



JOINT STATEMENT ON RESUSCITATIVE INTERVENTIONS

This joint statement includes: guiding principles for health care facilities when developing cardiopulmonary-resuscitation (CPR) policy; CPR as a treatment option; competence; the treatment decision, its communication, implementation and review; and palliative care and other treatment. This joint statement was approved by the Canadian Hospital Association, the CMA and the Catholic Health Association of Canada and was developed in cooperation with the Canadian Bar Association.¹

This joint statement is intended to provide guidance for the development of policies regarding the appropriate use of cardiopulmonary resuscitation (CPR).² This joint statement was approved by the Canadian Hospital Association, the CMA and the Catholic Health Association of Canada and was developed in cooperation with the Canadian Bar Association. The cosponsors of this statement encourage health care facilities to develop policies for their institutions.

CPR was developed as a treatment intervention for cases of sudden unexpected cardiac or respiratory arrest.³ However, it has come to be used as a standard intervention in virtually all cases of sudden cardiac or respiratory arrest, whether unexpected or not, unless a specific order to the contrary (do not resuscitate [DNR]) has been stipulated on the patient's health record. It is clear now, after several decades of experience and review, that there are people who benefit from this treatment and others for whom there is no benefit and, potentially, significant harm. In the latter situations, CPR is not only generally unsuccessful but also inappropriate, as it may serve only to increase discomfort and prolong dying. It is timely to reassess the use of CPR, to suggest when it is or is not indicated and to develop mechanisms to ensure that CPR is initiated only when appropriate.

Policy development

General

Health care facilities are encouraged to make use of an interdisciplinary committee with access to legal and ethical consultation to develop a policy, a program for its implementation and a conflict-resolution mechanism.

The policy should identify which resuscitative interventions are available in the facility; with the conflict-resolution mechanism, it should ensure sensitivity to cultural and religious differences. The implementation program should include education of all those who will be affected by the policy, including caregivers. The policy must be in accordance with relevant federal and provincial or territorial law. It should be re-

viewed regularly and revised when necessary in light of the clinical, ethical and legal developments on the topic.

Since policies and guidelines cannot cover all possible situations, appropriate consultation mechanisms should be available to address specific issues in a timely manner.

Guiding principles

The following principles are integral to the development of CPR policy:

1. Good health care requires open communication, discussion and sensitivity to cultural and religious differences among caregivers, potential recipients of care, their family members and significant others.
2. A person must be given sufficient information about the benefits, risks and likely outcomes of all treatment options to enable him or her to make informed decisions.
3. A competent person⁴ has the right to refuse, or withdraw consent to, any clinically indicated treatment, including life-saving or life-sustaining treatment.
4. When a person is incompetent, treatment decisions must be based on his or her wishes, if these are known.⁵
5. When an incompetent person's wishes are not known, treatment decisions must be based on the person's best interests, taking into account:
 - (a) the person's known values and preferences,
 - (b) information received from those who are significant in the person's life and who could help in determining his or her best interests,⁶
 - (c) aspects of the person's culture and religion that would influence a treatment decision, and
 - (d) the person's diagnosis and prognosis.
6. There is no obligation to offer a person futile or nonbeneficial treatment.⁷

CPR as a treatment option

The efficacy of CPR in restoring cardiac and respiratory functioning varies from nil to very high, depending on a num-

ber of factors. On the basis of research studies of such outcomes four general categories can be distinguished.

1. People who are likely to benefit from CPR.
2. People for whom benefit is uncertain.
3. People for whom benefit is unlikely.
4. People who almost certainly will not benefit.

These categories can be adapted to the particular circumstances of the care setting and are compatible with policies that establish levels of care or intervention.

Competence

Determination of competence is made by the attending physician in consultation with other caregivers. If the person for whom resuscitation is being considered is incompetent, decisions should be made on his or her behalf as indicated earlier (guiding principles 4 and 5). If the person's incompetence is uncertain or intermittent, efforts should be made to facilitate the regaining of competence.

Treatment decision

Decisions about resuscitative interventions should be considered before the need for intervention arises or a crisis occurs. The decision should be made within the context of discussions concerning the plan of treatment and on the basis of the person's medical condition and his or her wishes.

