

---

## Editorials

---

# Withdrawal of treatment in the Intensive Care Unit

Charles J. Wright MB MSC FRCSC

---

**W**E live in a death-denying culture in North America at the end of the 20th century, where most people are sent to hospitals in their terminal illness, where cardiopulmonary resuscitation (CPR) is attempted on all hospitalized patients who do not have a specific written order to withhold it, and where quantity of life tends to hold sway over any considerations of quality. The intensive care unit setting presents many pressing examples of the difficult decisions that have to be made by physicians in managing patients at the end of life, including issues of consent, whether patients or family can demand inappropriate treatment, the indications for CPR, the ethical and legal implications of adequate pain control, and the practical aspects of withdrawing life support.

Dr. Eschun and his colleagues address these issues thoroughly in this edition of the Journal and they go beyond framing them as questions, which is common, to boldly presenting some answers, which is rare. There is no doubt that we have tended to avoid coming to a professional consensus on these important questions in the past, whether due to differences in values, public controversy, doubt about the ethics involved, or fear of current Canadian law.

One of the most important points made is that any mentally competent person has the right to refuse or accept medical care but cannot demand *inappropriate* care. The recent relevant cases in Manitoba are well discussed and the conclusion is clear. An ethical physician does not follow a course of action against his or her considered professional judgement, no matter how stridently a patient or family demands it. I think that most physicians currently would not accede to a family's request for inappropriate therapy to be applied to an incompetent patient but, on the other hand, some have difficulty accepting that a fully competent patient has no such right either.

The current Canadian law in relation to the double-effect principle is also clearly discussed and, again, there is a bold (and in my view correct) recommendation that it should be applied in the management of pain in terminal illness. While the question of intent is very important in Canadian homicide law, motive is unimportant, witness the recent Nancy Morrison affair in Halifax. Everyone knew from the outset that the injection given there relieved the desperate suffering of a terminal patient, but the physician was led out of the hospital in handcuffs on a charge of first degree murder because the public prosecutor decided that it was given with the *intent* of killing the patient rather than just relieving suffering. A first degree murder charge (which carries on conviction a mandatory 25 year sentence without parole) requires only that two conditions are met, namely that the accused intended to kill and committed the act. Under the current criminal code, injection of whatever dose of narcotic that maybe required to relieve suffering is legal, whereas concentrated potassium chloride clearly is not. There is a growing consensus that the law should be changed to permit the courts at least to have some discretion in sentencing people convicted of first degree murder based on considerations of motive even if we are unable as a society to legalize any form of euthanasia. The words of one of the best known universal prayers come to mind in this context: "may the great spirit grant me the courage to change that which can be changed, the patience to endure that which cannot, and the wisdom to know the difference". My impression is that current Canadian wisdom requires us to endure the current law on voluntary euthanasia, but what about the issue of assisted suicide? In the context of mentally competent adults expressing their own wishes clearly in carefully defined circumstances it is long past time for a change in the law. I always wonder if those people (fortunately a minority

---

*Address correspondence to:* Dr. Charles J. Wright, Director, Centre for Clinical Epidemiology & Evaluation, Vancouver Hospital & Health Sciences Centre, Research Pavilion, 828 W10th Ave, Vancouver, B.C. V5Z M8, Phone: (604) 875-5395; Fax: (604) 875-5179; Email: cwright@vanhosp.bc.ca

according to public polls) who oppose assisted suicide in all circumstances have ever had to sit through a prolonged and painful death with a loved one who is pleading for release.

Before criticizing the law makers too heavily, however, we must put our own house in order. As a profession, we have not devoted the educational time and energy that end of life issues should demand and we have certainly been complicit in the medicalization of death. "Cardiac arrest" sounds like a medical condition requiring therapy. This is true for acute cardiac events with arrhythmia in otherwise healthy patients but in most other circumstances the results of intervention are at best useless and at worst may produce dreadful results. It is truly bizarre that we have come to the point of applying CPR in all patients dying in hospital unless an order to the contrary is written. There is extensive evidence in the literature on the futility of applying CPR to patients who have an unwitnessed cardiac arrest or who are at the end of a chronic irremediable disease process, yet current practice continues to demand a "do not resuscitate" order or else CPR is applied. It is also not unusual to see resuscitation attempts continue for more than 20 minutes or when the heart is found to be in asystole in defiance of both evidence and experience. One of the most repugnant results of the current approach to "cardiac arrest" is the use of the "slow code" where nurses and physicians realize that CPR is inappropriate but yet they feel obliged to make half-hearted attempts. This is as useless for the patient as it is offensive to the caregiver. Hospitals should review their policies or guidelines on the indications for CPR to recognise this reality and to support physicians and nurses to make more appropriate decisions.

