BrienHoldenVisionInstitute

CHĂM SÓC NGƯỜI GIÀ

TÁC GIẢ

Jenna Lighthizer: Đại học bang Northeastern

THẨM ĐỊNH

Barbara Hetrick OD

NỘI DUNG CỦA CHƯƠNG

CHĂM SÓC NGƯỜI GIÀ 1
CỘNG ĐỒNG HƯU TRÍ CHĂM SÓC LIÊN TỤC (CONTINUING CARE RETIREMENT COMMUNITY- CCRC) 5
SỐNG CẦN TRỢ GIÚP 6
QUYẾT ĐỊNH KẾT THÚC CUỘC SỐNG 7

CHĂM SÓC NGƯỜI GIÀ

Học viện quốc gia về xã hội tuổi già (National Academy on an Aging Society) của Hoa kì vào tháng năm, 2000 đã đưa ra *Báo cáo chính sách công cộng & tuổi già - Ảnh hưởng toàn cầu của tuổi già: lứa tuổi già nhất*, cho thấy **"**2 trong 5 người (41%) trên 70 tuổi cần được trợ giúp với một hoặc nhiều hoạt động hàng ngày." Số người già cần trợ giúp sẽ tăng gấp 3 lần, "Vào năm 2030, khoảng 21 triệu người già có thể cần trợ giúp do hạn chế hoạt động." Những người chăm sóc phần lớn là các thành viên gia đình (72%), trẻ em tuổi trưởng thành chiếm 42% số người chăm sóc, chồng hoặc vợ là 25%.

Sinh hoạt hàng ngày gồm: đi lại, mặc quần áo, ăn, đi vệ sinh, tắm, và đi vào giường và ra khỏi giường.

Các hoạt động sống độc lập gồm: nấu ăn, mua tạp phẩm, công việc trong nhà, gọi điện thoại, uống thuốc, và quản lí tiền. Các nhà khúc xạ nhãn khoa cần thêm lái xe vào danh sách các hoạt động sống độc lập này, đặc biệt là ở các vùng không có phương tiện vận chuyển công cộng.

Mục tiêu chính của việc chăm sóc người già là phục hồi và duy trì khả năng hoạt động hữu ích càng nhiều càng tốt. Cách này giúp người già duy trì sự độc lập và sống một lối sống phù hợp với các nhu cầu và mong muốn của họ.

Khi người già duy trì sức khỏe khá tốt, họ vẫn có thể thực hiện tốt hầu hết các hoạt động hàng ngày, mặc dù có thể giảm tương ứng khả năng hoạt động, năng lực, hoặc hiệu quả với tuổi càng tăng.

Phát hiện và điều trị các bệnh cấp tính và mạn tính là việc rất quan trọng. Cũng cần xác định mức độ giảm chức năng và bệnh tật hiện có và cố gắng giảm ảnh hưởng đối với cá nhân.

Đối với những người có một số dạng tổn hại chức năng ảnh hưởng đến lối sống của họ, cần nhận biết ai sẽ cung cấp sự giúp đỡ cần thiết và xác định sự giúp đỡ có thể đạt được từ đâu.

Bất kì chương trình chăm sóc người già nào cũng phải xác định mức độ và chất lượng của bất kì sự hỗ trợ gia đình nào và đánh giá khả năng trợ giúp của cộng đồng và cơ sở từ thiện.

CHĂM SÓC DÀI HẠN NGƯỜI CAO TUỔI

Chăm sóc dài hạn là bất kì loại chăm sóc nào cho một người tàn tật hoặc bị bệnh mạn tính, bất kể người chăm sóc là người nào.

