

ASBESTDÖDEN – EN PERSONLIG BERÄTTELSE OM ARBETSSKADAN SOM GLÖMDES BORT

av Tanja Kinnari och Paula Liukkonen

Innehåll

Varför skriver vi om asbestcancer och döden i lungcancer mesoteliom?

Canceråret 2018

Sjukt vardagsliv

Jobbet i äldreomsorgen och en döende far

Sjukvårdsåret 2019

Bristen på skyddsmaterial

Döden 2020

Och sen lämnade han oss och gick bort

Tankar om människolivets värde och rätten till hemspråket under sjukvården

Bilaga 1. Inledning från *Asbestdöden – sveket mot arbetarna* (2019).

Varför skriver vi om asbestcancer och döden i lungcancer mesoteliom?

Vi, dottern Tanja och jag, skriver för att asbest fortfarande dödar. Totala antalet män och kvinnor döda i mesoteliom, asbestcancer, år 2020 var 156 personer¹. Min man och vår dotters far dog i mesoteliom den 6 maj 2020. Han var 79 år och hade fått sin första dos asbest redan 1968 i rivningen av husen som gav plats för nybygget av T-centralen i Stockholm. Socialstyrelsens cancerstatistik visar att antalet lungsjukdomar orsakade av asbest ökar bland den äldre befolkningen. De döda i asbestcancer är pensionerade byggnads-, industri- och varvsarbetare, som exponerades för asbest på 1960- och 1970-talet. Deras lungsjukdomar har tagit 30, 40, ibland till och med 50 år att växa och orsaka en obotlig lungcancer. Totalt har 3167 personer dött i mesoteliom (C45) 1997–2020 enligt dödsorsaksstatistiken från Socialstyrelsen.

Vi skriver för alla de svenska arbetare som har dött i asbestcancer, men också för de arbetare som är osynliga i svensk arbetsskade- och dödsorsaksstatistik. Utöver kända och väldokumenterade asbestskandaler finns ett stort antal arbetsskadade och döda byggnadsarbetare som är totalt osynliga i statistiken. De är invandrare från nordiska och andra europeiska länder, allt från bygg- och rivningsarbetare till montörer, elektriker, rörmokare, isolerare, mattläggare, byggstäderskor och sömerskor som skadades av asbest. Det finns ett stort mörkertal båda i den svenska dödsorsaksstatistiken och i arbetsskadestatistiken om det verkliga antalet asbestskadade och döda arbetare. Vem tar ansvar för att inte dagens inlånade byggnads- och saneringsarbetare tvingas gå samma öde till mötes som de som asbestskadades under 1960-, 1970- och 1980-talen?

Vi skriver för att förstå sveket de asbestskadade utsattes för när de tvingades kämpa för sina rättigheter att först få lungsjukdomen godkänd som en arbetskada, få förtidspension med eller utan rehabilitering och sedan få sjukdomen ersatt som en godkänd asbestkada. Många invandrare saknade ett språk för att kunna föra sin talan och deras sjukdomars verkliga orsaker fastställdes sällan. Den rätta sjukdomsdiagnosen kom ofta för sent när de asbestskadade redan var döende.

I första boken *Asbestdöden – sveket mot arbetarna* (2019) var det frågan om samhällets och arbetsmiljöansvariga arbetsgivarers roll. Samhällsansvaret omfattar allt från sättet att med lagar och föreskrifter ta arbetsgivaransvaret: organisera, styra och

¹ Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksstatistik 2022.

bemanna det lokala arbetsmiljöarbetet och tillhandahålla företagshälsovård. Allt för att aktivera skyddsombuden och arbetsmiljöansvariga arbetsledare som är närmast arbetet och har möjlighet att uppmärksamma och skydda för arbetsmiljöriskerna. Syftet för det lokala arbetsmiljöarbetet är att minska arbetssjukdomar och av dem orsakade dödsfall. Arbetsgivarens ansvar och försäkringsbolagens ersättning vid asbestcancerdöd fastställs i partsammansatta förhandlingar mellan fackets och arbetsgivarorganisationens representanter. En kort sammanfattning av den senaste överenskommelsens ersättningsregler och nivåer från 2021 presenteras på sidan 53.

I den här andra boken dokumenterar vi döden i asbestcanceren mesoteliom. Jag skriver med dottern Tanja Kinnari om hennes far (A som vi kallar honom i texten) och den dödliga arbetssjukdomen. A:s asbestcancerdiagnos fastställdes våren 2018 och från det datumet börjar bokens beskrivning av sjukvården och de resurser som används i kampen mot den ofrånkomliga döden i asbestcanceren. Att försöka dokumentera en nära och kär persons död är tungt. Men det är viktigt – inte bara för den egna sinnesron utan också för att förstå varför det inte görs mer för att skydda och informera arbetarna om en sjukdom som alltid dödar.

Jonas Brun skrev om sin mors demens i boken *Hon minns inte* (2021):

Det finns något enkelt i det professionella, något svalt och behagligt, det är så tydligt vad jag förväntas att kunna och göra. Privat kan aldrig sjukdomen bli sval och tydlig, i relation till mamma vet jag sällan vad jag bör göra, vad som förväntas, allt är improvisation. Ibland känner jag mig som en spion på mottagningen, en författar- och anhörigspion som försöker begripa något om demens som jag inte visste förut.

Varken dottern Tanja eller jag är spioner som tjänar en främmande uppdragsgivare. Vi är våra egna uppdragsgivare utan extern beställare eller finansiär av vårt arbete. Vi skriver om min man och dotterns far i en svensk bok som kommer att vara öppen och tillgänglig för alla på vår webbplats. En översättning till finska och estniska kommer också att vara tillgänglig för alla som finner ämnet viktigt, i synnerhet de finländska och estniska byggnadsarbetare och andra yrkesgrupper som har arbetat med asbest i Sverige. Vår bok börjar med faktaredovisningarna från sjukvården och avslutas med uppsummering av våra privata personliga upplevelser av händelserna kring A:s vård. För oss är det viktigt; det handlar bl.a. om språkets betydelse i möten med sjukvårdspersonal. Men vi tar också upp fackets, arbetsgivares och politikerns sätt att bära sitt ansvar att försäkra arbetare i riskyrken vid

dödliga arbetssjukdomar och effektiviteten i hanteringen av dödsförsäkringar, livräntor och andra dödsfallsersättningar.

För att återge alla fakta sakligt och objektivt och för att undvika egna värderingar har vi använt som källmaterial enbart sjukvårdsjournaler från det att lungcancer upptäcktes till A:s död i maj 2020. Sjukvårdsjournalerna har citerats ordagrant utan att texterna har förkortats, korrigerats eller på annat sätt bearbetats. Från hemsjukvården finns inga journaler utan de ersätts av dotterns och mina berättelser om den vård A fick hemma med stöd och hjälp av ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet). Sjukvårdspersonalens namn har utelämnats och endast initialerna kvarstår i texten.

Dottern Tanja är specialutbildad undersköterska i demensvården och har 30 års erfarenhet av palliativ sjukvård. Hennes berättelse om sin fars hemsjukvård kompletterar min beskrivning av A:s sista veckor hemma. Ibland sker oväntade händelser under hemsjukvården eller på sjukhuset, somliga till och med livsfarliga, och deras orsaker kan enligt min erfarenhet förstås först när man har upplevt en sådan själv. Jag delar min erfarenhet av upplevelsena som A och jag mötte. A hemma några dagar före sin död och jag på sjukhuset efter en njurstensoperation i början av år 2022.

Tankar om strukturbygget för ”Den goda arbetsmiljön” och ”Företagshälsovård för alla” redovisas i min första bok *Asbestöden* (2019). I boken redovisas dödsorsaksstatistiken till och med år 2018. Statistiken har nu uppdaterats och innehåller dödsfallen år 2020. Av inledningstexten från den första boken framgår tidsandan och inställningen till asbesten som kom att döda tusentals arbetare i Sverige under kommande årtionden.

Ordlista

De medicinska vårdbegreppens innehåll och betydelse i sjukjournalerna kan vara svåra att förstå. Därför finns det i början av boken en ordlista i vilken ordens innehåll förklaras eller översätts till svenska.

Om malignt mesoteliom

Överläkaren Carl Blomberg från lungenheten på Gävle sjukhus redogör för lungcancer mesoteliom och dess nu aktuella vårdformer. En intressant inblick i forskningen om mesoteliom presenteras. För oss anhöriga väcker artikeln frågan om samhällets företrädare och läkemedelsbolagens forskningsansvariga anser att antalet döda i mesoteliom är för lågt för att motivera till större forskningssatsningar

om botemedlet mot sjukdomen, dess orsaker och förlopp? Är då slutsatsen att palliativ sjukvård får räcka för mesoteliompatienter? Enligt Nationella rådet för palliativ vård är det då frågan om att varken påskynda eller fördröja döden.²

Asbestcancerdödens kalkyl

Som ekonom och arbetsmiljöforskare förväntas att jag visar kostnaderna för asbestcancer mesoteliom med ett kalkylexempel. Vad är asbestcancerdödens prislapp för samhället, företaget och individen/familjen? I den här fallstudien redogör jag för sjukvårdens tidsanvändning och vårdkostnader för en död i asbestcancer mesoteliom. Siffrorna från statistiken finns, kostnaderna är redovisningsklara liksom livshistorierna för de döda som dött i asbestcancer. Men jag räknar inte. I slutkapitlet återkommer jag till skälen till det.

Tanja Kinnari och Paula Liukkonen
I Stockholm 6.5.2022

² Ett av den palliativa vårdens huvudsakliga mål är att lindra smärta och andra symtom. Men den palliativa vården ska inte bara lindra den fysiska smärtan utan även erbjuda psykologiskt, socialt och andligt/existentiellt stöd för patient och närstående. Den palliativa vården ser döendet som en normal process, den varken påskyndar eller fördröjer döden. Den stödjer människor att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut. Källa: Nationella rådet för palliativ vård, www.nrpv.se *Vad är palliativ vård*, hämtad 2022-04-16.

Ordlista

Förklaring av medicinska vårdbegrepp, ord och förkortningar som förekommer i texten.

A

ASIH. Avancerad sjukvård i hemmet.

Afebril och god saturation. Feberfri och god syremättnad i blodet.

Anamnes. En redogörelse patienten gör till vårdgivaren om sin sjukdom, skada eller hälsa.

Apikalt. Betyder att något växer från toppen.

B

Benign. En benign tumör är en godartad tumör som inte sprider sig. En benign tumör kan likväl orsaka skada genom att den kan trycka in i omkringliggande vävnader och organ (motsats malign tumör). Maligna tumörer är cancer medan benigna tumörer inte är det.

C

Cytologi fynd

Cytostatika och cytotostatikabehandling. Läkemedel som används vid behandling av cancer.

CT. Datortomografi, röntgenologisk metod att med skiktbilder visa tredimensionella anatomiska strukturer i kroppen.

CT-thorax. Lungdatortomografi.

D

DV. Dagvård.

Dyspné. Andnöd.

DT. Datortomografi.

E

Elektronisk kardiell anordning. I den här texten betyder det pacemaker. Pacemaker är en liten apparat som hjälper hjärtat att hålla en jämn rytm.

ESBL. Ett samlingsnamn för ett slags enzymer som tarmbakterier kan bära på. Enzymerna kan bryta ned penicilliner.

H

Hilushöjd. Hilus betyder öppning, öppningshöjd.

Hyper/hypo. Antingen för högt/för mycket eller hypo för lågt/för litet av något.

Hypokalemi. Ett tillstånd av onormalt låga halter av kaliumjoner i blodet. Orsaken kan vara relaterad till blandning med olika former av läkemedel.

I

Infiltrad intagning. Intagning av främmande celler, strukturer etc.

Influera. Påverka, inverka, ha inflytande på något.

K

Kohortvård. Att man avskiljer boende som är smittade eller misstänks vara smittade från övriga vårdtagare/patienter.

M

Mesoteliom. Tumörsjukdom utgående från lungsäcken, ofta associerad med asbestexponering.

MPM. Malignt pleuralt mesoteliom.

MRSA. Stafylokockinfektioner, framför allt sårinfektioner. Kan ge upphov till infektion i alla kroppens organ.

N

Negerar. Förnekar, bestrider, upphäver

O

Onkologkonferens.

Ovanloben ventralt. Vänster lunga har två lober, ovanloben och underloben.

P

PAD-svar. Patologisk anatomisk diagnos, den diagnos som patolog ger efter obduktion eller mikroskopisk undersökning av vävnadsprov.

Palpera. Att undersöka med händerna

Performance status. Gradering av patientens allmäntillstånd avseende daglig livsföring (görs med bl.a. Karnofsky score-metoden med en skala på funktionsnivå från 0 till 5.

- 0 Asymtomatisk – klarar normal aktivitet utan restriktioner.
- 1. Klarar inte fysiskt ansträngande arbete. Helt uppegående.
- 2. Klarar egenvård, men inte arbete. Uppegående mer än halva dagen.
- 3. Klarar delvis egenvård. Säng – eller rullstolsbunden mer än halva dagen.
- 4. Klarar inte egenvård. Helt säng- eller rullstolsbunden.
- 5. Död.

Perkussion. Att knacka/slå på kroppen

Perkussionsston. Med perkussionsljudet kan man avslöja förtätningar i lungan eller förstoringar av bukorgan.

Pigtaildrän. Pigtaildränage är en tunn kateter som läggs in i kroppen med hjälp av ultraljud på röntgen. Katetern spänns till en ”knorr” i änden med hjälp av en tråd vilket gör att katetern låses fast inne i buken.

Pittingödem. Svullnad i kroppen som orsakas av överflödig vätska, t.ex. bensvullnad.

Pleura. Lungsäck, tunn säck som omsluter lungan.

Pleuradränage. Dränering av lungsäcken, pleuralvätska tappas ut för att lungorna får bättre plats.

Pleuralvätska vätska i lungorna orsakad av t.ex. cancer, hjärtsvikt, lunginflammation. Behandlas med engångstappning (punktion) pleurodes (talkning) dränage (kvarliggande pleurakateter för dränage).

Pleuramesoteliom. Lungcancer

Pleurit. Lungsäcksinflammation med eller utan vätskeutsöndring.

Pleurodes. Punktion av lungsäcken. Syfte är att förhindra/minska bildningen av pleuravätska. Arbetsbeskrivning; proceduren innebär att man instillerar ett läkemedel i pleurahålan för att därigenom få pleurabladen att löda ihop och på så vis minska bildningen av pleuravätska. En förutsättning är att lungan är expanderad och att det inte finns någon kvarvarande pleuravätska. I första hand används Doxyferm (vanligast) eller Mepakrin. Även talk kan användas. Instillationen sker via cystofix- eller Bülowdränage och utföres av läkare.

Prostatahyperplasi. Benign prostatahyperplasi, godartad förstoring av prostata vilket medför problem vid urinering.

R

Röntgen-PULM. Lungröntgen

S

Seponera. Upphöra med, lägga bort, lägga av, sluta.

Sputum. Det slem som hostas upp från lungor och bronker, dvs. de nedre luftvägarna.

T

Taky-brady-syndrom och takykardi. Arytmi eller oregelbunden hjärtfrekvens.

Troponin och troponiner. En grupp proteiner som förekommer i kroppens tvärstimmiga muskulatur där de sitter först på tropomyosin, där de har till uppgift att reglera musklernas sammandragningsförmåga.