1. People who are likely to benefit from CPR: There is a good chance that CPR will restore cardiac and respiratory function and that the restored function will be maintained. The likelihood of the person's returning to his or her pre-arrest condition is high.
2. People for whom benefit is uncertain: The person's condition or prognosis or both may not have been assessed before the loss of cardiac and respiratory function. It is unknown or uncertain whether CPR will restore functioning. The subsequent prognosis or the likelihood of adverse consequences are also unknown or uncertain.
3. People for whom benefit is unlikely: There is little chance that CPR will restore cardiac and respiratory function; even if the function is restored, it is unlikely to be maintained. The likelihood of the patient's returning to his or her pre-arrest condition is low.
4. People who almost certainly will not benefit: There is almost certainly no chance that the person will benefit from CPR, either because the underlying illness or disease makes recovery from arrest virtually unprecedented or because the person will be permanently unable to experience any benefit.

Communication

1. Health care recipients
 - (a) People who are likely to benefit from CPR and people for whom benefit is uncertain will normally be made aware that emergency, life-saving measures will be instituted if the need arises. This information should be presented during discussion about the plan of treatment so as not to alarm the person.
 - (b) People for whom benefit from CPR is unlikely should be made fully aware of the limitations of CPR, and their life goals, values and preferences should be discussed before or shortly after admission to a health care facility, before the need for intervention arises.
 - (c) People who almost certainly will not benefit from CPR are not candidates for CPR, and it should not be presented as a treatment option. Whether this is discussed with the person is a matter of judgement based on the

circumstances of the case and the principles specified earlier.

2. Health care providers

Decisions concerning whether CPR is an appropriate treatment option should be clearly noted on the person's health record along with the outcome of any discussions with the person so that all health care providers involved in his or her care are aware of the decision.

3. Family members and significant others

A person should be encouraged to advise family members, significant others and potential proxy decision-makers of his or her decision about CPR.

Implementation of the decision

1. Situations in which CPR should be performed.

People likely to benefit from CPR should be given this treatment if the need arises, unless they have specifically rejected it.

People for whom the benefit of CPR is uncertain or unlikely should be given this treatment if the need arises, unless they have specifically rejected it. CPR should be initiated until the patient's condition has been assessed, following which an appropriate order can be made.

2. Situations in which CPR should not be performed.

People who have rejected CPR and those who almost certainly will not benefit from it should not be given this treatment if an arrest occurs.

Review of decisions

Appropriate intervals for review of decisions concerning CPR should be determined. The review should follow the same guidelines as the original decision regarding resuscitation.

In the following circumstances review of decisions should be undertaken immediately:

1. If a competent person (or proxy) changes his or her decision about resuscitation.
2. If there is a significant, unexpected change in a person's condition.

Palliative care and other treatments

A decision not to initiate CPR does not imply the withholding or withdrawing of any other treatment or intervention.

A person who does not receive CPR should receive all other appropriate treatments, including palliative care, for his or her physical, mental and spiritual comfort.

Notes

1. This joint statement replaces the 1984 Joint Statement on Terminal Illness and applies to all recipients, including children.
2. CPR is understood to include mouth-to-mouth resuscitation, chest compression, bag-and-mask positive-pressure ventilation, intubation and defibrillation.
3. Throughout this document "arrest" is taken to include severe bradycardia.
4. Competence can be difficult to assess because it is not always a constant state. A person may be competent to make decisions regarding some aspects of life but not others; as well, competence can be intermittent — a person may be lucid and oriented at certain times of the day and not at other times. The legal definition and assessment of competence are governed by the provinces or territories. Facilities should be aware of the laws (e.g., capacity to consent and age of consent) regarding the assessment and documentation of incompetence.

-
5. The person's decision may be found in an advance directive or may have been communicated to the physician, other members of the health care team or other relevant people. In some jurisdictions legislation specifically addresses the issue of decision making concerning medical treatment for incompetent people; the legislative requirements should be followed.
 6. In some jurisdictions legislation specifies who should be recognized as designated decision-makers (proxies) for incompetent people; this legislation should be followed. The term "proxy" is used broadly to identify those people who make a treatment decision based on the decision a person would have made for himself or herself (substitute decision-maker), people who help in determining what decision would be in the person's best interest and people whose appropriateness to make treatment decisions for the person is recognized under provincial legislation.
 7. Futile and nonbeneficial treatments are controversial concepts when