Sự chăm sóc có thể có được theo nhiều cách khác nhau như các thí dụ sau:

- Gia đình và/hoặc bạn bè là những người chăm sóc
- Các cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục (Continuing Care Retirement Communities- CCRC)
- Các lựa chọn Sống cần trợ giúp
- Chương trình chăm sóc trọn gói cho người cao tuổi (Program for All Inclusive Care for the Elderly- PACE)
- Nhà dưỡng lão
- Chăm sóc giảm đau đớn
- Chăm sóc lúc cuối đời

GIA ĐÌNH VÀ NHỮNG NGƯỜI CHĂM SÓC KHÔNG CHÍNH THỨC

Người chăm sóc là người làm công việc chăm sóc cá nhân, bất kể là chăm sóc y tế, quản lí hộ gia đình, hoặc giao tiếp với hệ thống chăm sóc y tế chính thức thay mặt những người tàn tật.

Điều tra dân số của Hoa kì *Americans with Disabilities: 2010* current population report, gồm:

- Có 38.599.000 người 65 tuổi trở lên có một mức độ tàn tật nào đó, 14.138.000 được đánh giá là nặng.
- Trong số những người 55 – 64 tuổi và sắp về hưu, khoảng 6% cần được trợ giúp trong sinh hoạt hàng ngày hoặc các hoạt động sống độc lập. Tỉ lệ cần được trợ giúp đối với những người 80 trở lên lớn hơn khoảng 5 lần (30,2%)
- Khoảng 1,3 triệu trong số 40,4 triệu những người 65 tuổi trở lên sống trong các viện dưỡng lão.

NGƯỜI CHĂM SÓC CÁ NHÂN

- 70-80% việc chăm sóc người tàn tật và người già bị bệnh được thực hiện chỉ bởi những người chăm sóc không chính thức, đó là các thành viên gia đình, bạn bè, hàng xóm láng giềng, v.v.
- Mức chăm sóc trung bình được cung cấp là khoảng 25 giờ mỗi tuần trong 4 năm
- 25% cung cấp chăm sóc trên 5 năm
- Ngày nay, người chăm sóc phổ biến nhất là một phụ nữ 48 tuổi, đã có chồng cũng làm việc ở ngoài nhà
- Những người chăm sóc chính trong gia đình là: trẻ em tuổi trưởng thành (42%), vợ/chồng (38%), và các thành viên gia đình/bạn bè khác (20%)
- Phụ nữ bình thường ngày nay có thể dành số năm chăm sóc một người già trong gia đình nhiều hơn so với chăm sóc con cái
- Các gia đình là những người chăm sóc lâu dài chính, nhưng nghiên cứu đã cho thấy rằng chăm sóc đòi hỏi một sự mất mát nặng về cảm xúc, vật chất và tài chính. Nhiều người vừa làm việc vừa chăm sóc nhận thấy những

xung đột giữa các trách nhiệm này. 22% số người chăm sóc đang giúp đỡ 2 người, trong khi 8 % đang chăm sóc 3 người hoặc hơn.

- Gần nửa số người chăm sóc là trên 50 tuổi, khiến cho họ dễ bị giảm sức khỏe bản thân, và 1/3 mô tả sức khỏe của họ là trung bình đến kém.

CÁC CHÍNH SÁCH TRỢ GIÚP CỦA CHÍNH PHỦ Ở HOA KÌ

Một số khía cạnh của các chính sách chính phủ nhằm trợ giúp việc chăm sóc người cao tuổi ở Hoa kì như sau:

