

[美] 卡尔 L. 怀特 朱莉亚 E. 康奈莉 主编

医学院校的使命 及公众的健康

科学出版社

医学院校的使命及公众的健康

〔美〕 卡尔 L. 怀特 主编
朱莉亚 E. 康奈莉

张孔来 廖苏苏 陈 锵 译
乌正赉 王若涛 曾宪嘉

科 学 出 版 社

1997

内 容 简 介

本书是加拿大、英国、美国、澳大利亚四国医学专家于1990年12月召开的关于四国医学教育研讨会的论文集。会议就医学院校的组成、学生的教育与训练、服务对象、发展方向进行了研讨。会议强化了医学院校为人群服务的思想。来自四国的37位专家在医学教育、临床实践、流行病学和行政管理等方面发表了看法。

本书对我国医学院校的领导、教师、学生、行政管理人员有借鉴作用。

Kerr L. White Julia E Connelly Editors

The Medical School's Mission and the Population's Health

Springer-Verlag, 1992

医学院校的使命及公众的健康

〔美〕 卡尔 L. 怀特 主编
朱莉亚 E. 康奈莉

张孔来 廖苏苏 陈 锵 译
乌正赉 王若涛 曾宪嘉

责任编辑：杨淑兰

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码：100717

中国科学院印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

*

1997年6月第 一 版 开本：850×1168 1/32

1997年6月第一次印刷 印张：9 5/8

印数：1—1 700 字数：248 000

ISBN 7-03-005766-X/R·282

¥25.20

Kerr L. White Julia E. Connelly 主编

医学院校的使命及公众的健康

加拿大、英国、美国和澳大利亚的医学教育

由皇家医学基金会和小乔西亚·麦西基金会资助的会议文集
美国佛罗里达州 特恩伯里岛1990年12月9~12日

附图表20张

Springer-Verlag 出版

纽约 柏林 海德堡 伦敦 巴黎
东京 香港 巴塞罗那 布达佩斯

Kerr L. White

卡尔·怀特

纽约洛氏基金会科学部退休主任

地址：2401 Old Ivy Road 1410

Charlottesville, VA 22901-3470

U. S. A.

Julia E. Connelly

朱莉亚·康奈莉

弗吉尼亚大学医学中心医学副教授

Charlottesville, VA 22908

U. S. A.

序 言

医学院是复杂的教育和卫生保健体系的组成部分。它与大学、教学医院、门诊部、学生和社区都有密切联系。

我们作为医学院董事会和委员会中的董事和志愿者,对学院附属机构,包括相关社区的运行负有义不容辞的责任。

站在董事的角度,用什么尺度和标准来对学院的运行情况作出评价呢?依我之见,应该采用的最重要的评价标准是,这所学院是否符合建立时的初衷,以及是否得到了相关社区的支持并为该社区服务。

就某所医学院而言,其运行情况的评价标准中应阐明其目的:医学院的“使命”。这一使命的阐明将为董事就如下重大问题指明方向:医学院试图做出什么成就?它的服务对象是谁?今后的发展方向如何?它与其服务的地域或其他社区是一种什么样的关系?

以上问题提出容易,回答起来却难,但还是应该提出这些问题来。这些问题正是那些负责学生教育、部门管理和资金运用的董事们所十分关心的。

是否存在一个医学院为其服务的“社区”或“人群”?如果存在,这个“社区”或“人群”是如何划定的?毫无疑问,作为一个教育机构,医学院所关注的是其学生的教育和训练。与此同时,医学院作为卫生保健体系的组成部分,它是否也承担着理解及满足人群或其“社区”卫生保健的需求这一责任呢?

皇家医学基金会和 Josiah Macy Jr. 基金会就这些问题组织会议进行了讨论,本书就是该次会议的结果。多数与会者认定上述责任确实存在。正因为如此,他们走到一起来,共同审视美国、英国、加拿大和澳大利亚在医学教育的组织方面如何能从其它国家的经验中获益,以使其教职员工和学生对社区健康需求的理解和

使之满足方面能全面地认识到他们的责任。来自四个国家 37 位与会者在医学教育、临床实践、流行病学和行政管理方面表达了他们的看法。

在他们的计划中,会议的组织者们遵循着他们确信与四个国家所共有的一般问题进行了研讨。医生们应该如何受教育才能有效地去适应人群的卫生保健需求和病人个体的需求?“医学的社会契约”在多大程度上与医学教育的多种价值观相同或相异?医学院是如何决定他们的集体责任和行动的?医学院如何从个体或总体出发来看待他们在公共的健康方面应承担的义务?医学院能在多大程度上解决重大的卫生保健问题(比如保健费用的增加、适度专业化或利用程度,而且,当一个社区遭受重大疾病袭击(像艾滋病的流行)并且需要找到一个能为全民提供保护的卫生保健体系时,医学院又该如何去做?