TPK. En förkortning av ordet trombocytpartikelkoncentration som är ett mått på mängden trombocyter, vanligen kallat blodplättar, i blodet.

U

U.a. Utan anmärkning.

V

Varicer, varicerar. Utvidgade ytliga vener.

VRE. Vancomycinresistenta enterokocker som är resistenta mot antibiotikasorten vancomycin och är ofta samtidigt resistenta mot många andra antibiotika.

X

XS008 (i)

Konferens om patient. Konferens utan att patienten och/eller patientens företrädare, närstående eller annan som patienten själv utsett som företrädare är närvarande.

Om malignt mesoteliom

Översikt över cytostatikabehandling vid malignt mesoteliom av Carl Blomberg, överläkare, Lungenheten, Gävle sjukhus.

MPM är en aggressiv tumör med dålig prognos. Tumören har en höggradigt invasiv tillväxt som påverkar omgivande vävnader, även om den har en låg tendens att bilda metastaser.

Medianöverlevnad (OS) vid lokalt framskriden eller metastatisk sjukdom utan behandling har under 80- och 90-talet varit 4–13 månader och effektiv behandling har saknats.

Multimodal behandling som kombinerar cytostatika, kirurgi och strålbehandling är ett fungerande alternativ endast för en mycket liten selekterad undergrupp av patienter. Systemisk behandling utgör det huvudsakliga behandlingsalternativet.

Tumörens unika tillväxtsätt försvårar bedömning av tumörrespons. Detta, samt den relativa sällsyntheten hos MPM har gjort behandlingsstudier komplicerade.

Det senaste decenniet har prognosen för patienter med MPM förbättrats genom bättre cytostatikabehandling, utbyggd palliativ vård samt nya diagnostiska metoder. Denna översikt syftar till att beskriva tillgängliga randomiserade studier avseende systematisk medicinsk behandling för denna patientkategori.

Det finns i dag ingen rutinmässig terapi för andra linjens behandling av mesoteliom eftersom det inte finns tillräckliga bevis för någon sådan rekommendation.

Det råder fortfarande brist på högkvalitativa studier kring vilken roll som systematisk behandling spelar vid behandling av MPM.

Malignt pleuralt mesoteliom (MPM) är en relativt sällsynt malign sjukdom som huvudsakligen uppträder i lungsäcken. Trots att det är en mycket aggressiv tumörbildning har överlevnaden ökat till 9–17 månader under senare år.

Sammanfattningsvis finns det signifikanta bevis som stödjer behandling av MPM hos patienter med god funktionsstatus (PS 0–1) med kombination cisplatin och en antifolat som första linjens behandling. Det råder fortfarande brist på högkvalitativa studier kring vilken roll som systemisk behandling spelar vid behandling av MPM och ytterligare studier behövs. Många nya studier pågår och vidare framsteg emotes förväntansfullt.

Läs mer om malignt mesoteliom

Att läsa om malignt mesoteliom och dess vård finns i Karolinska Institutets vetenskapliga artiklar. ”Mesoteliom” (på svenska och engelska). *MeSH*. [Karolinska Institutets Universitetsbibliotek](#), 31 januari 2014.

”Cystiskt mesoteliom” (på svenska och engelska). *MeSH*. [Karolinska Institutets Universitetsbibliotek](#), 31 januari 2014.

Canceråret 2018

Strålbehandlingen för min bröstcancer pågår på Radiumhemmet vid Karolinska sjukhuset (KS) under hela december och januari. Av totalt 25 strålbehandlingar är hälften kvar till 2018, dvs. 13 vardagar i följd. Åker med bussen från hemmet i Slagsta till Radiumhemmet i Solna för några minuters strålbehandling som blir mer smärtsam mot slutet. Själva strålningen är uthärdlig och känns nästan inte alls, men den resulterar i en sönderbränd hud. Det gör ont, trots att ytan omplåstras ordentligt på mottagningen innan hemfärden. Jag vill snabbt hem och vila. Min man möter mig halvvägs i Fruängen för att snabbt köra mig hem. Han väntar hos Tanja och Love i Fruängen och hälsar på dotterns familj och hundarna Greta och Viola. Så fort behandlingen på Radiumhemmet är över åker vi till Tallinn. Stannar där några dagar och fortsätter till Torrevieja och kontrollerar hur hemmet med olivträden och palmen klarar vintern. Kommer hem till Stockholm där A:s besök hos tandhygienisten, sjuksköterskan på pacemakerkontollen och ögonläkaren väntar.

Små sysslor och planerade arbeten fyller sommarmånaderna. Dottern Tanja bjuder oss på en pensionärsutflykt till Sigtuna. På resan träffar vi våra landsmän, äter god lunch på värdshuset och umgås. Bilen ska lämnas till Speedy, men innan service ska den tvättas. Det blir ett nytt uppdrag för mig som aldrig tvättat någon av våra bilar. Biltvätten har alltid varit min mans uppgift och helt plötsligt på våren fick han för sig att lära mig och barnbarnet Leon rutinerna i tvätthallen. Varför? A menade att det är bra om jag ser hur allt går till på OK-stationen. Vi får öva för han har ont i armen och lite värk i nacken.

Min man har den 28 juni en läkartid på vårdcentralen och jag följer med när han undersöks av doktor Agneta F. Doktorn är känd för att vara noggrann och hon tar sig tid att lyssna på A:s beskrivning av ryggbesvären och nackvärken som inte släpper. Jag följer med till doktorn för förra gången som A var ensam på vårdcentralen mötte han en äldre doktor som inte hade tid eller vilja att lyssna på hans knaggliga svenska utan bemötte honom på ett otrevligt sätt. Tillrättavisade honom för att han inte kunde bättre svenska. A vill inte möta honom en gång till och hade tänkt åka till en finsk doktor i Helsingfors. Jag tyckte det blev för komplicerat och lovade följa A till vårdcentralen och tolka ifall det blev svårt att redogöra för hela sjukdomshistorien. Doktorn lyssnade och han redogjorde för sina besvär. Det blev ett bra möte, en remiss till röntgen och sedan tid för ett återbesök.

I början av augusti kom A i väg till röntgenundersökningen. Dokumentation av den kommande två år långa sjukdomen i asbestcancer mesoteliom börjar från augustibesöket på vårdcentralen. Om någon hade varnat oss om den väntande cancerdöden i familjen hade det varit givet att varningen gällde mig. Det fanns inte en tanke på att det kunde vara min man. Han hade svår ryggvärk och ont här och där som byggkillar i hans ålder ofta har. Men ingen anade att det var något så allvarligt som cancer.

2018**2 augusti****Praktikertjänst Röntgen Skärholmen**

Remiss från vårdcentral.

2018**19 september****Läkarbesök på vårdcentralen**

Läkare: MB

Diagnos enligt ICD-10

1509 Hjärtinsufficiens, ospecificerad

1489 Förmaksflimmer och förmaksfladder

Kontaktorsak: Remiss från Huddinge akutmottagning

Aktuellt och status

Blivit uppmanad att söka akuten att man som bifynd på röntgen sett pleuralvätska. Gjort uppföljande lungröntgen som visade måttliga mängder vänstersidig pleuralvätska. Bedömd på akuten där man satte in patienten på Furix 40 mg. Även frågeställning om angina men patienten har ingen anamnes på ansträngningsutlöst bröstsmärta och dessutom normalt troponin på akutmottagningen. Patienten beskriver tilltagande andfåddhet, senaste året. Klarar dock att gå på 2 km på planmark och kan gå två trappor utan problem. Beskriver även trötthet. Negerar bensvullnad. Negerar hosta. Upplever ingen förbättring av Furix utan tycker att det fortfarande är status quo med symptomen. Allmäntillstånd gott och opåverkat.

Lungor: Klart nedsatt andningsljud på vänster sida. Nedsatt perkussionston ungefär upp till hilushöjd. Lokalstatus: Underben: Inga pittingödem. Varicerar vänster ben.

Bedömning

Misstanke om kvarliggande större mängd pleuralvätska. Diskuterar med dr. Dey. Beställer röntgen pulm för att verifiera misstanken. Beroende på svar ställningstagande till remiss till lungklinik för pleuratappning, därefter ev. aktuellt med CT för att utreda bakomliggande malignitet. Tar även nya blodprover för att utesluta hypokalemi eller längre tid Furixbehandling. Kontakt när röntgensvar föreligger. Informeras om symtom som bör föranleda att de söker ånyo alt. söker akut.

2018**24 september****KS/Huddinge sj.****Akutmottagning 8:30****A till sjukhuset, vätska i lungorna**

Dok/journal saknas.

2018**28 september****KS/Huddinge sj.****Lung DV K82 16:14****Läkare: RK****Bedömning**

Den här patienten har vi fått en remiss på tidigare och patienten är redan planerad för nybesök.

2018

17 oktober

KS/Huddinge sj.

Sjuksköterskebesök på

Hjärt och Kärl Pacmakermottagningen C2 89

Årlig pacemakerkontroll.

2018

19 oktober

KS/Huddinge sj.

Röntgen/Bild och Funktion: Datortomografi av bröstorg

2018

20 oktober 11:32

KS/Huddinge sj.

Lungmedicin K84

Läkare: RH

Daganteckning

Pat låg inne i slutet av september p.g.a. dyspné. Hade då stora mängder vänstersidig pleuravätska. Man hade redan då misstanke om mesoteliom och patienten remitterades därefter till lungmedicin. Har planerat mottagningsbesök till lungmedicin nästa vecka. Har dock under väntan blivit försämrad i sin andning. Upplever stora svårigheter framför allt vid ansträngning. Beskriver även att han har ont vid insticksstället där man gjorde pleuratappningen i september. Beskriver rethosta men ingen sputum eller blod.

Ser PAD-svar som kom i går där man ser sammanfattningsvis atypiska mesotolelceller och grupper som inger starkt misstanke om mesoteliom.

CT-thorax som man remitterade till för två veckor sedan. Ser stor mängd vänstersidig pleuravätska med enbart lite luftförande parekym i ovanloben ventralt. Inga infiltrat i höger lunga.

Plan: Väntar på dräniläggning. Eliquis seponeras.

2018

21 oktober 12:36

KS/Huddinge sj.

Lungmed K84

Läkare: RA

Fått drän., tappas enl. nedan:

500 ml var 3:e tim.

Insatt på smärtlindring

2018

22 oktober 10:57

KS/Huddinge sj.

Lungmed K84

Läkare: NB

Pat och hans fru har fått information om cytologi fyndet. Anmäls till onkologkonferens i morgon för diskussion. Fragmi 5000 ie profylaktisk.

2018**23 oktober 14:04****KS/Huddinge sj.****Lungmed K84****Läkare: NB****ONKOLOGKONFERENS****Deltagare:** BB, TB, AB, KD, undertecknad NB, m.fl.

Anamnes: 77-årig man som tidigare varit asbestexponerad mellan 1969–1972, under sommartidsaspekt varit rökare, slutade röka för 30 år sedan. Förmaksflimmer, står på Eliquis, pacemaker sedan 2004 pga taky-brady-syndrom. Tablettbeh. hypertoni och benign prostatahyperplasi. Patienten har sedan 1 år tillbaka succesivt försämrats i sin andning. Röntgen, CT-thorax 181019 visar stor mängd vänstersidig pleuravätska. Fick pigtail-drän inlagt 181021, runnit ca sammanlagt 3L klargul vätska. Cytologi bekräftar ett malign mesoteliom.

Behandlingsbeslut: CT-thorax för kartläggning och därefter pleurodes behandling. 2 veckor efter pleurodes ska patienten kallas till dagvården för uppföljning, röntgen pulm inför besöket.

Diagnos enl. ICD-10: C459 Icke specificerad lokalisering av mesoteliom.

2018**23 oktober 14:15****KS/Huddinge sj.****Lungmed K84****Läkare: NB**

Daganteckning: Var god se onkologkonferens.

RTG pulm visar möjligt lite vätska kvar på vänstersida.

Plan: Dränet spolat och det rinner lite. Får vara öppet.

CT thorax i torrläge för kartläggning.

Ev. pleurodes i morgon.

2018**25 oktober****KS/Huddinge sj.****Lungonkologiskt centrum K82****Läkare: TB****Läkarbesök och lungröntgen.****2018****19 – 26 oktober****KS/Huddinge sj. K84****Läkare: NB****Inlagd på lungkliniken K84**

Vårdförlopp

Du har vårdats inläggande på lungkliniken K 84 på grund av vätska i vänster lunsäck. Du fick drän för att tappa vätskan och underlätta din andning. Vätskan skickats för analys som i sin tur visade elaka celler som vid lunsäckscancer. Vi har haft en diskussion på onkologkonferens angående vidare handläggning. Vi kom fram att du behöver genomgå pleurodes. Det innebär att man orsakar en kraftig inflammation i lunsäcken. Syftet är att förstöra utrymmet mellan lungan och bröstkorgen där vätska annars kan samlas och påverkar lungans funktion. Du genomgick ingreppet 181025 komplikationsfri, resultat om den var framgång kommer vi att kunna utvärdera vid återbesöket på dagvården. Detta kommer att ske om ca 2 veckor.

Uppföljning: du har fått kallelse i handen. Rtg lungor i samband med besöket.

2018

26 oktober 10:13

KS/Huddinge sj.

Koagulation mottagning

Läkare: KL

Kontaktorsak: Telefonkonsultation lungläkare

Anteckning: Man med nyupptäckt mesoteliom i ena lungan. Pleuratappad och planeras någon form av cytostatika. Har även ett förmaksflimmer som han tidigare haft Eliquis för. Man undrar nu om man kan återinsätta Eliquis med tanke på cancer.

Bedömning: DOAK vid cancer är omdiskuterat, nu kommer dock med studier på detta som visar att det nog kan gå bra både vid propp och förmaksflimmer. Den som kommit senast är Lixiana och denna patienten skulle då kunna få 60 mg dagligen. V.g. se FASS för rekommendationer vad gäller reducering av dos. Minsta tecken till ökade blödningar bör man nog övergå till Fragmin som är beprövat och praxis är då att ge 150E/kg förutsatt normal njurfunktion. Om ni planerar cytostatika, måste ni noggrant kontrollera interaktioner då DOAK integrerar mycket, ofta blir det då Fragmin man får ge och var observant på eventuella trombocytopenier där TPK<50, halvera eller exponera dosen.

Diagnos enl ICD-10: Z038J Observation/utredning för misstänkt blodsjukdom eller immunbristtillstånd.

Operations-åtgärdskod: XS004 Distanskonsultation.

2018

26 oktober 11:00

KS/Huddinge sj.

Lungmed. K84

Ansvarig specialist och överläkare: NB

Vårdtid: 181019–181026

Diagnos enl ICD-10: C459, icke specificerad lokalisation av mesoteliom
J909 Pleuravätska

1489 Förmaksflimmer och förmaksfladder

1509 Hjärtinsufficiens, ospecificerad

1109 Essentiell hypertoni

Z950 Förekomst av elektronisk kardiell anordning

Z921 Långtidsanvändning av blodförtunnande medel i den egna sjukhistorien.

