

深 读

安宁疗护,让生命从容谢幕

作为国家试点省,浙江已有专业医护4100名,服务逾2万人次



△ 杭州市长庆潮鸣街道社区卫生服务中心十五家园社区卫生服务站站长、居家安宁疗护团队长操丽惠探视患者。 本报记者 郑培庚 摄
◁ 绍兴市越城区斗门街道社区卫生服务中心的安宁疗护病房。 本报记者 郑培庚 摄
▷ 宁波市鄞州人民医院医共体明楼东胜分院安宁疗护病区,国家一级演员徐晓飞为病人清唱越剧。 受访者供图

■ 本报记者 张苗 郑培庚 王艳琼 王波

午后的阳光穿过窗边的绿萝,在绍兴市中医院三号楼4楼的安宁疗护病房的床单上投下斑驳光影,护士长周秋萍轻轻调整着老人枕边的镇痛泵。老人将在这里度过人生中最后一段时光,此刻平静而又安详。

在穷尽一切治疗手段之后,人们该如何面对死亡?安宁疗护病房,是医院中一处特殊的存在——这里的医护人员不与死神“掰手腕”,而是引导患者从容地面对死亡。

今年是浙江安宁疗护发展的第7个年头:2018年建立首个社区安宁疗护病房,2023年成为国家试点省,如今在11个设区市已有4100名专业医护、940家提供服务的医疗机构、服务2.43万人次。

在公众认知尚不充分的这一领域,浙江开展了怎样的探索?有哪些收获?相关医护人员和患者、家属又有哪些感触?围绕这些问题,记者近期在省内各地探访。

对生命的另一种坚守

“很多人对安宁疗护不了解,尤其是较为年长的患者,会认为子女送他们进来,就是让他们等死。”宁波市鄞州人民医院医共体明楼东胜分院安宁疗护病区主任裘继燕说,“其实,安宁疗护不执着于阻止原发疾病进展,而是聚焦疼痛等不适症状的控制,用一系列身体、心理、精神等方面的照料和关怀,让临终生命有尊严、有质量、有准备。简单来说,就是实现‘善终’。”

裘继燕所在的病区,是浙江省首个启用的社区安宁疗护病区,至今已护送500多位病人走完人生最后一程。这里共有13张床位,配备6名医生、11名护士,主要收治预估生存期3个月内的晚期肿瘤病人,也包括慢性病终末期患者。

这里的病人,除了进行常规的止痛、止吐等对症治疗,还接受心理疏导、哀伤辅导等。他们的需求与心愿会被尽量满足,在生命最后一程不留遗憾。

国家一级演员徐晓飞始终难忘2019年12月25日。这一天,这位袁派花旦从业近20年来第一次走进病房演唱。“莫不是步摇得宝鬃玲珑……”没有伴奏,没有鼓点,徐晓飞清唱的越剧《西厢记》曲调婉转、唱腔优雅,病床上79岁的卢奶奶脸上始终挂着笑容,微微张着嘴,像是在跟着唱。听到精彩处,卢奶奶从被子里伸出瘦骨嶙峋的双手,颤颤巍巍敲起了掌。

胃癌晚期的卢奶奶,已在两年时间里熬过25次放疗。“最后的日子,她还能再听一段最爱的越剧吗?”将老人送到明楼东胜分院安宁疗护病区后,卢奶奶的女儿询问。没想到在志愿者与医护人员的帮助下,这个心愿达成了。

看着母亲的笑脸,卢奶奶的女儿满是感激:“我知道,她打心眼儿高兴。我也想加入安宁疗护志愿服务,帮助更多的临终病人圆梦。”

温情、抚慰,每天都在病区上演——石先生流着泪,向病床上的妻子道歉,因为分居10年自己未能顾家;年龄差距50岁的病友成为忘年交,握手为彼此打气,医生用镜头将这动人画面定格;无儿无女的患者倪老师穿上了护士为她买的棉毛衫……

对生命的另一种坚守,不仅在医院病房。温州市瓯海区泽雅镇,不久前,在镇中心卫生院居家安宁疗护团队的照护下,88岁的李爷爷在家中安详度过了生命最后的时光。

“有一天,李爷爷虚弱地提出‘想再喝一口啤酒’,我们评估了老人的肝肾功能和吞咽能力,提示家属用温水将啤酒稀释,小勺送服,实现了老人的小小心愿。”该卫生院公共卫生管理科副科长李温柔回忆。