作为皇家医学基金会的主席,我非常高兴能参加会议优秀论文和会议提供的标准的讨论。在此我们谨把此书推荐给各位,希望在卫生保健政策方面的全民性讨论中它是一份起抛砖引玉作用的文献。希望本书有助于您提出自己的问题,或至少会有助于使你相信:医学院在社区健康方面扮演着重要角色并有为其服务的使命。

皇家医学基金会 主席

Arthur J. Mahon

前 言

皇家医学基金会分会(纽约)执行主席 William G. O'Reilly 和 Josiah Macy Jr. 基金会(纽约)主席 Thomas H. Meikle Jr. 医学博士提出了将会议的论文集结成册的构想, Josiah Macy Jr. 基金会对此给予了财力上的支持。这两个发起人深信四个国家的医学院校在医学教育、研究和病人照料方面都面临着共有的迫切需要解决的问题。在他们看来,当前形势下应该就困扰这些国家医学教育工作者共有的问题加以探讨。其中最重要的是寻求医学院校根本变革的合作前景,培养出能处理社会问题的未来医生。会议的组委会由以下人员组成:

Mutya San Agustin	David S. Greer	David H.H. Metcalfe
Sir Douglas Black	Thomas S. Inui	Victor R. Neufeld
Sir Christopher Booth	Lionel E. Mcleod	William G. O'Reilly
Julia E. Connelly	Thomas H. Meikle, Jr.	
Robert S. Spasoff	Kerr L. White(主席)	

为了使会议期间的讨论富有成果,组委会成员于1989年6月碰头,确定了本次会议的基本设计。这些设计包括拓展医学院校功能方面的种种策略,以期在支配大多数西方医学教育的生物医学模式和单一的病人-医生观念的基础上,强化医学院校为人群服务的思想。本次碰头会结束时,组委会起草了五份建议。除此之外,基本设计还包括了考试、学历证明、资格认定和颁发执照来确保教学质量的可行机制。这些方法使公众相信,医学院校的确尽心尽责地在关心着他们的健康状况并为他们的健康提供服务。每一个医学院校在颁发一项任务时,都应该联系其教职员工在教育、研究和对病人照料上的各种义务,这些义务包括已经履行的和计划履行的、以满足对所服务人群健康的需求,并且应该确定完成这一使命

所必需的、以人群为基础的合格技能。

组委会对文章的作者和要求与会者进行了筛选,最优秀者入选。组委会所起草的五份建议是对论文作者和议题进行选择时的根据。会议要求,被选中的论文作者和议题应能对所确定的适合人群健康需求的建议在理论探讨、资料描述和方法上做出实际例证。组委会全体成员对作者的论文标题进行了审议并加以修改。论文的定稿和所附的三份书面议论于会前三周分发给与会者。这种安排确保了来自四个国家的 37 位与会者能于 1990 年 12 月 9~12 日间在 Turnberry 岛的会上有充足的时间就提前确定的议题进行讨论。

几位作者在会议结束后对其论文略作改动。我们在编辑时,删去了文中浮华而冗长的段落,在文体上保持合理一致并用美语拼写。论文的主旨以及三位列席者对每篇文章的评论未作改动。编辑们从被指定的八位为大会起草报告者所完成的报告中,精选了对所提出问题的附加评估。

最后,与会者对所讨论问题的限定和建议达成高度一致。这种一致并非是对最终结果毫无异议,而是他们总体赞同第 9 章里所表述的思想。如果这些思想能在每个国家,更重要的是在各个医学院校内引起有关争论,本次学术讨论会的目标就算达到了。

编辑们在整理论文手稿准备尽快出版的过程中,得到了每位相关人士适时的合作,如 William G. O'Reilly、其助手 Betty Chase 和 Julia E. Connelly 的助手 Dale Vandervoot 等在各方面都提供了最有效的支持。我们对他们以及为此而努力的同仁表示感谢。我们相信,我们集体的努力将会对关于医学教育是“如何”而不是“是否”必须变革这样一个国际性讨论作出贡献。

