

As it is true for virtually all of our major professional ventures, a great deal of pride is displayed over the value of independence of thinking and action. However, as we claim adherence to such traditional te-

votnictví teď projednává žádost diplomovaných sester, aby jim byla povolena nezávislá praxe a rozšířeny pravomoci a práva předepisovat léky – včetně předepisování narkotik bez dohledu lékaře. Před podobný problém je postavena Státní komise pro udělování licencí ve státě New Jersey, kde lékařští asistenti s doktorským titulem žádají o povolení provádět úkony, které dosud spadaly pod pravomoc graduovaných lékařů (7, 15).

U Washingtonské administrativy ortopedové sdruženi v organizace pokračují ve stížnostech proti snižování plateb za služby poskytované programům sponzorovaným vládou, jako je Medicare a Medicaid, s odůvodněním, že navrhovaná redukce ignoruje skutečnost, že náklady na provozování lékařské praxe vzrostly během let natolik, že pokles příjmů nelze přijmout ani ospravedlnit. Třebaže provoz ortopedické ordinace je dnes nákladnější, než tomu bylo před několika lety, musíme přiznat, že celkové příjmy ortopeda jsou dnes ve srovnání s předchozími roky podstatně vyšší. V článku publikovaném na toto téma v *New York Times* se uvádí, že medián ročních kompenzací podle specializace, u lékařů placených nemocnicemi a zdravotnickými zařízeními, činí pro chirurgy v ortopedii kyčlí a kolen 920 555 US \$ (10).

Měsíčník Americké společnosti ortopedických chirurgů (AAOS Now, 20. května 2014) nedávno uvedl, že ve srovnání s ostatními obory ortopedové v roce 2013 vedli žebříček příjmů s 413 000 US \$, což byl oproti roku 2012 vzrůst o 1,9%. To se týká pouze výdělků za práci na plný úvazek, které zahrnují plat, bonusy a podíly ze zisku. Tyto pro spolupodílíky znamenají zdaněný zisk a odečitatelné náklady spojené s podnikáním, avšak před uhrazením daní z příjmu. Nezahrnují výdělky nemající souvislost s péčí o pacienty. V ortopedii vydělávají muži podstatně více než ženy, a to 418 000 oproti 354 000 US \$. Ovšem ženy v tomto oboru si stále vydělávají více než kardiologové, kteří jsou na žebříčku výdělků jako obor druhí nejvyšší (1).

Ve světle těchto čísel je obtížné ospravedlnit stížnosti na nespravedlivé refundace nákladů na naše služby. Tyto nároky ignorují dobře známé obvinění, že provádíme ve velké míře chirurgické zásahy, které nejsou nezbytné, a požadujeme nákladná vyšetření, jejichž potřebu nelze plně ospravedlnit. Ještě závažnější je skutečnost, že naše ekonomická situace se zlepšuje, ale počet nezaměstnaných a chudých lidí stále zůstává vysoký (2, 3, 4, 8, 9, 11).

Je skutečností, že profesionální chování zažívá v naší profesi úpadek. Šetření Ministerstva spravedlnosti, týkající se do očí bijících neetických transakcí a „korupčních“ vztahů mezi průmyslem a ortopedií, stále ještě nepřineslo výsledky a bohužel asi zajde na úbytě (5, 6, 8, 13, 14).

Pro všechny skutečně důležité profesionální počiny platí, že nezávislost v myšlení i činnosti má velkou váhu. Ač se hlásíme k těmto tradičním principům, nereagujeme na postupnou ztrátu autonomie a na stále vzrůstající vliv, který má na náš osud „medicínsko-průmyslový komplex“. Ten si otevřeně nebo v přestrojení diktuje, co má být obsahem našeho dalšího vzdělávání a výzkumných činností a co zcela zjevně prospívá jeho ekonomické

nets, we have failed to respond to our gradual loss of autonomy and the increasingly greater control of our destiny by the Industrial Complex, which openly or under disguise clothing, dictates the content of many of our Continuous Education and Research activities, which obviously benefit their own economic status. Publications are also falling under their control (5, 6, 8, 12, 13, 14).

In an organized manner we have failed to challenge the practice of Direct to Patient Marketing of treatments that require the use of specific surgical implants. There is no doubt that there are patients and surgeons who naively accept the advertisements as being based on solid data and good intentions. However, this practice has probably contributed to the rapid increase in the number of surgeries performed in areas such as knee and hip arthroplasty.

Despite apparently sound foundations, our discipline has devoted a great deal of time and effort to the establishment of Orthopaedic Guidelines. I suspect, however, that not enough attention has been paid to the fact that the guidelines might encourage complacency by leading practitioners of the art to accept without questioning their recommendations, which are usually prepared by small groups of individuals possessing the inevitable biases that all of us carry for our entire life time. Furthermore, the fear of litigation arising from failing to follow the Guidelines, will inhibit progress and reinforce the herd mentality we so deeply dislike (12).

A glance at the history of our Western culture readily illustrates the fact that virtually without exception, no societies, institutions, or major political or educational organizations, have survived untouched by the effects of change. Serious students of history have concluded that nations and empires, no matter how powerful and solid they seemed to be, died not from invasions but from suicide. This could very well be the ultimate fate of our profession, which appears to be experiencing changes of major proportions.