- Đạo luật phép nghỉ y tế và gia đình (FMLA), 1993
- Yêu cầu tất cả các doanh nghiệp có từ 50 nhân công trở lên cho phép tới 12 tuần nghỉ không ăn lương hàng năm khi sinh con/nhận con nuôi, khi một đứa con, vợ chồng, hoặc bố mẹ đẻ cần phải chăm sóc bệnh nặng, hoặc khi một người lao động không thể làm việc do bị bệnh nặng
- Người sử dụng lao động phải mua bảo hiểm y tế và phục hồi quyền lợi cho người lao động sau khi nghỉ phép
- Mặt tiêu cực: FMLA không áp dụng cho 60% hoặc hơn của số người làm việc bởi vì nó không áp dụng cho các doanh nghiệp nhỏ
- Bộ y tế và dịch vụ nhân sinh Hoa kì- Cơ quan quản trị đặc trách người già: Chương trình quốc gia hỗ trợ người chăm sóc (NFCSP) được lập vào năm 2000
- Trợ cấp cho các tiểu bang và các địa hạt, dựa vào phần dân số tuổi từ 70 trở lên, tài trợ cho các sự hỗ trợ giúp đỡ gia đình và những người chăm sóc không chính thức để chăm sóc người thân ở nhà càng lâu càng tốt.
- Chương trình quốc gia hỗ trợ người chăm sóc thông qua các tiểu bang cung cấp 5 loại dịch vụ cho những người chăm sóc trong gia đình:
    - Thông tin cho những người chăm sóc về các dịch vụ sẵn có,
    - Giúp đỡ những người chăm sóc tiếp cận các dịch vụ,
    - Tư vấn cá nhân, tổ chức các nhóm hỗ trợ, và đào tạo những người chăm sóc,
    - Chăm sóc tạm thời, và
    - Các dịch vụ bổ sung, trên cơ sở có hạn
- Mặt tiêu cực: Thiếu kinh phí đã dẫn đến những ảnh hưởng nhỏ

DỊCH VỤ TRỢ GIÚP NGƯỜI CAO TUỔI TẠI GIA

Chi tiêu cho dịch vụ chăm sóc y tế tại gia ở Hoa kì tăng 92% trong thời gian 2002 và 2011, với số cơ sở chăm sóc y tế tại gia mới tiếp tục tăng 6% mỗi năm vào năm 2011.

- Các cơ quan chi trả cho bên thứ ba như Medicare (bảo hiểm y tế người già) đã đẩy mạnh việc chăm sóc y tế tại gia để giảm chi phí bệnh viện và nhà dưỡng lão
- Để nhận được chế độ chăm sóc tại gia, bác sĩ phải chứng nhận sự cần thiết về mặt y tế cho bệnh nhân với những thông tin như chẩn đoán, lí do chăm sóc, tần số đến chăm sóc tại gia, và mức độ kĩ năng chăm sóc cụ thể cần thiết. Việc chăm sóc được giới hạn trong các giai đoạn 60 ngày, và chi trả cho các cơ sở chăm sóc tại gia dựa vào độ nặng của bệnh.
- Chăm sóc y tế tại gia Medicare bao gồm chăm sóc đặc biệt, vật lí trị liệu, hoạt động trị liệu, âm ngữ trị liệu, các dịch vụ trợ tá, và công tác xã hội trong bệnh viện cho người thụ hưởng ngay tại nhà.
- Chăm sóc sức khỏe tại gia được thiết kế để có một tiếp cận đa ngành, có thể gồm các nhà khúc xạ nhãn khoa

- Chú ý: tất cả các trợ giúp đều tập trung vào các sinh hoạt hàng ngày cơ bản.
- Các dịch vụ chăm sóc bao gồm:
  - Trợ giúp cá nhân, như quét dọn, mua sắm tạp phẩm, v.v.
  - Chăm sóc và trợ giúp cá nhân trong sinh hoạt hàng ngày
  - Đưa thức ăn tại nhà
  - Sửa chữa nhà
  - Chăm sóc lúc cuối đời
  - Chăm sóc tạm thời để những người chăm sóc có thời gian nghỉ