We need better opportunities for the education of physicians in quality care in general and pain management in particular at the end of life. The double effect principle permits us, fortunately, to ease the dying process for people using the appropriate range of powerful narcotics and sedatives in whatever dosage is required to be titrated to the patient's needs. It is indeed unfortunate that the permissible range of agents does not currently include heroin in North America. Those of us who have practiced on both sides of the Atlantic have witnessed the vastly superior effect of heroin in managing pain associated with terminal illness and we should campaign relentlessly for its legalization for medical purpose in the best interest of our patients. However, that is unlikely to occur in the near future. Lack of physician education in palliative and terminal care leads to the tragic situation where some physicians are reluctant to offer fully ade-

quate pain control either because of fear of causing addiction (which is irrelevant in the palliative care context) or fear of legal repercussions (for which there is no justification based on current law or experience when appropriate drugs are used appropriately.)

Dr. Eschun and his colleagues have also made clear recommendations on a process to be followed if and when the decision is made to discontinue life support. Many of these will be contentious among anesthesiologists and intensivists in general but it would be very helpful for the relevant professional groups to attempt to arrive at a consensus on issues such as intubation, reversal of muscle relaxation, cessation of antibiotic therapy, withdrawal of fluids, and the range of drugs and dosage to be used. The overriding message must be that only when death has finally occurred can we say that there is "nothing else we can do" for the patient. There is indeed much we can do to have a major positive impact on the patient's quality of life during that terminal phase.

---

## Suppression du traitement à l'unité des soins intensifs

---

Nous vivons une culture du refus de la mort en Amérique du Nord à la fin du 20<sup>e</sup> siècle, où la plupart des gens sont transportés à l'hôpital lorsque leur maladie atteint sa phase terminale, où la réanimation cardio-respiratoire (RCR) est tentée sur tous les patients hospitalisés qui n'ont pas spécifié leur refus par écrit et où la quantité de vies tend à dominer toute considération de qualité. Le cadre de l'unité des soins intensifs présente des exemples évidents de décisions difficiles qui doivent être prises rapidement par les médecins qui traitent des mourants, ce qui comprend des questions de consentement, des situations où les patients ou leur famille peuvent demander un traitement inapproprié, les indications pour la RCR, les implications éthiques et légales du soulagement adéquat de la douleur et les aspects pratiques du retrait du maintien artificiel des fonctions vitales.

Le docteur Eschun et ses collègues abordent minutieusement ces problèmes dans la présente édition du Journal et ils font plus que les formuler comme des questions, ce qui serait habituel, ils ont l'audace de proposer des réponses, ce qui est plus rare. Il est évi-

dent que nous avons tenté d'éviter d'en arriver à un consensus professionnel sur ces importantes questions dans le passé, que ce soit à cause de valeurs différentes, de la controverse publique, du doute au sujet des aspects éthiques concernés ou de la crainte de la loi canadienne actuelle.

Une des remarques les plus importantes veut que toute personne intellectuellement compétente ait le droit de refuser ou d'accepter des soins médicaux, mais ne puisse pas demander des soins *inappropriés*. Les cas récents et pertinents rapportés au Manitoba sont bien présentés et la conclusion est claire. Un médecin fidèle au code déontologique de sa profession ne suit pas un plan d'action allant à l'encontre de son jugement professionnel, peu importe l'insistance d'un patient ou de sa famille à demander un traitement. Je pense que la plupart des médecins n'accéderaient pas actuellement à la demande d'une famille pour qu'une thérapie inappropriée soit appliquée à un patient incompetent mais, par contre, certains ont de la difficulté à accepter qu'un patient tout à fait compétent n'ait pas ce droit non plus.

La loi canadienne actuelle en relation avec le principe du double effet est aussi clairement examinée et, encore une fois, il y a une recommandation audacieuse (correcte selon moi) qui devrait être appliquée dans la gestion de la douleur pour les maladies en phase terminale. Alors que la question de l'intention est très importante dans la loi criminelle canadienne, le motif n'est pas important, comme le démontre le cas récent de Nancy Morrison à Halifax. Tous savaient dès le début que l'injection donnée avait soulagé les souffrances désespérées d'un patient en phase terminale, mais on a fait sortir le médecin de l'hôpital, menottes aux poignets, et accusée de meurtre avec préméditation parce que le procureur a décidé que l'injection avait été administrée avec *l'intention* de tuer le patient plutôt que de soulager seulement ses souffrances. Une accusation de meurtre avec préméditation (dont la culpabilité entraîne une sentence de 25 ans de prison obligatoire sans possibilité de libération conditionnelle) implique seulement deux conditions, à savoir, que l'accusé avait l'intention de tuer et qu'il a commis le meurtre. Selon le code criminel actuel, l'injection d'une dose quelconque de narcotique qui pourrait être nécessaire pour soulager les souffrances est légale, alors que le chlorure de potassium concentré ne l'est pas de toute évidence. De plus en plus de gens pensent que la loi devrait être changée pour permettre aux tribunaux d'avoir au moins une certaine liberté de rendre des sentences, dans les cas de meurtre avec préméditation, basées sur des considérations de motif même si nous ne pouvons pas, comme société, légaliser quelque forme d'euthanasie que ce soit. Les mots d'une