Kerr L. White

Julia E. Connelly

供 稿 者

Robert D. Cohen, 医学博士, 英国伦敦, Whitechapel, 伦敦大学伦敦医院医学院医学教授

John D. Hamilton, 医学博士, 澳大利亚纽卡斯尔, 纽卡斯尔大学医学院院长及医学教授

Thomas S. Inui, 医学博士, 美国西雅图, 华盛顿大学医学院教授, 普通内科主任, 教授

Michael G. Marmot, 医学学士, 哲学博士, 英国伦敦, Middlesex 大学医学院社区医学教授

David H. H. Metcalfe, 医学学士, 科学学士, 英国曼彻斯特大学全科医学系主任, 教授

Victor R. Neufeld, 医学博士, 加拿大安大略, 汉密尔顿, McMaster 大学内科及临床流行病学系教授, 国际医学中心主任

Mutya San Agustin, 医学博士, 美国纽约 Bronx, Montefiore 医学中心医院, 活动医学系主任

Robert A. Spasoff, 医学博士, 加拿大安大略, 渥太华大学流行病学及社区医学系主任, 教授

Anthony B. Zwi, 医学学士, 英国伦敦, Middlesex 大学医学院流行病及公共卫生系(目前地址: 英国伦敦卫生学院)

目 录

序言

前言

供稿者

第一章 重新确定医学院校的使命

Kerr L. White, Julia E. Connelly (1)

讨论: David S. Greer, John D. Hamilton, David A. Shaw (19)

第二章 社会契约和医学院的责任

Thomas S. Inui (28)

讨论: David Axelrod, Sir Christopher Booth, Ian R. McWhinney (63)

第三章 测量一般人群中疾病给人带来的负担

Michael G. Marmot, Anthony B. Zwi (72)

讨论: Douglas Black, Robert A. Spasoff, Thomas S. Inui (123)

第四章 卫生情报室的潜力及其组成

Victor R. Neufeld, Robert A. Spasoff (130)

讨论: Lord Butterfield, Harry S. Jonas, Lionel E. McLeod (142)

第五章 以人群为基础的医学:传统院校的个例研究

Mutya San Agustin (149)

讨论: Sir David Innes Williams, Arthur Kaufman,

	Mamoru Watanabe	(174)
第六章	澳大利亚纽卡斯尔一所面向社区和人群的医学院	
	John D. Hamilton	(181)
	讨论: Harvey Barkun, George I. Lythcott, David	
	H. H. Metcalfe	(223)
第七章	以人群为基础的教育机构应具备的能力	
	David H. H. Metcalfe	(229)
	讨论: Roger J. Bulger, Victor R. Neufeld, Peter	
	Richards	(248)
第八章	医学生和毕业后的医生所必需的“以人群为基础的	
	合格技能”	
	Robert D. Cohen	(257)
	讨论: Jo Ivey Boufford, Paula L. Stillman, John	
	Wade	(273)
第九章	趋于平衡的观点	
	Kerr L. White, Julia E. Connelly	(282)
	会议参加者	(293)

第一章 重新确定医学院校的使命

Kerr L. White, Julia E. Connelly

一、引言

无论在工业化国家还是发展中国家,医学院校都在经历着组织机构动荡和预算缩减的冲击。当今政界和公众都十分关注日益增加的医疗卫生开支,也很关注国家内以及国与国之间在医疗卫生服务费用和很多医学干预的适宜性方面存在的巨大的、无法解释的差异。

尽管医学取得了令人震惊的发展,尽管有大量有效的医学干预,社会不满还是增多了,这一方面是源于医疗职业工作自身,同时也可能是对社会资源的无止境的需求欲望所致。加拿大、英国、美国(Blendon, 1989)和澳大利亚都面临着公众对医疗卫生越来越多的不满,这也暗示出对医学界领导的不满。1978年世界卫生组织和联合国儿童基金会在阿拉木图宣言中呼吁,重新认识卫生工作应优先考虑的重点、重新分配卫生服务(世界卫生组织总干事和联合国儿童基金会执行主席, 1978);为满足对早期医疗保健和预防性卫生服务的需求而复兴初级卫生保健、发展“替代医学”运动;文献中披露英国各个社会阶层之间健康状况和卫生服务利用方面的悬殊状况(Black, 1980)以及经济合作与发展组织(OECD)出版各国卫生统计数字(OECD, 1990)。凡此种种都是这种不满的表现。