CÁC DỊCH VỤ BỔ SUNG

- Chăm sóc y tế ban ngày cho người lớn về phục hồi chức năng và/hoặc chăm sóc tạm thời
  - Những người này có thể sống ở nhà, nhưng đến một trung tâm một hoặc nhiều lần mỗi tuần, mỗi lần vài giờ.
  - Có thể tập trung vào tương tác xã hội, chăm sóc phục hồi chức năng hoặc chăm sóc y tế dài hạn.
  - Chăm sóc tạm thời cho phép những người chăm sóc trong gia đình có thể làm việc ở ngoài nhà, hoặc thực hiện các hoạt động tự chăm sóc quan trọng để giúp tránh khỏi quá mệt mỏi.
- Chương trình chăm sóc trọn gói cho người cao tuổi (PACE) được đề ra năm 1997 nhằm đem lại sự chăm sóc toàn diện cho các bệnh nhân với cố gắng tài trợ chung bởi Medicare (bảo hiểm y tế người già) và Medicaid (bảo hiểm y tế người nghèo).
  - Đối tượng phải là những người trên 55 tuổi và được chứng nhận là đủ tiêu chuẩn chăm sóc ở nhà dưỡng lão.
  - Cho phép nhiều người duy trì khả năng sống ở nhà trong khi vẫn được chăm sóc đầy đủ để đáp ứng các nhu cầu của họ.

CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC TRỌN GÓI CHO NGƯỜI CAO TUỔI (PACE)

- Các chương trình PACE (như Cherokee Elder Care) được chia theo đầu người, nghĩa là chương trình trả một khoản phí cố định hàng tháng cho bệnh nhân bất kể loại chăm sóc cần thiết là gì. Những người tham gia đủ điều kiện Medicare không đủ điều kiện của Medicaid sẽ trả phí bảo hiểm hàng tháng, nhưng không áp dụng giảm trừ, đồng bảo hiểm, hoặc các loại chia sở phí khác:
  - Chương trình có nguy cơ những bệnh nhân vượt quá mức hoàn trả chi phí
  - Một nhóm liên ngành đánh giá nhu cầu của những người tham gia, đưa ra các chương trình chăm sóc, và cung cấp tất cả các dịch vụ
- Gói dịch vụ PACE phải gồm tất cả các dịch vụ được chi trả bởi Medicare và Medicaid, và các dịch vụ khác được xác định là cần thiết bởi nhóm liên ngành chăm sóc người tham gia chương trình PACE, bao gồm:
  - Chăm sóc y tế ban ngày cho người lớn
  - Các dịch vụ y tế
  - Chăm sóc y tế và cá nhân tại gia
  - Tất cả các thuốc cần thiết
  - Các dịch vụ chuyên khoa như là nha khoa, khoa bệnh chân (podiatry), thính khoa (audiology), khúc xạ nhãn khoa, và chăm sóc tại bệnh viện/điều dưỡng nếu cần

CÔNG NGHỆ

- Còi báo động không dây được đeo bởi người già ngay tại nhà đang ngày càng phổ biến và giá rẻ, và có thể gọi trợ giúp chỉ bằng cách đơn giản bấm một nút.
- Hệ thống theo dõi bệnh nhân từ xa tại nhà ngày càng phức tạp đang trở thành phổ biến để theo dõi sức khỏe và hoạt động của người già.
- Các thiết bị cảm biến có thể được đặt ở dưới nệm để theo dõi sự có mặt của bệnh nhân, kiểu ngủ, nhịp tim và nhịp thở.
- Bộ giám sát nhà vệ sinh và thiết bị gia dụng và máy dò chuyển động có thể theo dõi hoạt động.
- Các hệ thống chẩn đoán từ xa có thể được dùng để thu thập và theo dõi cân nặng huyết áp, và đường huyết và gửi kết quả từ xa cho những người chăm sóc y tế.

Tất cả các công nghệ này đều nhằm để tăng sự an toàn và sự độc lập của người già.

CỘNG ĐỒNG HƯU TRÍ CHĂM SÓC LIÊN TỤC (CONTINUING CARE RETIREMENT COMMUNITY- CCRC)