Operations- åtgärds kod

GAC33 Pleurodes 181025

XS008 Konferens om patient 181023

GAA10 Inläggande av thoraxdränage 181021

Anamnes: 77-årig man med förmaksflimmer, pacemaker sedan 2004 pga take-brady-syndrom. Tablettbehandlad hypertoni och benign prostatahyperplasi. Sedan 1 år tillbaka succesivt försämrats i sin andning. Röntgen, CT-thorax 181019 visar stor mängd vänstersidig pleuravätska. Vårdförlopp: Under vårdtiden fick patienten pigtail-drän 181021, runnit ca sammanlagt 3,5 L klargul vätska. Cytologi bekräftat mesoteliom. Diskuterades på onkologkonferensen 181023 och man bestämmer att köra pleurodes på patienten men innan detta ska CT-thorax göras för kartläggning av tumörutbredning. Pleurodes utfördes 181025 komplikationsfritt. Under vårdtiden Eliquis utsatt till förmån av Fragmin 5000 IE. Vid utskrivning diskuterades med dr TB som rekommenderade återinsättning av Eliquis. Eliquis blir återinsatt. Frun som var med nästan hela tiden önskar för dottern närståendepenningsintyg som undertecknad utfärdar. Får följas upp via dagvården där de har fått tid i handen.

Bedömning: Således 77-årig man med förmaksflimmer, Eliquis behandlad. Taky-brady-syndrom sedan 2004. Patienten har pacemaker. Tablettbehandlad hypertoni och benign prostatahyperplasi. Nu har han nyupptäckt mesoteliom, pleuravätska på vänster sida som har tappats klart, patienten genomgick pleurodes-behandling under detta vårdtillfälle. Planeras för uppföljning vid dagvården 181108, performance status 1 och 2. Undertecknad förbereder ny röntgen pulm-remiss för besök på dagvården.

2018

8 november 10:04

KS/Huddinge sj. K82

Läkare: TB

Lungröntgen och läkarbesök.

Besöksorsak: Kommer tillsammans med hustrun efter att ha gjort pleurodes med talk inläggande på K84 25/10.

Aktuellt: Tilltagande andfåddhet hemma och smärta i vänster flank. Dagens lungröntgen visar att det fyllt på sig med vätska och mediastinum är tryckt mot höger sida. Detta bekräftas med ultraljud. VICA-test: FEV1,0 1,51 I=51% av förväntat, FVC 1,9 I=48% av förväntat. Således uttalad restriktivitet. Gångsträcka cirka 100 meter.

Åtgärd: Paret förväntar sig att A skulle bli inlagd. Dock står han på Eliquis och går nu gå hem, jag bokar in honom på PleurXinläggning polikliniskt den 12/11 kl. 13.30. Han ska inte ta Eliquis i perioden fram till detta. Man kommer göra vårdval. Patienten får ta inkomstprover i dag och jag dikterar nu en ASIH-remiss. Lämpligt att boka patienten om cirka 1 månad för ställningstagande till eventuellt bromsande cytostatikabehandling. Då lungröntgen.

Diagnos: C450 Mesoteliom i pleura.

2018

12 november 13:59

KS/Huddinge sj.

Lung DV K82Läkare: TB

Operationsberättelse

Pleurax permanent pleuradränage. Identifierar pleuravätskespalt i främre axillarlinjen 15 sin. Bedövar och får utbyte av klar brungul pleuravätska. Tunnelerar från revbensbågen och lägger i dränet, pat har lite ont i samband med att jag går in med nålen för ledaren men det går över. Ger pat 5 mg morfin IV som förebyggande. Tappar drygt 500 ml på KBC i dag. Suturer där slangen går genom huden och där slangen går in i thorax. Dessa suturer skall tas efter 4 veckor dvs 2/12. Pat ansluts till ASIH i morgon. Rimligt att tappa ett par gånger per vecka.

2018

17 – 21 december

KS/Huddinge sj.

Överläkare/ansv. Specialist VY

Vårdtid 17–21 december 2018

Diagnos: J909 Pleuravätska

C450 Mesoteliom i pleura

R060 Dyspné

I489 Förmaksflimmer

Z921 Långtidsanvändning av blodförtunnande medel i den egna sjukhistorien.

Z950 Förekomst av elektroniks kardiell anordning.

Operations – åtgärds kod:

TGA30 Torakocentes 181220

Intagningsorsak: Dyspné, stopp i Pleur-X

Anamnes: 77 årig man med pacemaker på grund av taky-brady-syndrom. Förmaksflimmer, står på Apixaban. Vänstersidig pleuramesoteliom, symptomgivande pleuravätska. Man har diskuterat bromsande cytostatikabehandling som inte har kommit i gång. Pleurodesbehandling misslyckats, erhöll därför Pleur-X november -18. Dåligt utbyte vid tappningar via ASIH. Inkommer nu med tilltagande dyspné.

Vårdförlopp: Lungröntgen visar kvarvarande stora mängder vänstersidig pleuravätska. DT utan några avvikelser avseende dränage. Spetsen ligger bra till. Efter spolning inga problem med att få dränet att tömma sig. Pleu-X bedöms som välfungerande. Dock fortsatt relativt lite utbyte vid tappningar. Röntgenologiskt inga större förändringar vid hemgång jämfört med klar klinisk förbättring. Utskriver till hemmet. Det har inte gått att tappa vätska passivt med en vanlig tappningspåse. Här på avdelningen har man använt sig av en vakumboll med god effekt. Patienten får med sig det material som har använts vid tappning för att visa upp för personal från ASIH.

Inga läkemedelsjusteringar under vårdtiden. Aktuella läkemedel: Eliquis 2,5 mg 1+1, Metropol 100 mg 1X1, Finansterid 5 mg 1x1, Alvedon 500 mg 2+2+2, Marifen plåster 12 mikrogram 1 plåster var 3:e dag, bytt senast 18-12-20, Primperan 10 mg 1 vid behov, Movicol 1 vid behov, Oxynorm 5 mg 1–2 vid behov.

Åtgärd/Planering: Nästa tappning inplanerad till måndag 18-12-24 kl. 10:00 på avdelning K84. I samband med detta besök, beslut om när nästa tappning ska ske. Patienten har under vårdtillfället bytt ASIH från Långbro park till Botkyrka Praktikertjänst.

Dessa ansluter 27/12, ansluten till Långbro park fram till dess. Om man vid fortsatta tappningar inte skulle få något utbyte kan man avvakta 2 dagar och sedan försöka igen. Detta under förutsättning att patienten inte har symtom från sin pleuravätska som man inte lyckas tappa ska kontakt tas med lungkliniken.

Vardagar lungdagvården K82 telefon 08-58580282

Kvällar/helger avdelning K84 telefon 08-58580284

Återbesök till läkare på lungdagvården K82 om cirka 1 månad. Ut har inför hemgång stämt av med ssk på K82 att pat är uppsatt på väntelista.

2018

20 december 11:24

KS/Huddinge sj. Lung DV/K82

Läkare: JK

Återbesök

Anamnes: Patienten är liggande på K84 med anledning av vänstersidig mesoteliom pleurit – inte fungerar optimalt. Patienten och medföljande maka har varit missnöjda med hur ASIH har skött det hela. Långt samtal med patienten och medföljande anhörig. Patienten har sjunkande Hb, förhöjt CRP – i nuläget oklart varför. Hur som helst inte läge just nu att erbjuda cytostatika-behandling. Ordnar återbesök om drygt en månad inkl. lungröntgen. Förhoppningsvis kommer pleuratappningar fungera bättre på sikt. Om ASIH inte behärskar detta får ev patienten komma till avdelningen och göra det?

Diagnos enl ICD-10: C450 Mesoteliom i pleura.

2018

20 december 11:50

KS/Huddinge sj. K84

Läkare: AG

Aktuella läkemedel

Vårdtid: 2018-12-17 - 2018-12-21

Utskrivande läkare: AG

Ansv. Specialist överläkare: VY

Dosändring: Vi har inte gjort några ändringar i din medicin.

2018

20 december 14:52

KS/Huddinge sj. K84

Läkare: AG

Daganteckning

Fortsatt tappning x 4 i dag. Efter önskemål patient och anhöriga remiss till ASIH Syd Praktiktjänst. Troligen hemgång i morgon 21/12. Återbesök K82 i dag, se separat anteckning.

2018

17–21 december

KS/Huddinge sj. K84

Läkare: AG

Vårdförlopp och uppföljning

Du har vårdats inläggande på lungkliniken K84 på grund av vätska i vänster lunsäck. Sedan tidigare har du ett permanent dränage in i lunsäcken som man tappar ut vätska genom. Efter att vi spolade igenom dränaget har det fungerat fint. Vi kan också se på skiktröntgen att spetsen ligger bra placerad i lunsäcken. Första tiden när du kommer hem bör vätska tappas 3 gånger/vecka. Skulle det inte komma något när personal från ASIH tappar kan man avvakta 2–3 dagar och sedan försöka igen. Detta under förutsättning att du inte besväras av vätskan, tex. Andfåddhet, smärta eller hosta. Om du däremot skulle ha symtom från vätskan i lunsäcken och man inte lyckas tappa ut någon, och därmed lindra besvären, kan du kontakta Lungkliniken.

Kontaktuppgifter vardagar och kvällar till K82 och K84. Det har inte gått att tappa vätska passivt med vanlig tappningspåse. Här på avdelningen har vi använt vakuumboll med god effekt. Från avdelningen får du med dig det material som vi har använt vid tappning, som du kan visa för personalen från ASIH. Nu på måndag 24/12 kl. 10 kan du komma upp till avdelningen K84 så hjälper vi till att tappa vätska. Du kommer att bli kallad till Återbesök till läkare på Lungdagvården K 82 om ca 1 månad.

2018

24 december 17:58

KS/Huddinge sj. K84

Läkare: VY

Daganteckning

Patienten kommit idag till K84 för pleuratappning enligt tidigare överenskommelse vid utskrivning, då det var oklart om ASIH Långropark hinner att återansluta honom i väntan på anslutning enligt nytt val.

Tappas på 350 ml vakuum bål utan några problem. I efterhand ser ut i TC, att ASIH Långropark har svarat på remiss, att han är åter ansluten till dem från eftermiddag den 21/12–18. Avstår att ta kontakt med patienten idag, då nästa tappning skulle vara aktuell bara på torsdag den 27/12–18 och den dagen förhoppningsvis få patienten hjälp av ASIH Botkyrka enl nytt val.

2018

24 december 17:58

KS/Huddinge sj. K84

Läkare: JR

Daganteckning

I går genomgått CT där man inte finner några avvikelser avseende dränage. Spetsen ligger bra till. Har en del pleuravätska och man misstänkte blödning i går på röntgen men det rör sig sannolikt om talk från pleurodes. Spolat dränage och fått en hel del vätska i retur. Fortsatt försök till dränering med undertryck i dag. Ev hemgång i morgon, har då även återbesök till K82. Kontakt med ASIH om hantering av pleurex samt skriftlig instruktion om var de kan vända sig när han åker hem.

2018

27 december 21:17

KS/Huddinge sj. K84

Läkare: VY

Telefonkontakt

Undertecknad har under dagen haft kontakt med ansvarig doktor på ASIH Botkyrka. Doktor JK informerades om den aktuella situationen för patienten och även den planerade tappningen av pleuravätska med instruktioner om hur man skulle kunna göra en spolning av dränet i fall behov föreligger.

Sjukt vardagsliv

Paula berättar

Min man har jämt ont. Ibland är det ryggen som värker, ibland finns i bröstet ett ömt område där dränet har suttit. Han var rädd för dränoperationen efter en insättning då han inte fick tillräcklig bedövning och skrek så att det hördes ute i korridoren. Jag satt utanför operationsrummet och hörde skriket och blev rädd. Vad gör de med honom, vad händer? Efteråt bad A mig att på nästa kontrollmöte fråga doktor JK om han hade tid att förklara mig vad hans lungbilder visar och var i bröstet dränet de tappar vätskan sitter. Jag framförde A:s önskemål att han ville se en bild på sina lungor. Doktorn förklarade bilden för mig och jag förklarade i min tur hemma för min man. Först behövde jag en bild av lungorna och bröstkorgen så att jag kunde skriva de finska namnen på organen i bröstkorgen. A ville se platsen där dränet satt.



På hans egen röntgenbild från 12 mars syns också platsen för pacemakern. A:s ena lunga är helt ”borta”. Han ville veta hur lungorna har påverkats av alla de behandlingar han redan hade fått. På finska förklarade jag bilden som vi fick av doktor JK med dennes förklaring av A:s sjukdomsförlopp.

Hemma berättade A om sin morbror som stupat i vinterkriget och änkan som levde nära hans hemgård. Släktbanden var starka och efter kriget hjälpte familjerna varandra så gott de kunde. Speciellt då någon insjuknade allvarligt. Så var det också i A:s familj då morbrors änka insjuknade i en lungsjukdom och ena lungan opererades bort för att rädda hennes liv. A berättade om morbroderns familj, men också om sina egna föräldrars lungsjukdomar. Hur det var för barnen, när far eller mor var borta flera veckor på sanatorium långt från hemmet. Då behövdes hela syskonskarans och nära släktingars hjälp på gården: de äldre brödernas arbete i lantbruket och systrarnas i hushållsarbeten och tillsynen av småsyskonen. Kanske hjälpte gamla minnen A att acceptera förlusten av sin ena lunga. Han hade sett att det gick att leva ett gott liv med bara en fungerande lunga. Jag hade också fått bra cancervård på Karolinska sjukhuset och klarat alla strålbehandlingarna. Egna och andras sjukdomsminnen och livserfarenheter tycks inge människor styrkan att möta oväntade situationer i det egna livet.

Sjukvårdsåret 2019

2019

11 januari 9:56

KS/Huddinge sj. DV K82

Läkare: TB

Operationsberättelse

Avlägsnar Pleurexdränage vänster. LA med 5 ml Xylocain med adrenalin. Ett snitt 1 cm för att avlägsna kapseln, slangen dras. Rinner nån dl klar pleuravätska. 1 stygn i huden. Detta kan tas om en vecka dvs 18/1 medan nya stygn som sätts 14/1 vid ny Pleurex skall sitta i 4 veckor.

2019

14 januari 15:08

KS/Huddinge sj. DV K82

Läkare: DP

Operationsberättelse:

Planerad för PleurX-inläggning pga återkommande vänstersidig pleuravätska. Sammanfattningsvis patient med vänstersidig pleuramesoteliom, dyligen drog man ut PleurX på vänster sida. Inkommer i dag för planering av ny PleurX-inläggning. Med hjälp av ultraljud visualiserar man en avkapslad pleuravätska, innehåller mycket fibrin samt många fickor. Svårt att sätta Pleur X i nuläget. Man försökte pleurtappa i symtomlindrande syfte och fick bort 50 ml blodtillblandad pleuravätska.

Patienten är andningspåverkad vid ansträngning, dock ganska stabil respiratorisk. Vi kommer överens om att följa honom som tidigare planerat och eventuellt bör man sätta PleusX-drän senare i förloppet om patienten har mycket andningsproblematik.

Diagnos enl ICD-10: J909 Pleuravätska, C450 Mesoteliom i pleura.

2019

31 januari 11:40

KS/Huddinge sj. DV K82

Läkare: JK

Återbesök: Återbesök tillsammans med hustru och dotter.

Aktuella besvär: bra livskvalitet. Optimalt smärtstillad med Marifen-plåster och Alvedon. Ingen andfåddhet. Dränet dragits bort. Man är missnöjd, hur vården genom ASIH fungerar. Vill helst avsluta det.

Allmäntillstånd: Blek, opåverkat. Performance status: PS.1. Saturation 99%.