I anticipate that the orthopaedic profession will experience further unraveling changes in the not too distant future. A precipitating force in that scenario is the undeniable fact that over the last few decades the discipline has been morphing from a profession into a business where an increasing number of its practitioners have made "profit" its *raison d'être*. From this rapidly changing ethos, young residents observe some of their mentors sacrificing the basic tenets of medicine and replacing them with an insatiable thirst for economic advances.

kému statutu. Také publikační činnost spadá pod jeho kontrolu (5, 6, 8, 12, 13, 14).

Organizovaně jsme zmeškali příležitost zpochybnit praktiky propagace léčebných postupů, které vyžadují použití chirurgických implantátů a kde jsou cílovou skupinou pacienti<sup>3</sup>. Bezpochyby existují pacienti i chirurgové, kteří naivně věří, že reklama je založena na prověřených údajích a dobrých úmyslech. Tato skutečnost pravděpodobně také přispěla k rapidnímu nárůstu chirurgických zákroků, jako jsou např. totální náhrady kyčelního a kolenního kloubu.

Ačkoliv má náš obor evidentně pevné základy, věnovalo se hodně času a úsilí vypracování Ortopedických doporučení<sup>4</sup>. Mám však podezření, že nebyla věnována dostatečná pozornost tomu, že vedoucí osobnosti v oboru mohou s pocitem uspokojení směrnice přijmout bez výhrad. Podobné direktivy obvykle připravuje malá skupina zaujatých jedinců, kteří se domnívají, že ortopedie je pro nás všechny jediným celoživotním úkolem. S tím se pojí obava, že nerespektování těchto doporučení může vyvolat soudní spor, omezí pokrok a posílí pocit stádočnosti, který upřímně nenávidíme (12).

Letmý pohled na historii naší západní kultury okamžitě odhalí fakt, že žádná společnost, instituce nebo významná politická či vzdělávací organizace bez rozdílu nepřežila následky změn bez úhony. Seriózní studie dějin vedou k závěru, že národy i impéria, ať se zdají být sebevíce mocná a pevná, zanikají ne následkem invazí, ale sebevraždou. A ta může být konečným osudem i naší profese, která evidentně prochází změnami zásadních rozměrů.

Tuším, že v nedaleké budoucnosti zažije obor ortopedie další změny, které jej naruší. Nepochybně bude v tomto scénáři hnací silou skutečnost, že za posledních několik desetiletí se ortopedie přetvářela z profese na byznys, v němž se profit stal „*raison d'être*“ pro stále rostoucí počet praktikujících odborníků. Úhlem pohledu tohoto měnícího se étosu sledují mladí klinici, jak někteří z učitelů obětují zásadní doktríny medicíny a nahrazují je neukojitelnou žízní po ekonomických výhodách.

*Překlad Z. Doležalová*

<sup>3</sup> Direct-to-Patient Marketing je systém reklamní kampaně zejména ve farmaceutickém průmyslu, ale i v jiných sférách. Je zaměřen přímo na pacienty, nikoliv zdravotníky.

<sup>4</sup> standardy péče

## References

1. AAOS NOW: May 2014.
2. ANGELL, M.: The truth about the Drug Companies. New York, Random House 2005.
3. CALLAHAN, D.: Setting limits. New York, Simon and Schuster 1987.
4. CALLAHAN, D.: False hopes. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press 1999.
5. CARR, A. J.: Which research is to be believed? J. Bone Jt Surg., 87-B: 1453–1453, 2006.
6. CHRISTIE, C.: Five companies in hip and knee replacement industry avoid prosecution by agreeing to compliance rules and monitoring. New York, PublicAffairs, Sept 27, 2008.
7. HARMON, A.: Physicians authority under attack. House select committee on Health Care Fore. Florida Medical Association. February 17, 2014.
8. HERZLINGER, R. E.: Market-driven health care. Boston, Addison-Wesley 1997.
9. RELMAN, A. S.: Second opinion: Rescuing America's health care. A Century Foundation Book. New York, PublicAffairs 2007.
10. ROSENTHAL, E.: Patients 'costs skyrocket: Specialists incomes soar. New York Times, January 19, 2014.
11. SARMIENTO, A.: Bare bones. Amherst, New York, Prometheus 2005.
12. SARMIENTO, A.: Orthopaedic guidelines. Am. J. Orthop., 40: 142–143, 2010.
13. SARMIENTO, A.: Infringing on freedom of speech. J. Bone Jt Surg., 93-A: 222, 2011.
14. SARMIENTO, A.: The praise of folly. Cur. Orthop. Pract., 23: 163–164, 2012.
15. SARMIENTO, A.: The rocky journey of modern medicine. Mustang OK, Tate Publishing Company 2014.

### Corresponding author:

Prof. Augusto Sarmiento, M.D.  
Department of Orthopaedics and  
Rehabilitation  
University of Miami School of  
Medicine, Florida, USA  
E-mail: asarm@bellsouth.net