des prières universelles les plus connues viennent à l'esprit dans ce contexte : « que le Tout-Puissant me donne le courage de changer ce qui peut être changé, la patience de supporter ce qui ne peut être changé et la sagesse d'en apprendre la différence. » Mon impression est que la sagesse canadienne actuelle nous demande de tolérer la loi en vigueur sur l'euthanasie, mais qu'arrive-t-il du problème du suicide assisté? Dans les situations où des adultes mentalement compétents expriment clairement leurs propres volontés, et dans des circonstances soigneusement définies, il est temps, depuis longtemps, de changer la loi. Je me demande toujours si ces personnes (heureusement une minorité selon les sondages publics) opposées au suicide assisté en toutes circonstances ont déjà eu à assister à une mort prolongée et douloureuse avec un proche qui suppliait qu'on le libère.

Avant de critiquer les législateurs trop sévèrement, nous devons mettre de l'ordre dans notre propre maison. Comme profession, nous n'avons pas consacré le temps de formation et l'énergie que les problèmes de la fin de la vie nécessitent et nous avons certainement été complices de la médicalisation de la mort. « Arrêt cardiaque », cela rappelle une condition médicale nécessitant une thérapie. Cela s'applique aux incidents cardiaques d'apparition brutale avec arythmie chez des patients autrement en bonne santé, mais pour tous les autres cas les résultats d'une intervention sont au mieux inutiles et au pire désastreux. Il est vraiment étrange que nous en soyons arrivés à appliquer la RCR à tous les mourants à l'hôpital à moins qu'un ordre de faire le contraire ne soit écrit. La littérature prouve largement la futilité d'appliquer la RCR aux patients qui ont un arrêt cardiaque sans témoin ou qui sont à la fin du processus irrémédiable d'une maladie chronique, mais dans la pratique courante on continue d'exiger un avis de « ne pas réanimer », sinon la RCR est appliquée. Ce n'est pas inhabituel de voir des tentatives de réanimation se poursuivre pendant plus de 20 minutes, ou même quand le coeur est en asystole, ce qui défie à la fois la preuve et l'expérience. L'un des résultats les plus répugnants de la démarche actuelle par rapport à « l'arrêt cardiaque » est l'utilisation de la « réanimation à contrecoeur » où les infirmières et les médecins se rendent compte que la RCR est inappropriée, mais qu'ils se sentent tout de même obligés de faire des tentatives sans conviction. Cela est aussi inutile pour le patient qu'offensant pour le personnel soignant. Les hôpitaux devraient revoir leur politique ou leurs directives concernant les indications de la RCR pour reconnaître cette réalité et pour encourager les médecins et les infirmières à prendre des décisions plus appropriées.

Nous avons besoin de meilleures occasions de formation des médecins sur la qualité des soins en général et sur la gestion de la douleur en particulier à la fin de la vie. Le principe du double effet nous permet, heureusement, d'aider à passer l'étape de la mort en utilisant la catégorie appropriée de narcotiques et de sédatifs puissants selon quelque dosage qu'il soit nécessaire de faire en fonction des besoins du patient. Il est évidemment malheureux que parmi les médicaments permis en Amérique du Nord, on ne retrouve pas présentement l'héroïne. Ceux parmi nous qui ont pratiqué des deux côtés de l'Atlantique ont été témoins de l'effet supérieur de l'héroïne dans la gestion de la douleur associée aux maladies en phase terminale et nous devrions faire campagne avec opiniâtreté en faveur de sa légalisation pour des motifs médicaux et dans le meilleur intérêt de nos patients. Toutefois, il semble peu probable que cela se produise bientôt. Le manque d'informations aux médecins sur les soins palliatifs et terminaux amène à la situation tragique où certains médecins sont peu disposés à offrir un soulagement de la douleur parfaitement adéquat, soit par peur de causer la dépendance (ce qui n'a rien à voir dans le contexte des soins palliatifs), soit par peur des répercussions légales (pour laquelle il n'y a pas de justification sur la base de la loi ou de l'expérience actuelle lorsque les médicaments appropriés sont bien utilisés).

Le docteur Eschun et ses collègues ont aussi fait des recommandations claires quant à un protocole qui devrait être suivi si et quand la décision est prise de supprimer l'assistance vitale. Nombre de ces recommandations seront litigieuses parmi les anesthésiologistes et les médecins intensivistes en général, mais il serait très utile que les groupes professionnels concernés tentent d'arriver à un consensus sur des problèmes comme l'intubation, la décurarisation, l'arrêt de la thérapie antibiotique, le retrait des liquides et la gamme de médicaments et de dosages à utiliser. Le message primordial doit être que c'est seulement quand la mort est finalement survenue que nous pouvons dire qu'il n'y a «plus rien à faire» pour le patient. À l'évidence, nous pouvons faire beaucoup de choses pour avoir une influence majeure sur la qualité de vie du patient durant cette phase terminale.