Röntgenundersökning: Lungröntgen: Kvarstående vätska på vänster sida. Något mindre luftförande parenkym, annars är bilden oförändrat. Höger lunga u.a.

Åtgärd: Långt samtal med patienten och anhöriga. Man känner sig väldigt nöjd med en livskvalitet patienten har nu och vi avvaktar några dagar, huruvida man vill påbörja Alimta/Carboplatin eller behandling eller ej. Återkommer per telefon i nästa vecka med besked om detta. Återbesök om 6–8 veckor inkl. lungröntgen.

Diagnos enl ICD-10: C450 Mesoteliom i pleura.

2019

11 mars 16:09

KS/Huddinge sj. DV K82

Läkare: TB: telefonkontakt med hustrun.

Hon har redan anmält som ... arbetsskada. Patientens mesoteliom nekat ersättning från Försäkringsbolaget Afa p.g.a. att patienten är mer än 75 år gammal. Vi berättar lite grann om sambandet. Patientens hustru kommer att överklaga detta.

2019

12 mars 11:45

KS/Huddinge sj. DV K82

Läkare: MS

Besöksorsak: Återbesök tillsammans med dotter för klinisk bedömning av behandling med Carbo/Alimta.

Aktuella besvär: Hyfsat välmående. Ingen hosta. Dyspné i samband med fysisk aktivitet. Har haft ryggvärk sedan länge. Har svårt att svälja men ingen viktförändring.

Status: Gott, opåverkat i vila. Performance status PS 0. Saturation 99%. Ytliga lymfkörtlar:

Palperas utan anmärkning – lokoregionalt. Lungor: Dämning över hela vänster lungfält.

Röntgenundersökning: Dagens lungröntgen ser väs oförändrad ut jämfört med tidigare undersökning. Klin.Kem.lab. Förhöjt ASAT 1,04, CRP 24, glukos 7,3. Neutrofila 8,5, gamma-GT 2,7, leukocyter 9,7.

Bedömning: Patienten är planerad för två kurer Carbo-Alimta till. DT-thorax/buk om 22 månader med återbesök.

Diagnos enl ICD-10: C450 Mesoteliom i pleura.

Jobbet i äldreomsorgen och en döende far

Tanja berättar

Jag var på mitt arbete när Olof Palme och Anna Lind blev brutalt mördade. När Estonia förläste och tsunamivågen svepte över tusentals människor befann jag mig också på ett av mina många arbetspass. Likaså vid tidpunkten för terrordådet på Drottninggatan. Jag ser passagerarlistorna som rullar i tv när jag sluter ögonen. Hur vi alla stod helt tysta och försökte ta in det som media beskriver. Likadant var det när nyheterna om ett virus i Kina uppdagades för världen. Tänk om jag dör? Jag förstod vad som skulle komma att möta mig och mina kollegor. Att vi skulle tvingas genomgå en pandemi både som kollegor och privat. Det var ingen långdragen process från att vi hörde om det nya viruset ifrån Kina till att det obönhörligt smög sig in på min avdelning. Det gick mycket snabbt till att den första äldre hade smittats. Jag och mina kollegor blev snabbt varse begreppet kohortvård.

Basala hygienrutiner hade vi med oss genom lång yrkeserfarenhet. Jag anser att kritiken har varit för hård mot oss alla när det gäller hygienrutiner. Vi var ett sammanflätat team som hade många års erfarenhet och vi hade arbetat många år ihop. Vi brann för att ge god omvårdnad till de äldre på våra avdelningar. Det som skedde på min arbetsplats och runt om i hela världen medförde konsekvenser för oss alla. Jag var noga med att hålla avstånd till mina föräldrar som räknades som riskgrupp. De hade ett nedsatt immunförsvar på grund av sina sjukdomar och eftersom jag arbetade mitt i pandemin kunde jag inte umgås med dem – något jag delade med många andra. Jag förbannar den tid som jag förlorade av umgänge med min far som var döende.

Vi såg med egna ögon hur snabbt det slog in hos de sköraste i vårt samhälle. Att sära på sjuka och friska var nästintill omöjligt. Att inskränka någons frihet är inte tillåtet oavsett om personen har en demenssjukdom. Vi får inte låsa in eller hålla någon i sitt rum mot sin vilja. Jag fick en vansinnig bild i huvudet av små kattungar som gick åt olika håll. Att gå in till sin granne på en avdelning är inte ovanligt när korttidsminnet är skadat. De äldre visste inte vad som skedde. Vi led med dem och deras närstående. Alla besök till de äldre upphörde och vi blev den enda länken till och från omvärlden. Man tilläts dock komma ifall livet höll på att rinna ut. Och vi på avdelningen fick bekanta oss med den svarta covidsäcken. Vi jobbade på i skräck för att bli smittade eller ta hem smittan till våra nära och kära. Vi såg med egna ögon hur snabbt det kunde gå.

2019

28 maj 9:38

KS/Huddinge sj. DV K82

Läkare: JK

Återbesök: Återbesök efter flera omgångar Alimta-karboplatin.

Aktuellt: Känner sig trött men de tidigare morfinkrävande smärtorna är borta och patienten är nere på 500 mg Alvedon dagligen. Således tydlig förbättring. Vikten oförändrad, god aptit. Promenerar med flera pauser upp till 1 km dagligen.

Status: Blek, i övrigt opåverkat. Performance status PS1. Saturation 99%. Lungor: Nedsatt andning vänster lungfält, höger lunga u.a.

Röntgenundersökning: Lungröntgen visar väsentligen oförändrad bild med nästan helt förtätad vänster thorax. Höger lunga u.a.

Bedömning: Stabil sjukdom, ny kontroll om 6–8 veckor inklusive lungröntgen. Patienten och medföljande fru informerades om att återupptagande av kemoradioterapi kommer vara nödvändig, givetvis avhängigt allmäntillstånd.

Diagnos enl. ICD.10: Mesoteliom i pleura.

2019

21 juni 11:16

KS/Huddinge sj. K84

Läkare: PG

Daganteckning: Patientens fru ringer och önskar recept på 1 gm Alvedon. Skickar recept.

2019

29 juli 11:46

KS/Huddinge sj. DV K82

Läkare: JK

Besöksorsak: Kommer för återbesök. Aktuellt: Kemoterapi med Pemetted+Carboplatin avslutat början av maj 2019.

Aktuella besvär: Patienten mår bättre nu än han gjorde vid föregående återbesök. Håller vikten och smärtor vänster thorax kuperas nu endast med Alvedon i 500 mg tabletter.

Status: Allmäntillstånd Utan anmärkning.

Performance status: PS 0. Saturation 99%. Ytliga lymfkörtlar: Palperas utan anmärkning – logoregionalt.

Lungor: Andningsljud hörs apikalt vänster lunga, i övrigt nedsatta andningsljud övriga delar av vänster lunga. Höger lunga u.a.

Röntgenundersökning: Lungröntgen väs oförändrat jämfört med närmast föregående undersökning.: Stabil sjukdom. Fortsatt best supportive care. Kemoterapi kommer återupptas vid röntgenologiska eller anamnestiska tecken på progress, vilka patienten och medföljande hustru informeras om.

Diagnos: C4450 Mesoteliom Pleura.

2019

11 september kl. 14:56

KS/Huddinge sj. DV K82

Läkare: KAJ

Telefonkontakt. Patienten har önskar telefonkontakt. Undertecknad pratar med patientens dotter. Patienten har smärtor i torax. Tidigare träffat dr JK och patienten tyckte då att det räckte med Alvedon x 4 som smärtlindring. Nu fortsatt smärtor. Alvedon hjälper men räcker inte under natten då patienten vaknar mitt i natten på grund av smärtan. Patienten ville inte tidigare ha OxyNorm då han har blandat effekten av Oxynorm med smärtplåster. Enligt dottern har patienten aldrig provat OxyNorm. Vi satsar på att patienten provar OxyNorm vid behov och Alvedon som bassmärtlindring. Sedan utvärderar man på återbesöket då han är planerad för återbesök i slutet av månaden hos dr JK. Vid besöket kan man ta ställning till långverkande morfän. Skriver recept på OxyNorm 5 mg vid behov 1–2 stycken. Max 6 gånger. Patientens dotter är nöjd med detta.

Diagnos enl ICD-10. C450 Mesoteliom i pleura.

Operations- och åtgärds kod; XS011. Information och rådgivning per telefon med företrädare för patienten (!).

2019

25 september kl. 9:01

KS/Huddinge sj. DV K82

Läkare: JK

Återbesök: Kommer för återbesök.

Anamnes: Har något svårare att svälja än tidigare, dock ingen viktnedgång. Fått obehag i nedre delen av vänster thorax, främst nattetid. I övrigt inga nytillkomna besvär.

Status: Allmäntillstånd: Opåverkat. Performance status: PS 0. Saturation 99%.

Röntgenundersökning: Lunge röntgen väsentligen oförändrad jämfört med närmast föregående undersökning. Ingen större förändring heller jämfört med januari 2019 även om överskjutning av mediastinum åt höger tycks ha ökat något.

Bedömning: Anamnestiskt talar tillkomst av smärta och lättare sväljningssvårigheter för progress. Röntgenologiskt som det brukar vara vid mesoteliom, svårtolkat. Förklarar situationen och vi avvaktar ytterligare en period med att återuppta kemoterapi eller ej. Patienten höjer Oxynormdosen som ska komplettera Alvedon. Informerar att eventuell stent inläggning kan bli aktuell, men inte just nu.

Vid akutinsjuknande hänvisning till Karolinska Solna. Hänvisning: Ja, om tillståndet kräver vårdform akutmottagning enl. Hänvisningsstödet Region Stockholm.

Diagnos enl ICD-10. C450 Mesoteliom i pleura.

2019

11 december 10:45

KS/Lungonkologisk Centrum

Läkare: JK

Återbesök

Besöksorsak: Kommer för återbesök.

Aktuella besvär: Liksom tidigare smärtor från nedre delen av vänster thorax. Just nu kuperas med Matrifen 25 ug + Alvedon 1g x 4. Smärtstillningen är optimal men patienten blir ofta förvirrad, detta enligt hustrun. Gått ner något kg i vikt men annars håller patienten vikten trots att det finns vissa sväljningssvårigheter och de som fungerar allra bäst är vältuggad eller flytande föda.

Status, Allmäntillstånd: Opåverkad. Blek. Performance status: PS0. Saturation 97%.

Röntgenundersökning: Lungröntgen väsentligen oförändrad jämfört med närmast föregående undersökning.

Bedömning: Stabil sjukdom. Inför näste återbesök görs DT-thorax inkl esofagus och sväljningsbilder då det på sikt kan bli nödvändigt med esofagusstent.

Åtgärd: vid akut insjuknande hänvisning till Karolinska i Solna. Hänvisning: Ja, om tillståndet kräver vårdform akutmottagning enl Hänvisningsstödet Region Stockholm.

Diagnos enl ICD-10: C450 Mesoteliom i pleura.

29 december 2019

ASIH sjuksköterska. Tömning av drenet hemma i Slagsta.

Bristen på skyddsmaterial

Tanja berättar

Jag hade fått två hemmagjorda visir av min svärmor. Jag tackar Bromma stadsdelsförvaltning för dem. När jag fick dem kändes det som om jag fått myrra och guld av de tre vise männen. Sverige var helt utblottat på material för oss att skydda oss med. Det var blankt kopieringspapper som fäste i ett gummiband runt pannan. Jag visste att visiret måste göras rent med sprit varje gång jag skulle in till och ut hos mina föräldrar. Jag hade även av mina föräldrars grannar fått en flaska med handsprit. Jag grät när jag fick den. Det unga paret hade vittnat om hur jag flera pass om dagen smög in i boden och kom ut i en mundering av hemmafixade skyddskläder. Varje gång skydden sattes på visste jag att nu fick inget gå fel. Koncentration och absolut inte ta med händerna i ansiktet. Munskydd, även det hemmagjort, tvättlapp i vitt papper med gummiband. Visiret som spände för hårt i pannan, handskar och plastförkläde. Mina glasögon fick inte plats i denna konstellation så dessa lämnade jag i boden. Det gjorde för ont. Dessutom så var det lättare att gråta tyst när jag hjälpte pappa utan dem. Jag hukade/gömde mig under hans höga sjukhus-säng som stod i mina föräldrars vardagsrum. Grät så tyst jag kunde över den övermäktiga surrealistiska situationen jag och hela världen befann oss i.

Skyddsmaterialet kom försent till äldreomsorgen. Vi stod som snopna barn när bilder på tv rullade med vårdpersonal som bar svarta rejäla gasmasker. De visade sina skavsår i ansiktet efter många timmars användande av dessa masker. Vi stod med en tvättlapp i gummisnöre och tvekade inte en sekund att gå in och hjälpa de smittade. Vi vittnade om nyhetsflödets information om att skyddsmaterial blivit kapade på flygplatsen och hörde att Finland hade reserver sedan krigstiden. Det kändes som krig nu. Smittan spred sig snabbt och obönhörligt och vi arbetade under fruktansvärda omständigheter. Det var svårt att hitta lösningar på att driva kohortvård då de äldres avdelning inte är byggt på ett sådant vis. Den som inte känner till demenssjukdom har inget att tillägga i pandemins framfart. Det fanns inte tillräckligt med personal, vi var underbemannade. Vi tog vartenda extrapass och bevittnade hur den ena efter den andra blev sjuk, både personal och äldre. Trots det var de äldre vårt fokus hela tiden och vi backade aldrig. Att äldreomsorgen är lågprioriterad och underfinansierad kände vi varje dag. Och hemma var min far döende i asbestcancer. Jag visste att han inte hade långt kvar. Vi befann oss i det sista skedet av döden. Så välbekant i min professionella jag, men nu var jag i rollen som dotter. Jag kunde reflektera över hur rationellt jag ändå kunde agera, och det har ju såklart att göra med min arbetslivserfarenhet. Jag har jobbat med döden i mer än 30 år.

ASIH kom med en morfinpump. Innan de två sköterskorna kom in såg jag avundsjukt på de skyddsmaterial de klädde på sig. De hade inte munskydd gjorda av vita tvättlappar eller visir med genomskinlig plast i gummiband. Törs jag fråga om jag skulle kunna få lite skyddsmaterial? minns jag att jag tänkte. Sköterskorna var inne hos far i max 20 minuter. De fäste en tunn nål under pappas hud på armen. Genom slangen som var kopplad till en apparat skulle mor och jag nu kunna trycka på en knapp för att ge honom smärtlindring. I morfinpumpen låg en färdigblandad behållare. Själva apparaten kunde ligga vid far i hans säng. Vi var lättade men samtidigt väldigt oerfarna med apparaten. Sköterskorna han inte ens ta av sig sina skyddskläder förrän jag av misstag tappat hela apparaten i golvet och den börjar tjuta. Minnet sitter etsat hur de två sköterskorna instruerar mig genom mina föräldrars vardagsrumsfönster hur jag skulle fästa tillbaka sladdarna.

Jag bröt ihop av att de inte kom tillbaka in för att hjälpa mig. Nu förstår jag bättre och kan se just den situationen med andra ögon. Alla var rädda.

Döden 2020

Paula berättar

Åter till A och hans sista tid i sjukvården på sjukhuset och hemma. Tre månader har gått från förra vårdbesöket och det är åter dags för både kontroll och provtagning.

2020

2 mars kl. 10:40

Lungonkologisk Centrum

Läkare: KAJ

Återbesök

Återbesök efter DT-kontroll av thorax och esofagus.

