

# Deaktivering av pacemaker hos terminalt syke pasienter

Å vurdere hvorvidt et ønske om å avslutte behandling med en implantert pacemaker skal etterkommes, kan være meget vanskelig.

Mange medlemmer av foreningen Retten til en verdig død har undertegnet dokumentet «Mitt livstestament», der de erklærer som sin bevisste og veloverveide vilje at det ikke skal settes inn «ekstraordinære midler» for å holde dem i live etter f.eks. en ulykke eller ved uhelbredelig sykdom. Som eksempel på «ekstraordinære midler» nevnes kunstig opprettholdelse av sirkulasjon og åndedrettsfunksjon, kunstig nyre og store kirurgiske inngrep. Foreningen har nylig reist spørsmålet om også en pacemaker bør oppfattes som et «ekstraordinært middel» i denne sammenheng.

## «Ingen lege kan pålegges å utføre en handling som strider mot vedkommendes overbevisning.»

Saken har bakgrunn i en sak der en terminalt kreftsyk pasient som før han falt i koma, ba om at all behandling skulle opphøre. Familien mente senere at mannen ble holdt kunstig i live av en aktiv pacemaker, og ba om at den skulle bli slått av. Dette av slo sykehuset. Saken ble brakt inn for det lokale helsetilsyn og senere Helse- og omsorgsdepartementet, som ga sykehuset medhold. Begrunnelsen var at det å operere inn en pacemaker i juridisk forstand anses for å være en avsluttet behandling, og at det å deaktivere den må oppfattes som aktiv dødshjelp.

### Implantert pacemaker

Antallet pasienter med implantert pacemaker er økende. En del pasienter får også implantert en defibrillator (Implantable Cardioverter Defibrillator, ICD). En stor andel av pasienter som har slikt utstyr, er gamle og har ofte flere samtidige sykdommer. Det er ytterst sjelden at en lege blir bedt om å deaktivere en pacemaker hos en terminalt syk pasient, men dette kan endre seg i tiden som kommer. Selve deaktivering krever i dag ikke noe operativt inngrep, den kan skje ved hjelp av trådløs teknologi og er smertefri.

Mange etiske dilemmaer som oppstår i forbindelse med spørsmålet om å deaktivere en pacemaker eller en defibrillator, har sammenheng med hvordan slik behandling skal vurderes. På den ene side kan behandlingen sammenliknes med behandling med annet elektronisk eller mekanisk utstyr, som

f.eks. dialysemaskin eller respirator, eller med behandling med rytmeregulerende medikamenter. Avslutning av pacemakerbehandling kan etter dette synet sammenliknes med å avslutte dialysebehandling eller medikamentell behandling.

På den annen side kan implantering av en pacemaker eller defibrillator sammenliknes med en transplantasjon av et organ. Ikke fordi en pacemaker eller defibrillator erstatter et organ, men fordi utstyret blir en integrert del av pasientens kropp, på samme måte som en transplantert nyre, en innoperert hofteprotese eller en hjerteklaff. Et ønske om

å avslutte en pacemakerbehandling kan etter dette synet sammenliknes med et ønske om å få fjernet en transplantert nyre.

Pasienter og pårørende kan ofte tro at pacemakere forlenger dødsprosessen og lidelsen hos en terminalt syk pasient. Men det er vanligvis ikke riktig at pacemakere holder slike pasienter i live. Døden kommer oftest som følge av multiorgansvikt, sepsis, lungeemboli eller andre tilstander forbundet med endestadiet av kreft eller annen sykdom. Vanligvis er hjertemuskulaturen på dette stadium så syk at den ikke reagerer på pacemakerimpulsene.

Som regel vil det derfor være slik at det å avslutte en pacemakerbehandling ikke fører til en rask og smertefri død, og heller ikke påvirker dødsprosessen, fordi få pasienter er 100 % avhengig av pacemakere. Men hos noen pasienter kan deaktivering av pacemakere føre til bradykardi og økende hjertesvikt med symptomer, som tiltakende tungpustethet, kvelningsfølelse eller ekstrem tretthet, og på den måten føre til en mer plagsom dødsprosess.

### Aktiv dødshjelp?

Avslutning av pacemakerbehandling berører grenseoppgangen overfor aktiv dødshjelp og assistert selvmord. En diskusjon om dette vil være omfattende. Aktiv dødshjelp og assistert selvmord er i strid med Etiske regler for leger, men det kan tenkes situasjoner hos terminalt syke pasienter der deaktivering av pacemaker er etisk akseptabelt og ikke er

å anse som aktiv dødshjelp eller assistert selvmord. Å vurdere om et ønske om å avslutte behandling med pacemaker skal etterkommes, kan være meget vanskelig. I vurderingen må pasientens autonomi respekteres, og vedkommendes veloverveide ønske tillegges vekt. Legen må kartlegge pasientens motiv for et slikt ønske og forsikre seg om at pasienten fullt ut forstår de sannsynlige konsekvensene av en deaktivering. Det må også legges en plan for videre omsorg og palliativ behandling etter en eventuell deaktivering.

En implanterbar defibrillator er konstruert for å konvertere en potensielt livstruende rytmeforstyrrelse. En deaktivering vil som regel føre til at pasienten dør neste gang en rytmeforstyrrelse oppstår. En aktiv, fungerende defibrillator vil derfor kunne frata en terminalt syk pasient muligheten for en rask, skånsom og «naturlig» død. En defibrillator kan noen ganger, når døden er nær, gi såkalte unødvendige utladninger. Disse kan, i motsetning til impulsene fra en pacemaker, oppleves av pasienten som smertefulle og emosjonelt meget belastende. Terskelen for å etterkomme en anmodning om å deaktivere en implantert defibrillator bør derfor være lavere enn for å deaktivere en pacemaker. Hvis pasienten er så syk at det besluttes at hjerte-lunge-redning ikke skal startes dersom pasienten får hjertestans, kan det være riktig å deaktivere en implantert defibrillator.

Dersom en lege skal vurdere et ønske om å avslutte pacemakerbehandling, bør man rådføre seg med kolleger og eventuelt sykehusets kliniske etikkkomité. Ingen lege kan pålegges å utføre en handling som strider mot vedkommendes overbevisning. Det kan oppstå situasjoner der legen ikke er i stand til å etterkomme pasientens veloverveide ønske, fordi det står i motsetning til legens verdissyn og oppfatning av hva som er den beste behandling. Da må legen informere pasienten og pårørende om dette og sørge for at ansvaret for pasienten eventuelt overføres til en annen lege.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Ragnar Hotvedt

ragnar.hotvedt@ism.uit.no  
Rådet for legeetikk  
Den norske legeforening  
Postboks 1152 Sentrum  
0107 Oslo

Manuskriptet ble mottatt 27.2. 2008 og godkjent 4.6. 2008. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.