加拿大、英国、美国、澳大利亚的一些热门新闻社、电台、电视台几乎没有几周不谈论它们各自国家的卫生服务机构如何不适应需求或谈论它们的卫生机构费用问题。所谈论的其它的详细内

容还包括两种极端不同的对健康和疾病的认识，这两种认识使公众迷惑不解而且导致人们产生不切实际的期望。一个极端是，极力兜售现在或不远的将来，高技术即使不能解决病人的所有问题，也能从中产生对大多数躯体疾病的一切有效的医学治疗办法。另一个极端是，出于预防疾病、增进健康的目的而强调环境暴露的危险，强调行为或“生活方式”转变、充足的锻炼和营养习惯改进的必要性。几乎没有哪一种宣传是把这两方面的观点结合在一起的。

在加拿大，针对医疗服务分配不公平和费用迅速增加等问题，大多数省最近都成立了审查医疗卫生工作的委员会。例如，Saskatchewan 医疗卫生指导委员会要求建立一种由本地区非医务人员组成的委员会来决定重点、分配资源的“消费者控制的医疗卫生保健系统”。它建议要更多地重视“社区和支持性生活服务机构”，并创建“一个自治的卫生分析和发展委员会来监测分析卫生项目和医疗卫生工作”。这个新建的机构将直接向省立法机构和当地卫生委员会报告(Saskatchewan 卫生服务指导委员会，1990)。一个名为“教育未来的渥太华的医生”的工程就是要达到“改变医学教育……使其适应社会的需要”的目的。这项工程的主要目标是：

- 在满足社区需要方面，确定渥太华医生未来的作用，并把对这些作用的描述转变成渥太华医学本科教育中的具体教育目标；
- 在渥太华的五所医学院中培训教师以帮助学生实现以上制订的教育目标；
- 设计用于渥太华的医学院的新的评价方法和评价体系，以确定未来的渥太华医生是否具备这些能力*；

在英国，保守党政府花费了相当的代价进行了严厉的法律方面的改革，通过各医院间竞争、紧缩财政管理和为大批医生合伙开业提供全面预算的办法以激励更高的效率。这些措施对国家实行

* 能力：知识、技能和态度。这是用来评价教育培训工作成果的术语。

了 40 年的、多年来公众给予很高评价的国家健康服务体制有相当的、潜在的破坏作用。由于政府制订协定式条例和标准,医生行业传统的自治要被大大削弱。因此人们不再更多地谈论“投入”和“工作量”,合理性将根据“临床结果”来确定。(Klein,1990)。所有这一切都要在没有适当的人群信息系统以及相应的信息分析的情况下实现(McLachlan,1990)。

由美国国会和其它一些机构中产生出来的各个委员会已经提出种种提案要整治混乱的国家医疗体系。美国“体系”的问题已经导致了社会悲剧,这些悲剧很快在政治上变得无法容忍。这些问题包括:15%或还要多的美国公民没有健康保险或几乎得不到适当的医疗保健,不能对老年人提供长期保险和医疗,以及社区对有精神疾患的人照管不足。同时,最近提出的试图改进所谓“医疗保健传送系统”的种种努力是否明智也正受到质疑。这些措施有咄咄逼人的竞争性市场策略、预先付费、人头税和“刺激性”的奖赏计划、健康维持组织和大量的配套创新办法。特别是,针对全科医生和专科医生总体配备上失衡的问题,纽约州根据州医学毕业后教育委员会的建议,将大部分培训资金从专科转向初级卫生保健住院医师(纽约州教育委员会,1988)。

在澳大利亚,联邦政府审查了医学(Doherty 等,1988)和公共卫生(White,1986)教育后,已经发起了对各种医疗卫生服务的大规模的检查。

在这些国家中,每个国家的医疗卫生服务方面问题都有多种起因。社会期望,有关政府作用的政治观点,既得利益、管理策略和本行业的不妥协等都有影响。民众对医生职业的信赖和信心的削弱是令人不快的结果;整个行业都不再受民众青睐的状况似乎是前所未有的。面对这种状况,医务界的学术人士必须承担起相当的责任,而且现在就有机会对医务界的领导方式进行革新。因而,随后而来的相应措施是发动讨论并提出具体的策略实例,通过对民众所关心的问题做出反应的办法使这种趋势逆转。