Aktuellt

Pat kommer med hustru. Har haft tilltagande smärtor senaste veckorna och känner att Fentanyl plåster 25 µg (mikrogram) inte hjälper tillräckligt och därför har pat provat med Fentanyl 12 µg som tillägg till 25 µg och har upplevt bättre smärtlindring. Enligt hustrun har pat inte blivit mer förvirrad av det. Båda föredrar högre dos Fentanyl då pat inte kan sova pga smärta. Inga nytillkomna pulmonella besvär. Gällande sväljningssvårigheter har pat kontakt med dietist och får kontakt med näringsdryck, äter mestadels mjuk mat och har stabil vikt. Pat har en tand som behöver lagas, tandläkare vill avvakta med detta pga cancersjukdomen. Undertecknad informerar om att pat inte står på några cellgifter och han har inte immunsupprimerande i nuläget och därför har vi inget emot att pat lagar tanden.

Status: Gott och opåverkat i vila. Något förvirrad. En del kan vara pga språket. Performance status: PS 1.

Bedömning

Pat är stabil i sjukdomen med stabil DT-bild och oförändrat mående. Ökar Fentanyl plåster till 25 + 12 var 3:e dag. Bokar pat på ett telefonsamtal om 1 vecka för symptomkontroll och utvärdering av Fentanyl-behandlingar och biverkningar. Vi fortsätter att följa upp pat med återbesök och lungröntgen om 3 månader. Undertecknad utfärdar intyg för pats Fentanyl då han vill åka till Finland på båtresa. Uppmuntrar hustrun att ta kontakt med oss vid behov med tanke på att pat inte har avancerad sjukvård i hemmet. Gällande sväljningssvårigheter om pat får mer symptom av detta och är motiverad att göra en gastroskopi kan man överväga det med tanke på att radiologin inte visar något och pat är inte motiverad till gastroskopi i nuläget.

Åtgärd vid akut insjuknande hänvisning till Karolinska Solna. Hänvisning: Ja, om tillståndet kräver vårdform akutmottagning enl Hänvisningsstödet Region Stockholm.

Diagnos enl ICD-10. C450 Mesoteliom i pleura.

2020**9 mars 16:09****Lungonkologisk Centrum****Läkare: KAJ****Telefonkontakt**

Var god se återbesöksanteckningen daterad 2 mars. Planerad symptomkontroll efter Fentanylplåsterdoshöjning. Pat har något mindre smärtor. Enligt hustrun har pat inte blivit försämrad i sin förvirring och det är fortfarande hållbart i hemmet. Lämnar information om att det kan bli aktuellt med palliativ vårdavdelning om det blir svårare med smärtlindring hemma. Särskilt med tanke på förvirring. Uppmuntras ta kontakt med oss om det blir aktuellt med något sådant. Annars är pat planerad för återbesök någon gång i juni.

Vid akut insjuknande hänvisning till Karolinska Solna. Hänvisning: Ja, om tillståndet kräver vårdform akutmottagning enl Hänvisningsstödet Region Stockholm.

2020**31 mars 11:58****Lungonk Centrum****Läkare: KAJ**

Daganteckning: Otilräcklig effekt av Matrifen plåster 25 + 12. Ökar till 50 mikrogram/tim var tredje dag. Skickar nya recept och förnyar Alvedon och Metroprolol. Informeras av ssk.

2020**12 april före klockan 9 på morgonen****Utanför akutingången till Huddinge sjukhus****Paula berättar**

Söndag morgonen står min man och jag bland de första hjälpsökande utanför akutingången till Huddinge sjukhus och väntar på att bli insläppta. Akutmottagningens dörrar är stängda. Vi är många utanför dörren och det är kallt och blåsigt. Utanför akutingången har ställts ett stort bord och stolar där en sjuksköterska och hennes medhjälpare sitter och intervjuar hjälpsökande. De antingen sänds in eller avvisas. Många har sina anhöriga med sig, men de får inte komma in. Ingångsdörren bevakas av väktare.

Jag frågar sköterskan om vi är på rätt plats och berättar att min man är redan patient på lungcanceravdelningarna K82/K84 och nu har akut behov av vård. Kan vi få komma direkt till avdelningen? Det står i alla våra papper att vid akut sjukdomstillfälle ska vi kontakta A:s vårdavdelning för att få hjälp. Nu är situationen akut. Det hjälper inte, vi får inte komma till avdelningen utan tvingas vänta på vår tur i intagningskön utanför akutingången.

Jag ber att få följa med min man in som hans tolk och vårdare. Det går inte. Jag vädjar och berättar att han inte klarar av att redogöra på svenska för sitt sjukdomsförlopp som är rätt komplext. Det går inte. Det finns finsktalande personal på akuten, ”de hjälper” blir svaret. Det är kallt och hela tiden kommer mera folk och snabbt råder röra och kaos vid ingången där hostande, snörvlande svårt sjuka och mindre sjuka blandas i en folkmassa utanför akutinsläppets dörrar. Det är kallt och vi fryser.

A går runt för att hålla värmen och jag vänder mig bort och gråter tyst så han inte ser min förtvivlan. Nu är det verkligen illa. A:s tur kommer och jag förklarar för sjuksköterskan varför han söker vård. Min man släpps in, han vänder sig om och väntar på mig. Jag ber vakten ännu en gång att få följa min man som tolk. Det går inte. Jag tar en taxi, gråter hela Glömstavägen hem och ber taxichauffören köra mig ända fram till vår grind så jag slipper tala med någon och förklara vad som hänt på sjukhuset.

A ringer på kvällen och berättar att han är på någon avdelning som inte alls liknar hans gamla lungcanceravdelning, han känner inte igen personalen. Här springer folk runt mellan sängarna och hela tiden talar de om corona. A undrar var han har hamnat. Han hade vaknat på natten i att en medpatient i rummet stod vid hans sjuksäng och skrek hysteriskt om coronadöden. Jag lugnar honom och hälsar att Tanja försöker få kontakt med någon som kollar var han hamnat. Vi försöker ordna A till hans egen avdelning, K82 eller K84.

2020

12 april kl. 10:15

KS/Huddinge sj.

Akutmottagning/intagningsjournal (min. kommentar: läkarkontakt utan tolk)

Läkare: AT-läkare IS

Anamnes

Kontaktorsak: Svullen buk samt ryggsmärta.

Socialt: Bor hemma och endast varit i kontakt med sin familj senaste två månaderna utan att någon har varit sjuk. Dricker ej alkohol, icke rökare.

Tid/nuvarande sjukdomar: Kan ej redogöra riktigt för tidigare/nuvarande sjukdomar men bejakar vänstersidigt mesoteliom och pacemaker, enligt journalindikation takybrady syndrom. Tablettbehandlad hypertoni. Eliquisbehandlad förmaksflimmer. Benign prostatahyperplasi, behandlat med Finasterid. Hjärtsvikt.

Aktuella besvär Sedan 1 månad konstant icke rörelse korrelerad smärta i mitten av ryggen längs lunggränserna som han har vaknat av på natten. Kan ej inte svara på VAS eller karaktär av smärta men säger att han har ont trots Matrifen plåster och Alvedon. Även viss smärta vänster arm men detta verkar vara relaterat till rörelse snarare än effort. Kan inte besvara VAS eller karaktär men säger att smärtan är i mycket mindre intensitet jämfört med ryggsmärtan. Ingen relation till djupandning eller ryggsmärtan. Också svullen buk sedan en månads tid som har blivit mycket värre senaste veckan med buksmärta som utlöses av fet mat. Således intervallartad buksmärta relaterad till mat men ingen buksmärta i nuläget. Kan ej besvara frågor om karaktär eller VAS. Ingen sveda vid miktion och öppen miktionsfrekvens. Ingen kräkning eller illamående. Avföring senast i dag men kan ej besvara doften av avföring, ej sett blod i avföring. Inte ökad hostfrekvens, feber. Har inte vägt sig, tror inte att han har gått ner i vikt. Kan ej besvara riktigt vilka läkemedel han tar. Ingen känd överkänslighet.

Status: Allmäntillstånd gott och opåverkat. Saturation: 99% på luft, 22 andetag/min, puls-frekvens: 130/75 mm Hg, kroppstemperatur 36,4 grader, oregelbunden rytm men inga hörbara blås- eller biljud. Med önskade inspiratoriska rassel/pleyrytmisk ljud vänster lugnfält framförallt basalt. Buk: uppspänd med normala tarmljud men egentligen ingen palpatömhet eller dunkömhet

över njurloger. Per rektum utan förhårdnader eller resistenser, blod på handsken. Lite avföring i ampullen men inget hårt. Lokalstatus: Inget pittingödem på underben.

Undersökningsresultat: CRP 174, Albumin 28, Hemoglobin 108, Trombocyter 456, Venös blodgas normalt PH, Urinsticka 1 + Albumin, Annars utan anmärkning.

Röntgenundersökning: Remiss CT-thorax buk skickad.

Bedömning

Således 79-årig man som inkommer för ökad ryggsmärta trots ökat Marifen-plåster och svullnad buk sedan 1 månad tillbaka. Misstänkt progress i mesoteliom med eventuell pleuravätska i buken som förklarar det ökade bukomfånget då han är väsentligen oöm och inte har andra tecken till uppsvälld buk som ileus med kräkningar och upphörd gasavgång/upphörd avföring. Progress i tumör skulle också förklara CRP-stegring jämfört med tidigare, trombocytos och sänkt albumin. Differentialdiagnostiskt möjligt med infektion även om patienten saknar fokala infektionstecken i anamnes och i status då vänstersidigt lungfynd vid auskultation mest sannolikt är mesoteliom. Således inläggning med DT-thorax buk för att verifiera misstanke om tumörprogress, ascites och för att utesluta fokala tecken infektion (bevaka radiologi från avd och ring jour vid provsvar). Covid-prov tas för att patienten sedan skall kunna flytta från avdelningen till icke Covid-avdelning, förslagsvis Lungmedicin. Om feber över 38 grader kontakt med jour för ställningstagande till antibiotika och rundodling. Får äta/dricka fritt. Handläggning i samråd med flödesläkare Törning.

Obs. pat har två stycken marifenplåster totalt 50 mikrogram/h just nu som fru satt på igår 2020-04-11. Ska bytas nästa gång tis 2020-04-14.

2020

12 april kl. 19:09

KS/Huddinge sj.

Akutmottagning/Infektion

Läkare: AT-läkare IS

Symptom vid akut insjuknande och misstanke om covid-19: Hög andningsfrekvens och stegrad CRP. Hög blodtryck, hjärt-kärlsjukdom, cancer.

Provtagning covid-19 utförd: 2020-04-12 16.33.

2020

12 april kl. 21.24 och 21.26

KS/Huddinge sj.

H Akut kir trauma Avd

Ssk: AR

Allmänna uppgifter: Identitetsband, upplysning får lämnas ut, värdesaker ej tillvaratagit, sammanhållen journalföring: information given, patientsamtycke.

Omvårdnadsanamnes: uppgiftslämnare patienten själv.

Hälsohistoria/vårderf: inga kända risker för MRSA, ESBL, VRE. Pågående vård ASIH.

Omvårdnadsstatus – ankomst: nedsatt hörsel, andning: respiratorisk stabil, Cirkulation:

cirkulatorisk stabil, nutrition: äter allmän kost, Elimination: inga mikrationsssvårigheter,

regelbunden avföring utan problem. Allmäntillstånd enl. mod. Norton 4=Gott. Fysisk aktivitet

4=Går oberoende, födointag, inkontinens, psykisk status, rörelseförmåga enl. Norton 4. Bedömd risk för fall: Risk för fall föreligger, känner sig svag i benen stundvis, inga sömnsvårigheter, negeter smärta, psykosocialt vid gott mod.

2020

13 april kl. 01:45

KS/Huddinge sj.

H Akut ort.trauma Mott

Läkare: ÅF

COVID neg. Väntar på CT thorax buk. Ringer röntgenjouren och meddelar negativt svar.

2020

13 april kl. 15:16

KS/Huddinge sj.

H Akut kir trauma Avd

Läkare: VA

S: Pat med ökat bukomfång samt ryggsmärta.

B: Vänstersidig mesoteliom. Långvariga smärtor som behandlas med fentanyl samt alvedon. Tidigare DT med pleuraförtjockningar samt minimal med vätskeskikt i buken.

A: Misstänkt progress av mesoteliom i första hand som orsak till försämring. CRP 170, LPK 6,1. Aferbil och god sat. Stabila vitala. Väntar tid för DT thorax buk. Covid nf neg. Dock avvaktar med att frikänna pat. Tom DT svar.

R: DT thorax buk. Därefter ställningstagande tillhörande avd.

Tillägg: Således covid neg i nf samt DT utan tecken till covid, ingen Covidmisstanke. DT-thorax tämligen oförändrat ut. Däremot buk med kraftig ascites samt oregelbunden lever såsom vid cirros. Leverkonsult bör konsulteras dagtid. Ställningstagande till ascitestappning inkl. cytologi under morgondagen. Kompletterar med PK till morgonproverna. Diskussion med platskoordinator om flytt till ffa. lungmedicin i första hand alt. hepatologen.

2020

13 april kl. 16:00

KS/Huddinge sj.

H Akut kir trauma Avd

Läkare: VA till ansv. specialistöverläkare AK

Vårdtid: 2020-04-12—2020-04-13

Diagnos enl. ICD-19: R 189 Ascites, J909 Pleuravätska, I109 Essentiell hypertoni, 1509 Hjärtinsufficiens, ospecificerad, C450 Mesoteliom i pleura, R932 Onormala fynd vid radiologisk diagnostik avseende lever och gallgångar, Z038B observation/utredning för misstänkt infektionssjukdom (bakterier, virus).

Anamnes: tidigare/nuvarande sjukdomar: Takybradisyndrom, tablettbehandlad hypertoni.

Elquistbehandlat förmaksflimmer. Benign prostatahyperplasi. Hjärtsvikt. Lungmesoteliom, följs via Lungmedicin Huddinge. Kemoterapi senast maj 2019. Långvariga ryggsmärtor som kuperas med Alvedon samt ... plåster.

Inkommer med en månads besvär med konstant icke rörelsekorrelerad smärta i ryggen. Samt viss smärta vänster arm eventuellt rörelsekorrelerad. Besväras dessutom av svullen buk sedan en månads tid som tilltagit senaste veckan med buksmärta som till viss del försämras med intag fet mat. Ingen buksmärta vid ankomst till akuten. Ingen uppenbar viktnedgång. Negerar melena.

Vårdförlopp: Vid ankomst till akuten gott och opåverkat allmäntillstånd. Saturerar sig väl på luft. Puls 115 oregelbundet. Afebril och stabilt blodtryck. Per rektum utan anmärkning. CRP 174, albumin 28, Hb 108. TPK 456. Bedöms sannolikt som progress av mesoteliom med tillkomst av ascites. Kan dock ej helt utesluta covid eller andra fokala infektioner varvid patienten patientens skickas till för en CT-thorax/buk för kartläggning. Covidprovtagning som förfaller negativt. Genomgår DT-thorax/buk utan tecken till covid. Torax ser tämligen oförändrad ut däremot buk med kraftig ascites samt oregelbunden lever så som vid cirros. Rekommenderas kontakt med leverkonsult med ställningstagande till ascitetstappning inkluderat cytologi. Morgonprover inklusive PK till morgondagen. Då covid-negativ samt låg misstanke skickas vidare till Lungmedicin för fortsatt vård.