相比住院,居家安宁疗护服务工作内容更加细致,团队每周上门3次,为李爷爷进行居家环境评估,调整床的高度、指导加床边扶手;手把手教家属如何为老人翻身防褥疮、如何通过肢体抚触传递安慰;与家属保持密切沟通,帮他们疏解“即将失去亲人”的焦虑与愧疚。

“让选择居家的病人也能享受同样专业的安宁疗护服务。”浙江省卫健委老龄健康处处长吴燕萍告诉记者,这背后依靠的是浙江正努力搭建的“三级联动”服务网络,即“三级医院出技术,二级医院出病房,社区医院做居家”。

在国内,安宁疗护尚是一件需要医护人员在“干中学”的新业务。

记者从省卫健委了解到,我国安宁疗护的现代化发展至今不到40年,各医学高校均尚未开设相关专业。

医疗是基础,人文关怀有温度——对于安宁疗护,杭州市长庆潮鸣街道社区卫生服务中心十五家园社区卫生服务站站长、居家安宁疗护团队长操丽惠深有体会。

不久前,在长庆街道的一座民居里,近80岁的姐弟为了100岁父亲的病情吵到拍了桌子。

“为什么把爸爸接回家?在医院里积极治疗肯定会好!”弟弟喊得歇斯底里;沙发的另一头,刚为丈夫办完丧事便赶来照顾父亲的姐姐掩面痛哭。他们的父亲因重症肺炎已住院治疗一段时间,身体状况如风中残烛。

一边是对居家安宁疗护心存疑虑的弟弟,一边是承受丈夫离世打击的姐姐,对于如何安置父亲的人生最后时光,家庭会议发生了激烈争执。

操丽惠贴心地轻抚姐姐后背,为她递了张纸巾。等到弟弟发泄完情绪,操丽惠开口

安宁疗护作为一个系统配套工程,推广需要理顺一整套体系。

以英国为例,1987年安宁疗护被确定为一门独立的临床医学专业,成为医院的常规配置,并被整合到国家的医疗体制和保险制度中,从法律、保险到社会支付,渐成体系。

在我国,同为国家安宁疗护试点市的北京、上海各有所长:北京率先实施地方标准《医疗机构安宁疗护服务规范》,从机构资质到“硬门槛”“软服务”的标准规范,均做详尽规定;上海则由区级安宁疗护中心联动社区卫生服务中心,形成“医、养、护、居、送”全生命周期健康管理模式。

作为全国四个试点省(市)之一的浙江,则主要在建立人员培训、医保政策等多元一体的服务模式方面进行了深入的探索。

眼下安宁疗护面临着“接受一床,亏损一床”的全国性难题,这与医保结算政策相关:病人的用药花费容易计算,但医护人员提供的家庭会议、音乐疗法等服务难以量化。为此,浙江省医保局将出台相关政策,为安宁疗护的服务项目界定、成本测算等提供依据。

“非医疗服务收费项目的提出,既是对医保收费体系的补充,也是推动安宁疗护工作可持续发展的关键支持,可以减轻医院的负担。”温州市中心医院安宁疗护学科带头人黄瑞燕坦言。

在全省性政策出台前,不少地市各自发力。去年,温州发布推动住院安宁疗护服务高质量发展二十条举措,明确多方共担的多元支付机制,医保范围内费用按每天550元/床结算,医保范围外费用以患者自费费用结算,同时规定患者总费用中自费率限额,按医院等级设置最高30%的限额支付标准。“按新标准,基层医院基本能实现盈亏平衡。”温州市卫健委相关负责人介绍。

初步解决专业医保政策、人才紧缺的同

了:老爷子已经100岁,病情比较重,传统医疗手段很难让他重获健康,在这种情况下是不是应该考虑如何减轻他的痛苦?操丽惠肯定了弟弟的孝心,也指出了问题的关键:

“你们的表达方式不一样,但都是出于对爸爸深深的爱。”操丽惠将这家人从对立引向协作,对老爷子居家安宁疗护达成了一致。她每天上门,帮老爷子摆正床位、拍痰、漱口、按摩等,为其减轻痛苦。最终,老爷子在没有任何痛苦、被爱包围的环境中安然离世。

“把精力放在无法治愈的患者身上,和我的职业理想并不相符。”操丽惠说,救死扶伤并非只有挽回生命这一种形式,送一个人有尊严地离开也是伟大的使命。

培养出更多像操丽惠这样的基层骨干,是近年来浙江探索安宁疗护的重点工作。

2022年,浙江医院成立省级安宁疗护指导中心,由经验丰富的安宁疗护医护专家培训市级单位,各市级指导中心再培训区县一级,最终落实到更基层的医护人员。截至目前,全省已累计培训4100名安宁疗护服务专业人员。