applied to CPR. Policy-makers should determine how these concepts should be interpreted in the policy on resuscitation, in light of the facility's mission, the values of the community it serves, and ethical and legal developments. For the purposes of this document and in the context of resuscitation, "futile" and "nonbeneficial" are understood as follows. In some cases a physician can determine that a treatment is "medically" futile or nonbeneficial because it offers no reasonable hope of recovery or improvement or because the person is permanently unable to experience any benefit. In other cases the utility and benefit of a treatment can only be determined with reference to the person's subjective judgement about his or her overall well-being. As a general rule a person should be involved in determining futility in his or her case. However, there may be circumstances in which such discussions are not in the person's best interests. If the person is incompetent the principles for decision making for incompetent people should be applied.



DÉCLARATION CONJOINTE SUR LA RÉANIMATION

Cette déclaration conjointe aborde les sujets suivants : les principes directeurs à l'intention des établissements de santé pour l'élaboration de politiques relatives à la réanimation cardio-respiratoire (RCR), la RCR comme intervention possible, l'aptitude, la décision relative au traitement, sa communication, sa mise en oeuvre et sa révision, les soins palliatifs et autres traitements. Cette déclaration a été approuvée par l'Association des hôpitaux du Canada, l'AMC et l'Association catholique canadienne de la santé, et a été rédigée avec la participation de l'Association du Barreau canadien¹.

Cette déclaration conjointe vise à guider les établissements de santé dans l'élaboration de politiques relatives à l'administration appropriée de la réanimation cardio-respiratoire (RCR)². Cette déclaration a été approuvée par l'Association des hôpitaux du Canada, l'AMC et l'Association catholique canadienne de la santé, et a été rédigée avec la participation de l'Association du Barreau canadien. Les co-auteurs de cette déclaration encouragent les établissements de santé à élaborer leur propre politique interne.

La RCR a été mise au point comme technique de traitement dans les cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire subit ou imprévu³. Or, elle constitue maintenant une intervention normale dans à peu près tous les cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire subit, imprévu ou non, sauf lorsque le dossier du patient contient un ordre précis à l'effet contraire (ne pas ranimer, ou NPR). Après plusieurs décennies d'expérience et d'examen, il est maintenant clair qu'une telle intervention est bénéfique dans certains cas, qu'elle peut ne présenter aucun avantage dans d'autres cas et qu'elle peut même parfois causer un préjudice important. Dans ces derniers cas, non seulement la RCR échoue-t-elle en général, mais elle n'est pas de mise non plus, car elle peut ne servir qu'à aggraver l'inconfort du patient et à prolonger l'agonie. Le moment est venu de réévaluer l'utilisation de la RCR, de préciser quand elle est indiquée ou non et de mettre au point des mécanismes qui permettront d'assurer que la RCR soit administrée uniquement quand il est indiqué d'y avoir recours.

Élaboration de politiques

Généralités

On encourage les établissements de santé à avoir recours à un comité interdisciplinaire qui aurait accès à des juristes ou des éthiciens-conseils. Le comité serait chargé d'élaborer une politique, de créer un programme de mise en oeuvre de celle-ci et de mettre en place un mécanisme de règlement des différends.

La politique devrait préciser les interventions de réanimation dont dispose l'établissement. La politique de même

que le mécanisme de règlement des différends devraient être sensibles aux particularités culturelles et religieuses. Le programme de mise en oeuvre devrait prévoir l'éducation de tous ceux qui seront affectés par la politique, y compris les soignants. La politique doit être conforme aux lois fédérales, provinciales et territoriales pertinentes. Il faudrait revoir la politique régulièrement et la réviser au besoin à la lumière de l'évolution éthique et juridique en la matière.

Comme les politiques et les lignes directrices ne peuvent prévoir toutes les possibilités, les établissements de santé devraient faciliter et promouvoir des mécanismes de consultation appropriés afin de réagir rapidement à certains problèmes en particulier.