Bedömning: Således 79-årig man med lungmesoteliom utan klar progress samt kronisk ryggsmärta inkommer nu med tilltagande bukomfång samt ryggvärk. Misstänker i första hand progress av mesoteliom men där infektiös orsak ej helt kan uteslutas. Covid-19 negativ. DT-torax buk utan någon klar progress i torax. Däremot kraftig ascites samt formförändrad lever. Leverkonsult bör konsulteras dagtid samt ställningstagande till tappning inklusive cytologi. Morgonprover inklusive PK till morgondagen. prover inklusive PK albumin i morgon. Skickas vidare till Lungmedicin för fortsatt vård.

2020

13 april kl. 19:14

KS/Huddinge sj.

H Akut kir trauma Avd

Ssk YH

Vårdplats: Akut kirurgi trauma avdelning B86

Överföring

Vårdtid: 12 april till 13 april

Kontaktorsak: Svullen buk samt ryggsmärta.

Andning: Har legat något högt i andningsfrekvens. Dock god saturation på rumsluft.

Cirkulatorisk stabil. Afebril under vårdtiden. Äter allmätkost. Regelbunden avföring. Inga miktionssvårigheter, full rörlig, sköter ADL självständigt, ej klagat över smärta under vårdtiden.

Det här är sista journalbladet från KS/Huddingesjukhuset. Enligt min almanacka flyttades A från akutmottagningsavdelningen B86 till sin gamla avdelning K82 den 13 eller 14 april. På K82 vårdades A mellan 14 och 16 april. På avdelningen tappades sju liter vätska från magen. Den 16 april tog vi min man till vårt hem där han vårdades av dottern och mig med hjälp av ASIH-läkare och sköterskor.

2020**16.4****Tanja berättar****Min fars flytt hem från den coronasmittade akutmottagningsavdelningen B86**

Söndagsmorgon 16 april ringer jag bestämt till avdelningen och ber dem kontakta läkaren för att genast skriva ut min far. Mamma hade ringt till avdelningen tidigt på morgonen och frågat varför de inte skrev ut A från sjukhuset. Vad väntar ni på? Hon får inget svar utan den kvinnliga läkaren som svarar upprepar gång på gång samma mening om någon kommande konferens. Först efter det skulle man besluta om A:s vård. Hon hade inte ens velat samtala med mamma utan bara upprepat mantrat om konferensen. Mamma uppfattade att hon inte kunde svenska utan bara hade en enda mening i sitt ordförråd.

Kl. 15:15 hämtar mamma och min man Love pappa på framsidan av Huddinge sjukhus. En sköterska kommer med min far. Vi märker genast en stor försämring. Främst balansen. Han har feber 38,1. Jag förstod genast att det var corona. Pappa hostar mycket mer, magen är smal. Mamma är stressad för att han inte äter. Hemma bär Love och Lucas ner pappas säng till vardagsrummet för vi är rädda att han ska ramla i trapporna. Någon gång den veckan på slutet blir mamma sjuk. Mamma hittar inte lappen där hon skrivit tiden för pappas covidtest, och hon är orkeslös och trött. Jag ringer sjukhuset och får tiden för testet.

2020**17.4****Tanja berättar****Covidtest på Huddinge sjukhus**

Måndag morgon klockan nio hämtar jag pappa och mamma från Slagsta och kör dem till Huddingesjukhusets huvudingång. Mamma hämtar en rullstol som vi spritar av. Pappa orkar knappt kliva ur bilen, jag lyfter honom i armen. Jag väntar på dem i bilen. Mamma ringer mig när de är klara och jag hämtar dem vid huvudingången. Hon berättar att pappa suttit i rullstol och inte orkat gå till sin gamla avdelning K82. Hon har suttit utanför avdelningsdörren på bänken i hisshallen och väntat på pappa. När han kom var han trött och ville genast tillbaka hem för att vila. Mamma handlar jordgubbsyoghurt på Lidl på hemvägen och pappa sitter kvar i bilen med mig.

Från och med 17 april vårdas pappa hemma och vi får hjälp av ASIH.

Covidtestet visade att han är smittad. Han hade blivit smittad under sitt sista sjukhusbesök veckan innan. Jag har beställt journalblad från den sista sjukhusveckan, men inte fått dokumenten för 17 och 18 april på K82/K84. Beställs på nytt.

2020**19 april ringde BB från ASIH:**

”Ni klarar inte det här själva, ni måste få hjälp.” A skrivs in på Långbro ASIH men vårdas hemma av dottern och mig.

2020

20 april 10:57

Lungmedicin avdelning

Läkare: KP

Ansvarig specialist: PG

Bäste A! Du har legat hos oss pga samling av vätska i bukhålan. Covid 19 var negativt. Skiktröntgen visade på tumör som du hade sedan tidigare i lungsäcken och samtidigt stora mängder av vätska i bukhålan. Vi har tömt på drygt 6000 ml vätskan som skickades för cellanalys vilken är i arbete just nu.

Det var förbeställd skiktröntgen på hjärna som kommer att göras polikliniskt. Planeringen av vidarehandläggning för dig kommer att ske vid onkologikonferens 200421. Du kommer att bli kallad till återbesök på Lungonkologiskt centrum.

Läkemedelsberättelse

Albumin 200g/1 100 ml intravenöst 200415, 200417. Ändring av läkemedelsdos: Matrifen depo plåster byttes mot Matrifen 25+12 mikrog/timme

Recept skickar till apoteket: Matrifen 25 mikrog/timme och Matrifen 12 mikrog/timme.

Uppföljning På Lungonkologiskt centrum.

Vid akuta insjuknande hänvisning till Karolinska Solna. Ja om tillståndet kräver vårdform akutmottagning enl Hänvisningsstödet Region Stockholm.

Läkemedelslista utlämnad till Patient. Medicinlista. Regelbundet: Eliquis 5 mg, Metroprolol Sandoz 100 mg, Alvedon Forte 1g, Matrifen 25 mikrog/timme, Matrifen 12 mikrog/timme. Vid behov: Primperan 10 mg, Movicol, Oxynorm, 5 mg.

Kopia till patient

2020

21 april 13:59

Lungonk Centrum

Läkare: KP

Onkologikonferens MDK

Deltagare: BB, AP, TB, CD, SE, undertecknad KP

Anamnes: PS 1. 79-årig man med lungmesotheliom, senaste cytostatikbehandling 190503 med Alma/Karboplatin, kur 4, PleurX vänstra sida avlägsnats 190111. Ankom p.g.a. buksvullnaden, DT thorax med bilden av ascitesvätska. Tecken till lokal inväxt av mesotheliom in i pleurX-kanalen. Tappades av ascitetsvätska drygt 6 liter. Enligt patologen suspekta grupper av celler i ascitesvätska, dock malignitet påvisat. Immunologiska färgningar och FISH-analyser samt biomarkör, analys pågår. Patienten står på väntelista för återbesök på LOC i Solna på sommaren i år.

Bedömning:

79-årig man med tidigare cytostatikbehandlad lungmesotheliom. Nyttillkomna CT vätska i stor mängd, tappades på den, cytologiarbete. Patienten är aktuell för permanent drän för ascitesvätska. ASIH-anslutning kan vara aktuell, om patienten samtycker detta.

Behandlingsbeslut: Undertecknad kommer att kontakta familjen för att informera om möjlig palliativ behandling med permanent drän.

Diagnos enl ICD-10 C450 Mesoteliom i pleura.

Operationsåtgärds kod: XS008 Konferens om patient (i).

2020

21 april

Hemma, Paula berättar

Min man är hemma och uppe men vilar mycket, läser lite och tittar på tv. Han är trött och lär ha sagt till Tanja ”jag tror jag är lite sjuk”. Loves mat fungerar bäst, den äter han alltid upp. A säger inte emot när Love och Tanja föreslår att hans säng flyttas från sovrummet till nedre våningen. Energidrycken tycker han inte om och vi tjarar och lirkar för att få honom dricka sin dagliga energidos. ”Allt arbete som läggs ner av sjukhusets dietist som ringer och kollar att vi alltid har en sats drycker och ser till att allt levereras till dörren. En så bra och välfungerande service. Allt för att du ska må bättre och sen vill du inte dricka!” Han dricker lite och tycker inte alls om smaken. Det andra som fungerar, utöver Loves mat, är Lidl's grekiska jordgubbsyoghurt. På vägen hem från sjukhuset köpte jag allt som fanns på butikshyllan i Masmo. Näringsvärde: energi 121 kcal, fett 6,1g, kolhydrat 13,9g, protein 2,4g, salt 0,10g. Näringsdryckerna blev räddningen när det inte heller gick till slut.

Läkaren på akutmottagningen hade frågat om min mans vikt och eftersom han inte förstod frågan om vikten och tarmfunktionen kunde han inte svara. Hemma frågade A mig om det var brukligt att svenska läkare frågar båda om vikten och avföringens lukt. Sådant om lukten frågar man väl inte? Skämtade han med mig? Jag sade inget, bara att ett mycket exakt svar på viktfrågan fanns på en lapp i hans plånbok. På den fanns svaret på viktkontrollen:

Torstai/Torsdag 83,3 morgon 84,2 kväll.
 Perjantai/Fredag 83,0.
 Lauantai/Lördag 83,0 morgon 84,2 kvällen.
 Sunnuntai/Söndag 83,5.

Jag läser av vågen och A skriver ner resultatet. Maten, viktkontrollen och värktabletterna tar över allt annat i vardagen. Min man vilar mycket, äter dåligt och har nu också svårt med balansen.

2020

23 april 13:13

Lungonk Centrum**Läkare: BB**

Telefonkontakt: Telefonsamtal med hustru: Patienten hemma nu från vistelse på K84³, 200413–200420⁴. Orkar inte mycket, mest sängliggande. Buken har inte ökat i omkrets som tecken på ökande ascites. Vi överenskommer, att jag skriver remiss till ASIH Långbro Park för anslutning.

Remiss till röntgen för inläggande av intraabdominell kateter för tappning efter behov av ascitetsvätska. Telefonkontakt v.b. Remiss till Långbro Park.

Diagnos enl ICD-10: C450 Mesoteliom i pleura, R189 Ascites.

XS011 Information och rådgivning per telefon med företrädare för patienten (i).

³ Och från vistelsen på B86 där A coronasmittades 12–13 april innan han flyttades till sin egen avdelning K84.

⁴ A hämtades hem den 16 april 2020. Journalbladet saknas.

Vid akutinsjuknande hänvisning till Karolinska Solna. Hänvisning: Ja, om tillståndet kräver vårdform akutmottagning enl. Hänvisningsstödet Region Stockholm.

2020

28 april 07:40

Lungonk Centrum

Läkare: BB

Telefonkontakt. Patient med mesotheliom med progress nedmot buk och ascites. Planerar idag inläggande av bukdrän för tappning efter behov. Patienten har inför detta ingrepp gjort en ny test för corona virus som utfallet positiv. Framkommer, att patienten hostat på ett annorlunda sätt senaste veckan, lite snorig också. Således positiv corona-test och även symptom. Vi avbokar kateterinläggning i buk. Patienten är inte särskilt svullen i buken i nuläget enligt hustru. Patienten har på nytt blivit inskriven i ASIH och man planerar en kontakt under morgondagen. Vi kontaktar ASIH och informerar om det positiva corona-testet. Patienten får vistas i hemmet och sköts om där. I nuläget ingen indikation för inläggande av ascitetsdrän. Telefonkontakt om ett par dagar för uppföljning av symptom.

Diagnos enl ICD-10 C450 Mesoteliom i pleura.

Operations- och åtgärdskod: XS912 Dietist.

2020

Tisdag 5.5 eller var det en annan dag veckan innan?

Hemma. Paula berättar om tiden då dagarna från 29 april till 4 maj försvann i dimman.

Jag kommer inte riktigt ihåg hur dagarna före den här dagen var. Minns bara att jag ofta satt och skrev långt in på natten för att bli klar med ett arbete jag hade åtagit mig. Jag talade enligt min medskribent obegripligheter tills jag tappade tålamodet och skällde ut honom för något jag inte heller kommer ihåg. Har inget ordentligt minne av dagarna före den händelse jag snart ska beskriva, A:s och min kamp vid grinden. Dottern säger att jag var sjuk i corona en vecka och hade legat på soffan, frusit, inte ätit något utan levt på min mans energidrycker. Jag minns bara en morgon då jag gick sent till nedervåningen och lade mig på soffan för att bevaka A. Sov dåligt och obekvämt på soffan. Minns inte när jag hade kokat kaffe och om vi hade druckit det tillsammans som vi brukade och sen tittat på tv:s finska morgonnyheter. Kommer inte ihåg något om morgonrutinerna. Kanske var det just den femte maj eller någon annan dag då jag undrade om den dagen ens hade haft en morgon. När var det vi drack morgonkaffet tillsammans? Jag minns inte. Kommer inte heller ihåg mycket om den dagens händelser, men någon gång under dagen, tror det var på eftermiddagen, blev det återigen dags för den stående frågan ”var är mina pengar?”. A hade veckan innan försökt få upp kassaskåpet utan att lyckas och jag bad honom vänta tills Tanja och Love skulle komma och hjälpa oss med låset.

Jag tror min man sov en stund medan jag jobbade i köket. Helt plötsligt rusar han upp och ropar skräckslagen att de dödar honom. Han vill ut och försöker öppna altandörren mot trädgården, men får inte upp låset. Rusar in i vardagsrummet och tar en tung vas med vilken han försöker slå sönder altandörrens glasruta. Jag springer efter och håller med all kraft i hans armar och försöker stå emot så han inte kan krossa fönsterglasat. Han lyfter upp vasen som bara snuddar fönstret. Glaset håller och går inte sönder. Jag lyckas få tag i vasen och sliter den ur A:s händer medan han

skräckslagen ropar att han måste ta sig ut, för de dödar honom. Han rusar ut mot ytterdörren, jag springer efter, men lyckas inte hindra honom. Han står på utetrappan och ropar allt han orkar på finska ”apua, apua ne tappavat minut” (hjälp, hjälp de dödar mig). Han tar sig ner mot grinden som är låst och får upp grindhaken precis då jag hinner i kapp och hindrar honom att falla ut på gatan. Jag trycker med grindhakans spets allt jag orkar på hans hand så han inte kan öppna grinden. Så hårt att skinnet på handen går sönder och det blir ett blodsår. Mina krafter är helt slut efter kampen vid grinden. Trots sjukdomen är A stark.

Helt plötsligt kommer hjälpen! Först läkaren från ASIH och hon förstår snabbt allvaret i det som pågår. Tanja och Love är framme nästan samtidigt. Läkaren ger A en lugnande spruta och vi hjälper in honom. Min man och jag var nära på att få fönsterglaset i skallen, jag skadade A:s hand så att han fick ett blodsår. Jag lär ha sagt till dottern att jag inte orkar mer. Hade gått upp och stupat i min egen säng och sovit. Vet ej vad som händer i huset, är jag sjuk? A:s ord om ”de dödar mig” skar allra värst. Sade han ”de” eller ”du”? De orden följde mig länge, nästan två år, innan jag förstod ordens innehåll, betydelse och sammanhang. Upplevde han verkligen att vi höll på att döda honom? Eller betydde orden att det var jag som dödade honom? Varifrån kom dessa ord och skräcken som tvingade honom att fly? Vad gjorde honom så rädd att han med sina sista krafter kom upp ur sjuksängen, slet bort syrgasen och smärtpumpen för att fly ut?