- Các cộng đồng hưu trí đưa ra nhiều loại nhà ở và mức độ chăm sóc
- Những người cư trú phải dọn vào ở khi họ hoàn toàn độc lập, nhưng sự chăm sóc sẽ tiếp tục qua nhiều mức bao gồm Sống cần trợ giúp và chăm sóc y tế toàn bộ thời gian
- CCRC thường đưa ra cho những người cao tuổi một hợp đồng cung cấp nhà ở và các dịch vụ chăm sóc y tế trong một giai đoạn thời gian nhất định hoặc thời gian sống còn lại
- Thường gồm phí đăng kí và phí hàng tháng
- Theo AARP, phí đăng kí thay đổi trong khoảng từ 20000 đô la đến 400000 đô la, với thanh toán hàng tháng từ 200 đô la đến 2500 đô la
- Chi phí thường phụ thuộc vào CCRC cũng như loại hợp đồng được kí
- Tất cả các hợp đồng bao gồm nhà ở, các dịch vụ dân cư, và tiện ích thêm vào:
  - *Loại A (các hợp đồng toàn diện hoặc chăm sóc cả đời)* bao gồm sử dụng không giới hạn các dịch vụ chăm sóc y tế với phí hàng tháng không tăng hoặc tăng ít. Các hợp đồng này thường có phí đăng kí cao nhất
  - *Loại B (các hợp đồng giản ước)* giới hạn số lượng dịch vụ chăm sóc y tế có thể tiếp cận và không có tăng phí hàng tháng
  - *Loại C (các hợp đồng dịch vụ mất phí)* đòi hỏi những người cư trú phải trả theo giá thị trường cho bất kì dịch vụ liên quan sức khỏe nào với sự thỏa thuận cần thiết

NHỮNG LỢI ÍCH CỦA CCRC

Một số lợi ích của CCRC gồm:

- Cách dễ dàng để lập kế hoạch trước
- Loại bỏ gánh nặng quyết định của các thành viên gia đình
- Nhận được chăm sóc y tế bảo đảm

- Vẫn "ở nhà", nhưng không phải bảo quản nhà cửa
- Các mức cao của các dịch vụ hỗ trợ như các chương trình xã hội, giáo dục, và tập thể dục

SỐNG CẦN TRỢ GIÚP

– Các trung tâm sống cần trợ giúp cung cấp giúp đỡ cho các sinh hoạt hàng ngày như là nấu ăn, quét dọn, tắm, và uống thuốc.

- Sự chăm sóc khác nhau giữa các trung tâm
- Một số trung tâm tập trung vào chăm sóc y tế nhiều hơn các trung tâm khác
- Những người cư trú bảo quản phòng hoặc căn hộ của mình và được hưởng lợi từ nhiều cơ hội xã hội hoặc giải trí
- Các cá nhân sẽ trả tiền thuê nhà và phí chăm sóc. Điều này thường làm cho lựa chọn này không thể có được cho những người nghèo

CHĂM SÓC Ở VIỆN DƯỠNG LÃO

- Số liệu điều tra dân số năm 2010 của Hoa kì cho thấy 0,9% tổng dân số 65-74 tuổi sống ở viện dưỡng lão so với 24,7% dân số 95 tuổi trở lên, và 32,3% dân số 100 tuổi trở lên.
- Thường được coi là lựa chọn cuối cùng sẵn có khi không có hình thức chăm sóc nào khác đủ hỗ trợ
- Còn được coi là một trạm chăm sóc chuyển tiếp sau khi được chữa ở bệnh viện

– 2/3 số bệnh nhân được nhập viện dưỡng lão sẽ sống đến cuối đời

– 1 trong 3 bệnh nhân của viện dưỡng lão sẽ chết trong vòng năm đầu tiên ở viện

CHĂM SÓC TÀI CHÍNH DÀI HẠN

- Ở Hoa kì, Medicare chi trả dưới 2% ngân sách hàng năm của nhà dưỡng lão

– Nó chi trả 100% của 20 ngày đầu của chăm sóc y tế nếu nằm viện đủ tiêu chuẩn, và một tỉ lệ thêm 80 ngày cho chăm sóc phục hồi chức năng được chấp nhận.