医学院教师对群体健康问题失去兴趣是 20 世纪的一个现象。

19 世纪后半叶,大部分成员由著名的临床医生组成的伦敦流行病学学会可例数出像 Richard Bright, Sir Charles Hastings, 和 T. Clifford Albutt 这样的学术领导人。在学会中宣读的论文的题目也可以表明学会对人群健康的广泛兴趣,如“试论主要与自然现象有关的疾病和健康的地理分布”、“关于利用贫困人群中的疾病统计数字的建议”、“工匠和劳工中起源于职业的疾病和伤害”,以及“论流行病学现在的地位和前景”(伦敦流行病学学会,1901 年)。

1832 年,美国的一群在法国接受过研究生培训的一流医生成立了医学观察研究学会,它和伦敦的学会一样,都是仿效法国的由 Pierre-Charles-Alexandre Louis (1787—1872) 这位创立了定量方法的优秀的临床医生建立的一个类似的组织。这个学会在 1908 年美国临床研究学会成立后不久就解散了。临床研究学会主要由接受过德国细菌学实验室工作培训的医生组成。在这个时刻,“模式转变”悄然发生了。那种不仅包含个体而且包含人群、环境的较广泛的医学观念被狭隘的、由细菌和疾病的“病原体学说”主宰的还原论方法所取代。

周密的临床观察和使用定量的方法很快就被那种为认识单个病人的发病过程、发病机制而强烈迷恋实验室检查的做法所代替。无可否认,这种成功的策略最终导致了生物学革命,而且给社会带来了许多益处。但是,由于学术医学脱离了危害大多数人的常见的医学问题,这种做法无意中产生了消极的影响。很多人提出,太多的医学研究只关注那些发生频率相对比较低的问题。同时,群体现象的研究、有关人群中疾病发生模式的研究已经减少了。现在该是重新找到两者间的平衡,重新恢复那种广阔的视野的时候了,这种从广阔的视角看待疾病问题的观念曾经让医务界和它的医学院校认识到什么才是自己的使命。

至少有 20 年了,各国和国际机构的文献中一直在记载国家内和国与国之间在健康状况和医疗卫生服务方面的不平等问题。这些机构已经呼唤“更多的初级卫生保健”,已经提出医学教育要更加“面向社区”以及要“以人群为基础”,它们也敦促医学院教师与

社区的健康问题建立更紧密的联系,开展更多的“基本的健康问题研究”(皇家医学会和 Josiah H. Macy Jr. 基金会,1973;Gastel Rogers,1988;世界医学教育联合会,1988;卫生研究与发展委员会,1990)。然而问题依然没有解决。仅靠移植几节统计学、流行病学和环境的课程或雇几位社会科学家没起到什么作用,这些移植的东西没有被接受。要促成这种转变以改进公众的健康和医疗卫生工作,必须做出更强烈的、而且更有针对性的努力。这种努力的起步之处就是重新确定医学院的使命。

二、机会和挑战

现实地讲,今天医学院除了对人群的需求做出积极的、建设性的响应外别无选择;然而,几乎没有几个医学院想这样做。有些学校继续在争论教师和学生是否应该接受对医学卫生事业的一种广阔的、平衡的认识观点,这种认识除了包括个体病人-医生观点和生物医学观点外,还包括群体的观点*。所有这三种观点,特别是个体病人-医生观点及群体观点,常常通过群体医学** 相互联系起来。然而,其它一些医学院校已经前进一步开始考虑实现一整套平衡的目标的最有效策略这样的问题。如果医学院及其附属机构要培养在专业类型和数量上都适应群体健康需要的医生,各种选择应依据哪些假设?应该考虑哪些原则?需要哪些信息?这些需求如何确定、如何衡量它们的相对重要性?谁应该做这件事?大学(以及它们的医学院教员)、各类医学组织(学校、教育资格认证部门、专业学会、专业考试委员会)和证书签发机构和政府机构在进行这些选择时各自起到什么作用?特别是,要使医学毕业生也就是

* 群体观点:能够对整个社区的疾病和健康状况的决定因素、范围和变化做出识别判断的能力。群体卫生、人群的健康和公共卫生这些术语也用群体观点做其基本概念。

** 群体医学:是多种定量学科如流行病学、经济学、人口学和统计学以及行为科学如文化人类学、社会学和社会心理学的概念、方法的应用。以群体为基础的医学是其同义词。