来自全省各地的医生、护士需要脱产学

建一张综合保障网

时,浙江的另一个探索,就是“居家—社区—门诊—病床”多元一体的安宁疗护服务模式,“即通过在市级、县级医院和基层医疗卫生机构设置安宁疗护病区(病房),实现安宁疗护对象的分级住院服务;通过城市医联体、县域医共体建设,建立上下联动、紧密衔接的安宁疗护转介机制。”吴燕萍介绍。

这种服务模式与各级培训同步进行。“我们不仅为11个地市提供安宁疗护培训,更要依托市级医院,建立安宁疗护指导中心。”陈新宇介绍,这包括指导各地安宁疗护病区建设。“住院安宁疗护有哪些条件、居家

习至少40个课时,内容涵盖理论面授、临床实践等。“要成为合格的安宁疗护医护,没有时间、精力投入是不可能的。”浙江医院副院长陈新宇介绍,其中最重要的环节就是实习,学员们要通过一个个具体案例的症状管理、精神照护、法律伦理、营养管理、舒适照护、沟通技巧等实践,体会如何将人文关怀融入临床细节,践行“有时治愈、常常帮助、总是安慰”的理念。

这个培训体系同时也搭建起基层医护与上级医院长期交流的桥梁,当面对用药策略、家庭会议、哀伤辅导如何科学操作等棘手难题时,基层医护能及时得到专家库的更多支持。

总是面对死亡,会不会因为工作重压而产生身心疲劳与耗竭状态?这是安宁疗护培训推广中最常遇到的疑问。省安宁疗护指导中心牵头编制的《浙江省安宁疗护师资培训大纲》,为此特设了“死亡议题与职业耗竭”专题讨论。浙江医院医疗照护病房护士长项巧珍告诉记者,专题讨论旨在培养兼具专业知识传递能力与生命教育践行意识的安宁疗护师资。

安宁疗护需要注意什么?在国家卫健委今年发布的《安宁疗护实践指南(2025年版)》基础上,我们基于各地的经验,将这些操作细则细化,制定印发了系列文件。”

吴燕萍表示,浙江的安宁疗护工作,将继续在推进全省扩面、健全工作体系、制定标准规范、开展分层分类培训、建立多元服务模式等方面发力。

生如夏花之绚烂,死若秋叶之静美。这是人们对生命终章的美好期许。安宁疗护的浙江实践,将让人们在生命告别之际多一个温暖的选择。

专家观点

点亮一盏温暖的灯

卢余群

安宁疗护是全生命周期卫生与健康服务的最后一环。它以维护生命尊严为核心,为终末期患者提供症状控制、舒适照护、心理支持和人文关怀等服务。

生命临终,牵动着家庭与社会的情感。现代家庭结构逐渐小型化、分散化,使部分老年人陷入孤独面对死亡的困境。由此,安宁疗护的价值愈发凸显:通过专业的身心照护,缓解患者的痛苦,帮助其实现最后的愿望,同时也为家属提供支持,减轻照护负重和离别伤痛。安宁疗护不仅使患者和家属“生死两相安”,更是时代发展的必然要求,是社会文明的重要标尺。

当前,国内推广安宁疗护还面临观念、政策、资源等挑战。

首先是文化观念束缚。人们忌讳谈论死亡,家属常对患者隐瞒病情,导致患者无法表达自己的意愿,被动接受过度治疗,加剧身心痛苦。公众对安宁疗护存在着普遍误解,认为安宁疗护等于放弃治疗,甚至是加速死亡。