– Sau thời gian này hoàn toàn không được chi trả

- Chăm sóc dài ngày ở cơ sở từ thiện chiếm 45% ngân sách Medicaid hàng năm bằng cách chi trả cho trên 56% toàn bộ chăm sóc tại viện dưỡng lão ở Hoa kì

CHĂM SÓC GIẢM ĐAU ĐỚN

Chăm sóc giảm đau đớn là chăm sóc đầy đủ tích cực một bệnh nhân mà bệnh của họ không thể chữa khỏi. Nó bao gồm chống đau và triệu chứng, cũng như những vấn đề tâm lí xã hội và tinh thần gắn với cái chết trong tương lai. Mục đích của chăm sóc giảm đau đớn là cải thiện chất lượng cuộc sống, nó không nhằm mục đích đẩy nhanh hoặc trì hoãn cái chết.

Chăm sóc giảm đau đớn thường gồm nhiều chuyên gia khác nhau:

– Bác sĩ/điều dưỡng chuyên về đau,
– Dược sĩ,
– Chuyên gia vật lí trị liệu, và
– Những người chăm sóc khác như chuyên gia âm nhạc trị liệu, chuyên gia mát xa hoặc châm cứu.

CHĂM SÓC LÚC CUỐI ĐỜI

Chăm sóc lúc cuối đời bao gồm chăm sóc giảm thiểu đau đớn và tập trung vào chất lượng cuộc sống và giảm đau buồn cho người hấp hối và các thành viên gia đình của họ. Những bệnh nhân hấp hối thường chấp nhận rằng bệnh của họ giới hạn thời gian sống dự tính không quá 6 tháng, và những cố gắng điều trị khỏi bệnh là vô ích.

2 nguyên lí chính của chăm sóc lúc cuối đời là:

- Quí vị sẽ không chết trong đau đớn, và
- Quí vị sẽ không chết trong cô đơn.

"Hospice" xuất phát từ tiếng Latin, nghĩa là *một nơi khách được đón tiếp với lòng hiếu khách và chỗ ăn ở.* Cơ sở chăm sóc lúc cuối đời đầu tiên ở Hoa kì được thành lập năm 1974 ở New Haven, Connecticut, và hiện nay có khoảng 4000 cơ sở chăm sóc lúc cuối đời ở Hoa kì. Năm 2008, khoảng 1,45 triệu người Mĩ được chăm sóc khi hấp hối, và 83% người đủ tiêu chuẩn Medicare ở tuổi 65 trở lên. Dịch vụ chăm sóc lúc cuối đời đã cho phép 41% người chết ở nhà của mình.

Các nghiên cứu đã cho thấy chăm sóc lúc cuối đời ít tốn kém hơn chăm sóc thông thường trong 6 tháng cuối cùng của cuộc đời. Các bệnh nhân hấp hối phải được chứng nhận bởi 2 bác sĩ là bệnh đã ở giai đoạn cuối với tiên lượng rằng sẽ chết trong 6 tháng hoặc ngắn hơn nếu quá trình bệnh diễn biến điển hình. Việc chăm sóc được thực hiện trong 2 giai đoạn 90 ngày liên tục, sau đó là một số không giới hạn các giai đoạn 60 ngày, nhưng ở thời điểm đầu của mỗi giai đoạn chăm sóc, giám đốc y tế của cơ sở chăm sóc phải chứng nhận lại là bệnh nhân vẫn tiếp tục đủ điều kiện chăm sóc. Bệnh nhân kí giấy chọn chăm sóc lúc cuối đời thay vì các lợi ích khác được chi trả bởi Medicare để điều trị bệnh ban đầu của mình.