Länge efter min mans död förföljde dessa frågor mig i alla situationer då döden kom på tal. Inte bara i hemmets ensamhet utan på begravningen, kyrkogårdsbesöken och i allt hörde jag ropet ”de dödar mig”. Det var en mardröm som la sig över sorgen som ett svart tungt lock på livet. Jag sörgde min man, men också en man som med sina sista ord skräckslagen hade ropat ”de” dödar mig. Jag upplevde ropet som om han skrek och anklagade ”du dödar mig”. Orden påminde mig om A:s flyktförsök och vår kamp vid grinden. Först efter att ha själv upplevt motsvarande vanföreställning på uppvaket efter en njurstensoperation började jag förstå vad A hade drabbats av. En hallucination. Det är en upplevelse där du ser, hör, känner eller luktar något som inte finns. Det fanns ingen som jagade eller ville döda A. Hans hallucination orsakades av medicinerna han fick för smärtlindring av asbestcancer mesoteliom, medan min vanföreställning på intensivavdelningens uppvakning orsakades av de i anestesin använda sömnmedlen.

I min hallucination, jagades jag inte av någon som ville döda mig utan av en stor grupp färgglatt klädda högljudda unga människor som mitt i natten marscherade förbi min sjuksäng på väg till sjukhusledning för att informera om de kommande medarbetarsamtalen för nattpersonalen. Jag upplevde inte något dödshot, däremot var jag mycket arg för jag inte fick sova på natten. Allt var så verkligt, tydligt och sant i min vanföreställning. Så måste det också ha varit för A. Han befann sig en stund i en annan verklighet. Det sade också dottern när hon tröstade mig. Trots det förstod jag inte alls hur det skulle kunna vara möjligt. En annan verklighet? Först efter min egen upplevelse förstod jag A:s flyktförsök och ropen på hjälp. Jag ropade inte på hjälp på finska utan skällde ut nattsköterskorna som inte hade bättre kontroll på folk som släpptes in mitt på natten och tilläts sjunga, skrika och väsnas på uppvaket utan att någon ingrep. Snart har två år gått efter min mans död och först nu har den dramatiska dödsflykten fått en förklaring. Den bekräftas också med läkemedelslistans fakta om doserna av smärtstillande mediciner.

A:s medicinlista 2020-05-03

Vid behov

Gäller från	Gäller tom	Preparat	Behandlingsorsak	Dosering	Dosering
2020-05-02	tillsvidare	Syrgas, inhalationsgas	låg sat	2 L	2 L
2020-04-29	tillsvidare	Robinul, injektionsvätska, lösning 0.2 mg/ml	rosslig andning	1 ml	1 ml
2018-12-06	tillsvidare	Primperan, tablett 10 mg	mot illamående	1 st	1 st
2018-12-06	tillsvidare	Movicol, pulver till oral lösning i dospåse Ospecificerad	mot förstoppning	1 st	1 st
2020-04-29	tillsvidare	Furix, injektionsvätska, lösning 10 mg/ml	vätskedrivande	4 ml	4 ml
2020-04-29	tillsvidare	Morfin Abcur, injektionsvätska, lösning 10 mg/ml	smärta, andnöd	0,5 ml	0,5 ml
2019-09-11	tillsvidare	Oxynorm, kapsel, hård 5 mg		1-2 st	1-2 st
2020-04-29	tillsvidare	Oxynorm, injektionsvätska, lösning 10 mg/ml	smärta, andnöd	0,5 ml	0,5 ml
2020-04-29	tillsvidare	Haldol, injektionsvätska, lösning 5 mg/ml	illamående	0,2 ml	0,2 ml
2020-04-29	tillsvidare	Midazolam Accord, injektions-/infusionsvätska, lösning 5 mg/ml	lugnande	0,5-1 ml	0,5-1 ml
2020-05-02	tillsvidare	Cocillana-Etyfin, oral lösning 250 milliliter ospecificerad	hosta	10 ml	10 ml

-----slut utskrift-----

max 30ml/dygn.

Åter till sjukvårdsjournalerna som innehåller dokumenteringen av A:s hemsjukvård under hans sista tid från april till maj 2020.

2020

Tisdag 28.4

Hemma, Tanja berättar

Vi får från sjukhuset besked om att pappa har testats positivt. Han har corona och är hemma, går upp lite men sover mycket.

2020

Onsdag 29.4

Hemma, Tanja berättar

Vi har ASIH-hembesök av läkare och sjuksköterska och jag ber om en bättre säng (akut). De får veta att även mamma nu är sjuk. Jag berättar att jag kommer att sköta pappa. Dagen efter kommer sängen. Mamma och jag lyfter ut pappas gamla säng och Love åker och lämnar den till Sättra sopstation. Under dessa dagar pendlar pappa mellan nya sjukhussängen och soffan. Jag lyckas mata honom med jordgubbskräm.

2020

Lördag 2.5

Hemma, Tanja berättar

Pappa är förvirrad och vill gå upp på vinden. Han letar efter sina euro och vill, men kan inte, öppna kassaskåpet. Jag blir arg och ångrar det. Jag var rädd att han skulle ramla i trapporna och slå sig.



4 maj 2020 kl. 22:14. Far och dotter – sista dagarna.

2020

Måndag 4.5

Hemma, Tanja berättar

Jag vårdar pappa med mina erfarenheter: smärtfri, symtomlindring, ren, byter kläder, munnen är aldrig torr. Borstar hans tänder. Rakar honom och lägger försiktigt lite aftershave, Paco Rabanne. Smörjer ben och fötter med Niveasalva. Den 5.5 ringer läkaren mamma och frågar hur det går och säger att hon jobbar jour. Hon undrar om de ska sätta kateter. Jag säger nej. Pappa får ett inkontinensskydd och jag byter, han är aldrig våt. På kvällen gråter jag tyst och ber kvällsbönen med pappas hand i min. Jag tar farväl och säger att jag älskar honom.

2020

Tisdag 5.5

Hemma, Tanja berättar

Pappa försöker rymma hemifrån. När jag har gått hem vill han ut och skriker apua, apua (hjälp, hjälp) och jag åker i ilfart tillbaka mot huset. Mamma ringer skräckslagen och ber mig skynda till Slagsta. I bilen känns det som vi aldrig ska komma fram. Väl där kastar vi oss ut och springer mot huset. Pappa sitter på stentrappan innanför grinden med en vårdare ifrån ASIH. Pappa blöder ifrån ett skrapsår på handen. Jag ser att vårdaren har gett min far en lugnande injektion, inte hela för hon håller fortfarande i den. Jag ropar isä (pappa) och försöker få ögonkontakt med honom. Han skakar på huvudet och jag ser att han har haft någon form av utbrott/panik. Jag säger till vårdaren att ge det sista av injektionen och märker hur all kraft försvinner ur far. Love och

ASIH-sköterskan bär honom till sjuksängen. Det fanns ingen tid för skyddsmaterial nu. Jag hulkgråter den mest bottenlösa gråt över situationen. Det är inte värdigt längre. Mamma är skärrad och mycket sjuk själv. Klockan är ca 19:30. Pappa får syrgas och en morfinpump efter att mamma går upp och sover. Jag vill inte lämna pappa själv utan stannar till 01:00 då han ser lugn ut och har fått inkontinensskydd och munvård. Håller honom i handen.

Mamma var sjuk, helt orkeslös, livrädd närstående, fru, vårdare, sörjande. Helt utan erfarenhet av palliativ vård och dess olika stadier. Hon uppfattade pappas delirium som om det var pappa och reagerade mildt sagt rosenrasande. Pappa trodde vi ville döda honom. Vetskapen att mammas ork för länge sedan var slut uppenbarades och jag satt som en vakthund vid min fars sida. Minns hur mamma gick upp till övervåningen och jag sa att jag stannar. Under de två år som far var sjuk i cancer lyckades mamma övervinna sin egen bröstcancer. Hela hennes liv kretsade bara kring far och alla de oändliga läkarbesök som hans cancer krävde. Två år av ständiga behov som inte innefattade henne alls. Två år av att sitta bredvid och få besked, behandling, prover, mediciner, komplikationer, oändliga telefonköer, mat, hosta, cellgifter, apoteksbesök. Försöka leva livet men samtidigt tänka, det är sista gången du upplever alla de där självklara sakerna man gör och firar i livet. Bara det att nu visste vi att tiden var uträknad och vi gjorde allt för att fungera som vanligt trots att det var lång ifrån sanningen. Jag har kommit att älska det underskattade vanliga efter fars sjukdom. Samtidigt som far var sjuk hade jag påbörjat en specialistutbildning i demenssjukdomar. Det höll mina hjärnspöken på plats och jag hade något att falla tillbaka på. Mamma arbetade med en av sida böcker och höll sig själv på så vis levande/vanlig.

2020

Onsdag 6.5

Hemma, Paula berättar

Jag vaknar på natten och hör när någon stänger ytterdörren. Går ner och lägger mig på soffan i vardagsrummet bredvid min mans sjuksäng. Han sover tungt när tisdagen blir sista onsdagen. Vid tretiden på morgonen hör jag ljud, stiger upp och sätter mig vid A:s säng. Gör som jag har blivit tillsagd att trycka på morfinpumpens knapp. Ringer till ASIH. Vid sjuksängen finns ett vattenglas som Tanja ha sagt att jag kan doppa bomullstussen i vattnet och blöta A:s läppar så att han inte bli torr i munnen. Tar A:s hand i min och berättar att morgonsolen går upp. Det är ljust i rummet, syrenerna i trädgården blommar snart och så också röda klätterrosen vid husingången. Vår ros som han alltid klippte och band upp för att den skulle orka blomma från tidiga våren till höstens första mörka nätter. Trettio år har den på sin plats vid ytterdörren blommat för oss och varit morsdagsros, födelsedagsros, jag älskar dig-ros, förlåt mig-ros och några gånger även en julros. Jag håller handen och berättar att Tanja är på väg, hon kommer snart med Love. Vi väntar här tillsammans. Handen är varm, jag håller den förr så starka handen och smeker dess sköra fingrar. Jag tror att A är vaken och hör mig fast han inte orkar svara. Kanske kände han under morgontimmarna mina tankar om vårt liv, glädjen, sorgerna och allt vi upplevt tillsammans under våra 52 år. En man som gav oss de värden som håller ihop vår svenska, finska, chilenska familj. Säger sista orden, Tanja kommer snart, jag tror jag hör bilen. Handen börjar bli kall. Håller i den och förstår inte alls att min man just nu dör.

Jag har aldrig varit med eller sett när någon dör. Har aldrig sett en död människa. Vet inget om döden. Trodde ända till vår sista gemensamma dag att min man var bara allvarligt sjuk och skulle bli frisk. Inte dö. Inte ens då jag hade läst allt om asbestcancern, följt dödsorsaksstatistiken och skrivit en bok om asbestdöden. Då var döden redan på väg. Hjärnan vägrade förstå och acceptera att min man skulle dö i asbestcancern som förstörde hans lungor och tarmar. Jag hoppades på något som inte var möjligt och inbillade mig in i det sista att A var ett undantag, ett undantag i dödsorsaksstatistiken.

Min bok var något som min man ville att jag skulle skriva för att varna om asbestriskerna. Riskerna på hans byggarbetsplatser 1968–1990 var alltid belastningsskador eller fallolyckor, asbesten nämndes sällan som dödlig arbetsmiljörisk, ingen talade heller om döden i asbestcancer. Dammet var ju bara byggdamm och sand som dammade runt stora byggmaskiner. Ingen hälso-risk. Vad ska man tro? Att fakta alltid är sanning? För att förstå verkligheten måste man uppleva den själv. För vår familj blev A:s två år långa sjuktilvaro hemma och på sjukhuset med alla vårderfarenheter och möten en sådan sanningsbärare.

2020

Onsdag 6.5

Hemma, Tanja berättar

Mamma har sovit på soffan flera nätter. Hon kallar på ASIH tidigt på morgonen och håller i pappas hand. Vår sköterska från ASIH säger att det inte är långt kvar nu. Strax efter att de kommer, somnar pappa in lugnt och stilla med mor vid sin sida. Hon ska ha sagt till pappa att jag är på väg. Jag är framme 06.30. Pappa har gått vidare. Jag sluter hans ögon. Jag tar bort morfinpumpen och syrgasen. Love och jag tvättar pappa. Mamma hämtar hans fina kläder. Han har kalsonger, rena jeans och skärp. I hans högra ficka lägger jag en teckning och en bild på Molly och Leonore. Hans vita undertröja är ren och han får en favorittröja. Love har med sig äppelblom som jag bett honom dagen innan att plocka ifall pappa går bort. Det trädet stod vid vattnet i Slagsta. Pappas händer var kalla men inte kroppen. Vi ringer ASIH och de konstaterar på morgonen att han har gått bort. De id-märker honom med band på foten och handleden. Vi ringer Lucas och Leon hem från skolan, även Paula. Vi tar farväl.

Och sen lämnade han oss och gick bort

Från: Tanja Kinnari
Till: Paula Liukkonen
13 maj 2020 kl. 22.18



Pappa

För mig betyder pappa hela min barndom.

Han och jag reste till Finland alla somrar när du pluggade.

Jag fick längta efter kauppa-auto (butiksbil) med mina kusiner och fick de bästa somrarna i gemenskap med alla kusiner, fastrar och farbröder.

Jag såg hur hårt alla jobbade och lärde mig att jobba lika hårt i äldre ålder.

Jag var alltid omtyckt av pappas släkt, jag var nog ganska snäll som barn ...

Han lärde mig språket, digitala klockan som han traggade med mig med tidningen Aftonbladet. Jag blev lika social som han, håller lika hårt i traditioner som dop, konfirmation och lumpen.

Vi åkte skidor på vintrarna och på somrarna gungade han mig

på Rådmansö och sjöng alltid midsommarvisan,

Heilu keinuni korkealle nythän on juhannus ilta ...

Vi rodde i hans gröna båt och han fiskade ...

Jag undrar vad pappa sa om mig i vuxen ålder?

Var han stolt över mig? Halva mitt hjärta är borta efter

pappas bortgång. Men som dotter känner jag att jag

stått vid min fars sida hela hans liv, från början till slutet.

Det är jag stolt över.

Ge oss tiden!

Det finns inte ett penningvärde som ersätter förlusten av en äkta man eller hustru, far, mor, far- eller morföräldrar, bröder och systrar, barnbarn. Asbestdöden, liksom alla de andra för tidiga dödsfallen i arbetet, är aldrig möjliga att ersätta eller kompensera med pengar. Penningvärden räcker inte till att balansera dödsförlusten. Ge oss anhöriga i stället den tiden vi förlorade när våra kära dog på grund av arbetet. Ge oss i stället för försäkringspengar tiden att åldras tillsammans, se barnbarnen växa och låt oss få tillsammans uppleva tiden då våra barn bli mor- och farföräldrar. Ge oss tiden att uppleva livet tillsammans. Och sist tiden att få vara med den som allra bäst känner oss och håller handen när vi är sköra och sjuka. Bara några år, bara dagar eller timmar att få vara tillsammans. Ge oss tiden!