二是服务资源短缺。专业的安宁疗护需要团队协作,医生、护士、社工都不可或缺,但目前专业人才缺乏。

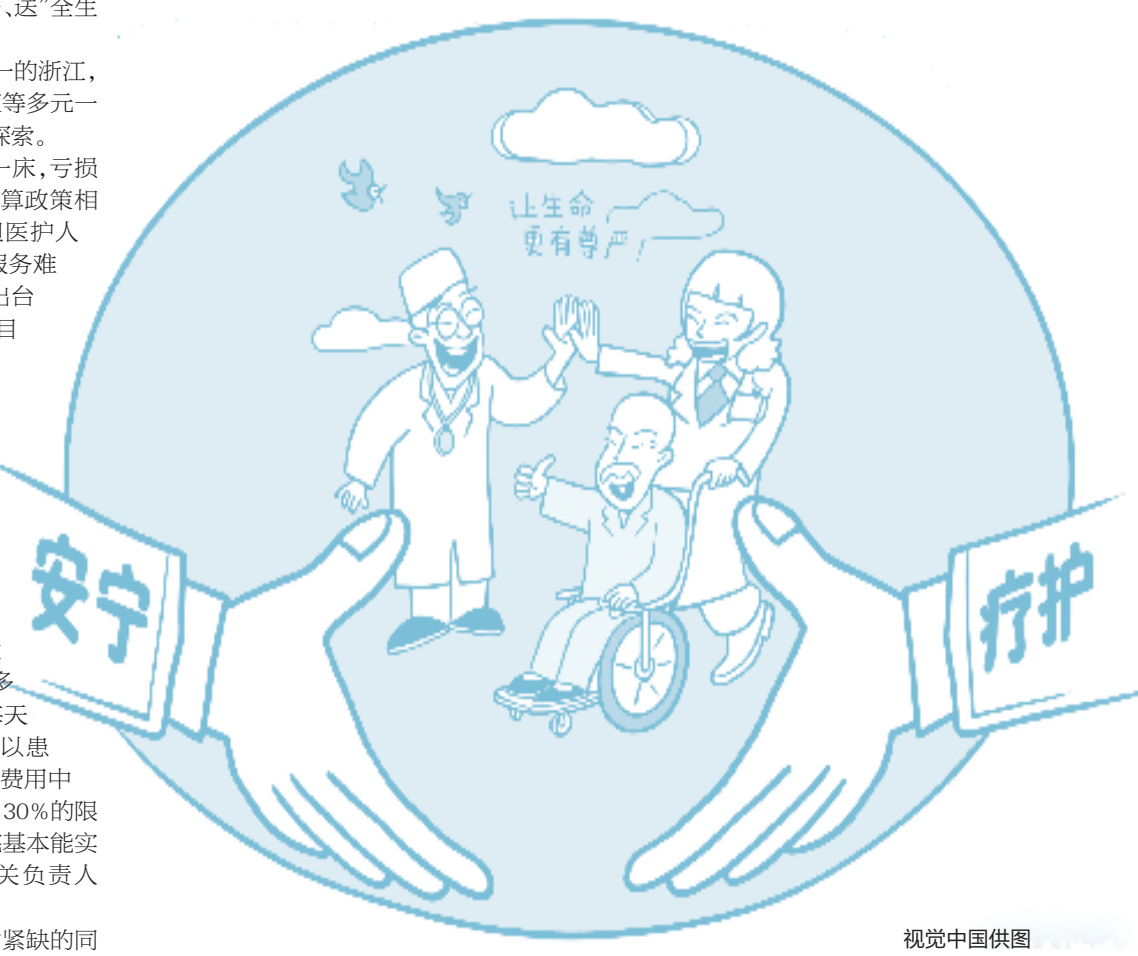
三是政策支持不够。安宁疗护服务尚未完全纳入医保体系,许多家庭因经济压力只能望而却步。安宁疗护相关法规和政策也需进一步完善。

世界卫生组织2004年成立世界安宁缓和医疗联盟,许多国家在安宁疗护领域进行了有益探索,在法律体系建立、服务模式、筹资机制、死亡教育等方面提供了可借鉴的经验。如英国构建了以多学科协作为核心的服务体系,并最早开展缓和医疗学科建设,日本通过《介护保险法》等构建多层次保障体系,新加坡建立政府、医保、慈善三方筹资,瑞士推行“死亡咖啡馆”活动等。

国家卫生健康委办公厅发布的《安宁疗护实践指南(2025年版)》为我国安宁疗护实践提供了新标尺,但真正破局还需要系统施策。要转变观念,将死亡教育融入国民教育全过程,破除“重生忌死”的文化禁忌,宣传安宁疗护理念;要加快安宁疗护专项立法,明确预立医疗照护计划法律效力;要推进支付体制改革,将生理舒缓、心理护理等核心服务全面纳入医保,推行按价值付费模式,推动服务收费与长期护理保险以及商业保险的融合,衔接社会救助与福利政策,健全费用分担机制确保服务普惠;要推进安宁疗护学科建设,创新人才培养模式,优化激励保障措施,支持以医生、护士、社工为主要力量的多学科团队建设,以保证提供高质量服务;要整合社区、志愿者及公益力量,强化对家属的赋能支持,多维度扩大服务可及性。

唯有融汇医疗机构的专业引领、社会资源的有效支持与家庭温暖的全程陪伴,方能凝聚起坚实的安宁疗护合力,为生命落幕点亮一盏温暖的灯。

(作者单位:浙江省社科院发展战略和公共政策研究院)



视觉中国供图