Các dịch vụ chăm sóc lúc cuối đời bao gồm:

- Dịch vụ chăm sóc từng đợt
- Thuốc
- Vật lí trị liệu, hoạt động trị liệu, và âm ngữ trị liệu
- Phụ tá y tế tại nhà và dịch vụ nội trợ
- Dụng cụ y tế
- Chăm sóc bệnh nhân nội trú gắn hạn nếu các triệu chứng không thể kiểm soát được ở nhà
- Chăm sóc tạm thời
- Các dịch vụ công tác xã hội trong bệnh viện
- Tư vấn tinh thần, chế độ ăn, và tâm lí
- Chăm sóc liên tục trong các thời gian khủng hoảng
- Tình nguyện viên
- An ủi sự đau buồn

QUYẾT ĐỊNH KẾT THÚC CUỘC SỐNG

Khoảng 2,5 triệu những người chết ở Hoa kì vào năm 2010, hầu hết trong số này là những bệnh nhân trên 65 tuổi. Trong đó:

- 20% các trường hợp chết xảy ra trong hoặc ngay sau thời gian điều trị tích cực trong bệnh viện
- 25% xảy ra ở các cơ sở chăm sóc dài hạn, theo dự tính tăng tới 40% vào năm 2040
- 15% xảy ra ở nhà

CÁC QUYẾT ĐỊNH TRƯỚC (ADVANCE DIRECTIVES)

Các quyết định trước dùng để chỉ dẫn chăm sóc y tế khi một bệnh nhân không thể chỉ dẫn chăm sóc cho bản thân do những hạn chế thân thể hoặc trí óc. Nội dung cho phép bệnh nhân nói rõ những lựa chọn chăm sóc y tế của mình qua một "ý nguyện trị liệu" (living will) hoặc chỉ định một người nào đó thực hiện những lựa chọn này bằng cách làm một "giấy ủy quyền chăm sóc y tế". Ở Hoa kì, đạo luật quyền tự quyết của bệnh nhân năm 1990 yêu cầu tất cả các bệnh viện thông báo cho bệnh nhân lựa chọn này khi họ nhập viện.

Các quyết định trước bao gồm: Ý nguyện trị liệu, giấy ủy quyền chăm sóc y tế lâu dài (Durable Power of Attorney for Healthcare- DPOA), yêu cầu không hồi sức (Do Not Resuscitate Orders-DNR) và y lệnh điều trị duy trì sự sống (Physician Orders for Life-Sustaining Treatments- POLST).

- Ý nguyện trị liệu: là một hồ sơ cho phép một người qui định loại chăm sóc y tế kéo dài sự sống mong muốn nếu họ bị ốm nặng vô phương cứu chữa, bất tỉnh vĩnh viễn, hoặc ở trạng thái thực vật. Ý nguyện trị liệu phải có người làm chứng hoặc được công chứng.
- Giấy ủy quyền chăm sóc y tế lâu dài là một hồ sơ được kí, ghi ngày tháng, và có người làm chứng để chỉ định một người khác thực hiện những quyết định y tế cho một người không còn khả năng. Khác với ý nguyện trị liệu, giấy ủy quyền chăm sóc y tế lâu dài không giới hạn ở điều trị cuối đời, mặc dù nó có thể được sử dụng kết hợp với ý nguyện trị liệu.
- Yêu cầu không hồi sức: là một loại quyết định trước để ngăn chặn yêu cầu rằng tất cả các bệnh viện hoặc nhân viên chăm sóc y tế phải hồi sức tim-phổi, thiết lập đường thở nhân tạo, cho thuốc hồi sinh, và khử rung tim.
- POLST là một phương pháp để lập kế hoạch cuối đời cho những bệnh nhân bị bệnh nặng mạn tính hoặc dễ bị tổn thương ở gần cuối cuộc đời. POLST dựa vào trao đổi giữa các bệnh nhân, những người thân, và các chuyên gia chăm sóc y tế nhằm để đảm bảo rằng các bệnh nhân này có thể chọn những điều trị họ muốn hoặc không muốn và các ước muốn của họ được lập hồ sơ và được tôn trọng. POLST sử dụng một dạng bản sao cứng tiêu chuẩn để dễ dàng nhận biết được bởi nhân viên cấp cứu y tế. Trên 40 tiểu bang của Hoa kì có dữ liệu vi tính để cho phép các chuyên gia chăm sóc y tế tiếp cận các y lệnh POLST qua mạng.