Principes directeurs

Les principes directeurs suivants constituent un élément intégral de l'élaboration de politiques sur la RCR :

1. Des soins de santé de qualité nécessitent le respect des différences culturelles et religieuses, une communication ouverte et des discussions franches entre les soignants, les bénéficiaires éventuels des soins, les membres de leur famille et leurs êtres chers.
2. Pour pouvoir prendre des décisions éclairées, une personne doit avoir suffisamment de renseignements sur les avantages, les risques et les résultats probables de toutes les options de traitement.
3. Une personne apte⁴ a le droit de refuser tout traitement clinique indiqué ou de retirer son consentement à un traitement, y compris les interventions de sauvegarde ou de maintien de la vie.
4. Lorsqu'une personne est inapte, les décisions relatives aux traitements doivent s'appuyer sur les volontés qu'elle a exprimées, si elles sont connues⁵.
5. Lorsqu'on ne connaît pas les volontés d'une personne inapte, les décisions relatives aux traitements doivent être fondées sur ses meilleurs intérêts et tenir compte des aspects suivants :
 - (a) ses valeurs et ses préférences connues,
 - (b) les renseignements reçus de ses êtres chers, qui ai-

Soins palliatifs et autres traitements

La décision de ne pas chercher à ranimer une personne ne veut pas dire qu'il faut cesser ou éviter tout autre traitement ou intervention.

Une personne qui ne reçoit pas d'intervention de RCR doit recevoir tous les autres traitements appropriés, y compris les soins palliatifs, nécessaires à son confort physique, psychologique et spirituel.

Notes

1. La présente déclaration conjointe remplace la déclaration conjointe de 1984 sur les malades en phase terminale et s'applique à tous les bénéficiaires, y compris les enfants.
2. On entend par RCR le bouche à bouche, la compression thoracique, la ventilation par respirateur à pression positive intermittente au masque et au ballon, l'intubation et la défibrillation.
3. Dans le présent document, «arrêt» est réputé comprendre la bradycardie aiguë.
4. Il peut être difficile d'évaluer l'aptitude parce qu'il ne s'agit pas toujours d'un état fixe. Une personne peut être apte à prendre des décisions dans certains aspects de sa vie et non dans d'autres. Une personne peut aussi avoir des épisodes d'incapacité parce qu'elle est lucide et orientée à certains moments de la journée et non à d'autres. La définition et l'évaluation de l'aptitude selon la loi relèvent de la compétence des provinces et des territoires. Les établissements doivent connaître les lois (par ex., capacité de consentement et âge de consentement) relatives à l'évaluation et à la documentation de l'aptitude.
5. La décision de la personne peut se trouver dans une directive préalable ou avoir été communiquée au médecin, à d'autres membres de l'équipe de soins ou à d'autres personnes intéressées. Selon la province ou le territoire, des mesures législatives peuvent

porter spécifiquement sur la prise des décisions relatives aux traitements médicaux à accorder aux personnes incapables; il faut se conformer aux exigences de la loi.

6. Selon la province ou le territoire, des mesures législatives peuvent préciser qui doit être reconnu comme fondé de pouvoir (mandataire) désigné d'une personne incapable; il faut se conformer à ces mesures législatives. On utilise l'expression «mandataire» de façon générale pour désigner les personnes qui prennent une décision relative à un traitement en se basant sur la décision que la personne en cause aurait prise elle-même (décideur substitut), celles qui aident à déterminer les décisions qui sont dans le meilleur intérêt de la personne en cause et celles que les mesures législatives provinciales reconnaissent comme compétentes pour prendre des décisions relatives au traitement de la personne en cause.
7. La question des traitements futiles ou non bénéfiques suscite la controverse dans le cas de la RCR. Les décideurs devraient déterminer comment interpréter ces concepts dans la politique sur la réanimation, en fonction de la mission de l'établissement, des valeurs de la collectivité qu'il dessert et de l'évolution de l'éthique et de la loi. Aux fins du présent document et dans le contexte de la réanimation, les expressions «futiles» et «non bénéfiques» peuvent s'interpréter comme suit. Dans certains cas, un médecin peut établir qu'un traitement est «médicalement» futile ou non bénéfique parce qu'il n'offre à la personne aucun espoir raisonnable de guérison ou d'amélioration, ou parce que la personne ne pourra jamais en retirer quelque avantage. Dans d'autres cas, l'utilité et les avantages d'un traitement ne pourront être établis qu'en fonction du jugement subjectif de la personne relativement à son état général de bien-être. En règle générale, la personne doit participer à décider de la futilité d'un traitement qui la concerne. Il arrive parfois, cependant, que de telles discussions ne soient pas dans le meilleur intérêt de la personne. Si la personne est incapable, on suivra les principes de la prise de décision qui s'appliquent dans les cas d'incapacité.