Inledningstext från *Asbestdöden – sveket mot arbetarna* (2019)

Strukturbygget för ”Den goda arbetsmiljön” och ”Företagshälsovård för alla”

I *Arbetsmiljö – erfarenheter, tendenser, framtidsproblem* (1972) beskrev Sveriges ledande arbetsmiljöforskare och experter på vilka områden omfattande förnyelse av strukturer och arbetsätten krävdes för arbetsmiljöarbetets effektivisering. Resultatet av strukturbygget är viktigt att synliggöra för att förstå varför vi årtionden framåt varje år har hundratals arbetare som exponerades för asbestdamm på 1960-, 70-, 80-talet och som nu i pensionsåldern insjuknar och dör i lungcancer. Vad hade beslutsfattare, som skulle ha kunnat hindra asbestskadornas omfattning, för underlag för sina ställningstaganden att handla, vänta och förhålla, att inte alls handla?

Stora, mindre och kommande asbestskador

Utöver dessa storbolag fanns mindre och medelstora bygg- och saneringsföretag och rivningsfirmor vars kunskaper om ansvaret i arbetsmiljö- och asbesthantering var låg om inte obefintlig. De flesta som arbetade i Klarakvarteret med rivningsarbeten var finländare varav många återvände till hemlandet efter byggboomen i Sverige. Där insjuknade de årtionden senare i lungsjukdomar och dog i lungcancer orsakad av asbest de hade exponerats för i Sverige. Kan det hända ännu i dag? Huddinge sjukhus byggdes på 1960-talet och i fasaden användes asbest som isoleringsmaterial. Omfattande reparations- och saneringsarbeten pågår sedan 2018–2019. Arbetet görs av unga män från Ukraina, Polen och andra forna öststater. På samma sätt som tidigare på 1970-talet riskerar de att bli osynliga i den svenska arbetsskadestatistiken och också i dödsorsaksstatistiken⁵. På 1970-talet jobbade rivningsarbetarna helt utan skyddskläder. Nu har deras efterträdare heltäckande skyddsoveraller och ventilerade hjälmar, men frågan är om de räcker till att skydda mot asbesten. De är lika okunniga om de svenska arbetsmiljöföreskrifterna, försäkringsreglerna och om sina rättigheter som rivningsarbetarna i Riksgropen var på 1960-talet⁶. Kommer dessa ungdomar klara asbestsaneringen utan skador? Fungerar tillsynen, regelverket och ansvarstagandet nu bättre?

⁵ Osynligheten i statistiken bekräftas nu bl.a. av Svenska Miljöinstitutets rapporter, i av Afa Försäkring finansierad forskning, *Vilka asbestexponeringar kan ha orsakat dagens mesoteliomfall?* (2018).

⁶ A arbetade på Rivners AB från 1968 till 1974 med rivning av husen i Riksgropen (T-centralen och torget som nu kallas ”Plattan”)

Bilder från Riksgropen 1968

Några kvarter från LO-huset på Norra Bantorget, SAF-huset på Blasieholmen och Riksdagshuset pågick ett rivningsarbete som jag återkommer till i en separat rapport om arbetet i Riksgropen 1968. Det är en beskrivning av hur svenska och finska byggnadsarbetare exponerades för asbest på 1960- och 1970-talet och hur många av dem dog i lungcancern mesoteliom 30, 40 eller 50 år senare.

Mitt framför alla förbipasserande, politiker, myndighetschefer, forskare och arbetsmiljöexperter på hälsa, arbetsmiljö och säkerhet, pågick ett arbete som bar på årtiondets största arbetsmiljörisk: asbestcancerrisken. Ingen såg risken, ingen ingrep, ingen brydde sig om bullret och dammet i gropen. Bara två stannade. Den ene var fotografen som steg ner till Riksgropen för att ta en bild på rivningslaget som röjde plats för T-centralen och Kulturhuset. Den andre var Olof Palme, som ville bli fotograferad med byggjobbarna. Rivningsarbetarna i Riksgropen hade redan 1968 hunnit andas så mycket asbestdamm att det skulle komma att visa sig årtionden senare som asbestcancer.

Hjälpen var på väg, men den kom för sent. Arbetarskyddsstyrelsen annonserade samma år att Bygghälsan hade bildats och att verksamheten skulle vara igång 1968. På Arbetsmiljöverkets webbplats kan man idag läsa om historien:

Partssammansatta Bygghälsan, som bildas detta år, kommer att bli en viktig motor i arbetet med att förebygga olyckor och skador ute på byggarbetsplatserna och för att rehabilitera byggarbetare tillbaka i arbete. Den bedriver en omfattande utgivning av facklitteratur. Efter fem år har hälsan 200 medarbetare, varav 23 läkare, runt 50-talet sköterskor och inemot 30 skyddsingenjörer. Miljonprogrammet⁷ pågår och de stora bostadsbolagen, kommunala och privata, bygger fortfarande i egen regi med egna anställda byggnadsarbetare. Antalet arbetsolyckor med dödlig utgång ligger fortfarande högt, totalt förolyckas 458 i arbetet 1965, varav 65 inom byggindustrin. Till detta ska läggas avlidna i arbetsrelaterade sjukdomar orsakade av framför allt byggdamm.

Jag skriver för att försöka förstå hur man tänkte på 1960-talet när hälsoriskerna blev kända och då arbetsmiljöansvariga arbetsgivare och arbetsmiljö- och tillsynsansvariga myndigheter utsatte tusentals arbetare för riskfylld asbesthantering. I Stockholm påbörjades rivning av Klaraområdet i slutet på 1960-talet och arbeten fortsatte till 1970-talets mitt. Många av dem som arbetade med rivningen är nu

⁷ Miljonprogrammet var ett program för bostadsbyggande i Sverige 1965–1975. Genomförandet sammanföll delvis med de så kallade rekordåren. Källa: www.av.se/om-oss/125-ars-jubileum.

antingen cancer-patienter i palliativ sjukvård eller döda. Frågan är: hur tänkte beslutsfattare och politiker när de utformade regelverket för asbesthantering, styrde arbetsmiljö- och tillsynsarbeten, fattade beslut kring bedömning av arbetsskador och utformade trygghetsförsäkringar? Trots att Sverige för många var ett av de nordiska förebildsländerna i sättet att lagstifta om arbetsmiljöarbetet, organisera företagshälsovården och med råd och föreskrifter vägleda lokalt arbetsmiljöarbete, kunde detta hända. Hur kunde så många arbetare i Sverige utsättas för dessa dödsbringande asbestrisker?

Rivning och lastning med Bobcat. Den dödliga dagliga dosen av asbestdamm inandades. Inte ett ord om asbestrisken, men de av byggdamm döda noteras. Livsfarligt hårt arbete förvandlades på myndighetspråket till ”arbetsmiljöproblematik” och senfärdigheten i konkreta skyddshandlingar förklarades med ”den för snabba tekniska utvecklingen.”

När jag läser om arbetsmiljöproblemen och jämför orden om förebyggande arbetsmiljöarbete med bilderna tagna i Riksgropen är det för mig en berättelse med ord och bild om två skilda världar. Förebyggande och efterhjälpande arbetsmiljöinsatningar presenterades på pappret men i verkligheten på arbetsplatsen saknades för deras genomförande kunskap för konkret arbete, ansvar och förankring hos finansären.

Ännu trettio år senare, när många av dem som arbetade i Riksgropen insjuknat i lungcancer eller dött, fortsätter bevakningen av asbestsjukdomar och handläggningen av försäkringsfrågorna. Varningarna om asbestriskerna från 1970-talets början upprepades flera gånger.

År 1972

Byggnadsarbetaren Arne Johansson, Göteborg, 58 år och själv asbestosdrabbad varnar om asbest. ”Vid rivning av byggnader sprids asbestdamm ofta vida omkring. Och inte sällan blir de stora dammande asbestbitarna lekmaterial.” Byggnadsarbetaren, 28 april 1972.⁸

År 2012

I Byggnadsarbetarens artikel 449 *sjuka i asbestcancer* från år 2012 gavs i reporter Margite Franssons intervjuer en lägesbeskrivning: ”Mesoteliom beror i stort sett alltid på asbestexponering och leder i nästan samtliga fall till döden inom relativt kort tid, säger Anders Englund, läkaren som slog larm om asbesten i mitten av 1970-talet.

⁸ För att läsa artiklarna ur Byggnadsarbetaren, se www.byggnadsarbetaren/se/tidningsarkivet.

Han har gjort studien tillsammans med professor och överläkare Bengt Järholm som ansvarar för Byggnads Hälsoregister.” Byggnadsarbetaren, 2012.

År 2014

40 år efter asbestlarmen intervjuades Anders Englund: ”Otroligt att arbetare fortfarande utsätts. Det är otroligt att byggnadsarbetare fortfarande utsätts för risken att skadas av asbest. Det säger läkaren Anders Englund, som larmade om asbesten för 40 år sedan. Hösten 1975, var han medicinsk rådgivare åt LO. Och allt brakade loss efter att Anders Englund upptäckt åtta dödsfall i lungsäckscancern mesoteliom på företaget Nohab i Trollhättan. Det visade sig att arbetarna tillverkat lokomotiv åt Sovjetunionen som krävde blå asbest i isoleringen. Upptäckten var en av orsakerna till att Sverige senare förbjöd användningen av asbest.” Byggnadsarbetaren, 2014.

År 2014

Byggnadsarbetaren skriver 2014 om försäkringslotteriet och hanteringen av ansökan och utbetalning av Afa:s arbetsskadeförsäkring. I artikeln beskrivs en arbetsskadad byggnadsarbetares långa kamp för att få rätträknad livränta. Afa:s beslut ändrades flera gånger, trots att handläggaren hade underlaget från början. Kan man lita på Afa? Försäkringsbolaget granskas av Finansinspektionen och 2007–2013 gjordes 43 klagomålsärenden varav hälften avsåg kritik på grund av lång handläggningstid, över en tredjedel gällde skaderegleringen och nivån på inkomstförlusten. Afa ägs till hälften av LO och Svenskt Näringsliv och fungerar som vilket försäkringsbolag som helst. Nina Christensen, *Försäkringslotteriet – så fick Leif höjd livränta från Afa – tre gånger*. Byggnadsarbetaren nr 2 februari 2014.

År 2018

Sex år senare har dödsfallen i asbest ökat. Byggnadsarbetarens uppföljning av asbestriskerna fortsatte och år 2018 skrev Margite Fransson artikeln *Dramatisk ökning av dödsfall i asbestsjukdomar*. ”230 000 människor beräknas dö i asbestrelaterade sjukdomar orsakade av jobbet. En ny rapport visar mycket högre tal än som tidigare var känt. ’Alarmerande’, säger Byggnads arbetsmiljöansvariga Ulf Kvarnström.”

År 2020 är min man en av de i asbestcancerdöda byggnadsarbetarna. Totalt har 3167 personer dött i Mesoteliom (C45) under 1997–2020 enligt dödsorsaksstatistik.

Statistiken avser hela riket och båda könen.

1997	118	2009	111
1998	117	2010	126
1999	116	2011	132
2000	130	2012	126
2001	119	2013	136
2002	139	2014	160
2003	111	2015	140
2004	123	2016	149
2005	137	2017	151
2006	115	2018	165
2007	123	2019	147
2008	120	2020	156

Tankar om människolivets värde och rätten till hemspråket under sjukvården

Om asbestcancerdödens prislapp och förlustbärare

En ekonom förväntas redovisa kostnader med ett kalkylexempel. I den här fallstudien redogör jag för sjukvårdens tidsanvändning och vårdkostnader för döden i asbestcancer mesoteliom. Vad är asbestcancerdödens prislapp för samhället, företaget och individen/familjen? Siffrorna från statistiken finns, kostnaderna är redovisningsbara och så också arbetslivshistorien för dem som dött i asbestcancer. Men jag räknar inte. Så skrev jag i inledningstexten.

Jag vill inte förminska dödsförlusten till siffror i ett kalkylexempel. Vad skulle ett sådant räkneexempel visa? Att dödliga arbetssjukdomar är dyra för samhället. Det vet vi redan. För de dödas anhöriga är de alltid oersättliga förluster. Men sedan då? Vad är man beredd att göra för att undvika dödsfallen? Jag hör inte svaret. Jag är rädd att det inte finns något svar och då är det inte heller värt att sätta en prislapp på något som man vare sig vill eller har kraft att göra något åt. Det finns många beslutstillfällen då handlingarna styrs av det penningvärde som investeringskalkylen visar vara ekonomiskt lönsamt. Ingen har mig veterligen räknat på asbestdödens totala värdeförluster. Kalkyler som visar penningvärdet för ett förlorat människoliv finns, men de saknar en fullständig redovisning av de humanistiska värdeförlusterna. Med det avses värden och värdigheten som varje människa har och den som lever i egna eller andras ord om känslor och upplevelser och inte i kalkylens stumma siffror. Värdigheten gör sig synlig i valet av orden i sjukvårdsjournalerna, sättet att bemöta patienten med anhöriga samt allt från tilltalet till attityden som speglas i journaltexterna, vårdintygen, diagnosättning och subjektiva omdömen om människan i början av och under sjukdomen. Den som kan tolka dessa attityder behöver inte kalkylresultatet utan kan redan av orden och upplevelsena dra slutsatser om det finns en vilja att göra konkreta åtgärder som förbättrar den sjukas livssituation och sjukvårdens kapacitet att handla i tid. Jag väljer som ett exempel företagshälsovården.

Vad har asbestcancersjuka haft för nytta av företagshälsovården?

Företagshälsovården skapades på 1970-talet, hade sin gyllene tidsperiod kring 1980-talet för att sedan med lågkonjunkturen i början av 1990-talet se ut att tyna bort sakta men säkert. Jag frågar: vad har alla de över 3000 döda i asbestcancer haft för nytta av företagshälsovården? Hur många asbestcancersjuka har fått sin första diagnos från företagshälsovården – om inte en diagnos så i alla fall en remiss till

vårdcentralen? Hur kommer det sig att företagshälsovården har blivit så belastningsskadeinriktad på bekostnad av dödsbringande arbetssjukdomar? Är syftet att skapa arbetstillfällen åt den egna organisationen i stället för att ta hand om den hjälpsökandes behov av remiss till sjukvården?

En enkel rundringning till företagshälsovårdsorganisationer visar att de i dag helt saknar asbestspecialister. Det är just de specialister som skulle kunna följa asbestcancerforskningen och samla kunskap om hur sjukvården av mesoteliompatienter fungerar och om nya vårdmetoder utvecklas. Då skulle man inom företagshälsovården kunna förstå tidiga tecken på asbestcancer och utveckla arbetssättet så att man mäter rätt sak i rätt tid. I det fallet som beskrivs i boken fungerade företagshälsovården, dåvarande Bygghälsan, som läkarintygsautomat år efter år med sina två veckors sjukskrivningar utan en enda remiss för t.ex. skikt-röntgen för att kontrollera orsakerna till rygg- och ledvärken. Långtidssjuka ville man överhuvudtaget inte träffa på en mottagning utan de var i regel enkla telefonärenden.

Trots min kritik av detta passiva sätt att hantera långtidssjukfrånvarandes behov av remisser till sjukvården så var Bygghälsan på sin tid, när den var som bäst på 1980-talet, landets bästa och handlingskraftigaste specialist på byggarbetarnas hälsa. Jag saknar Arne Nilsson och hans medarbetare och chefer. Den glöden för uppdraget finns inte på många företagshälsor idag. Det är därför inte heller långt i Sverige till det som redan uppmärksammats i Finland av ledande sjukvårdspolitiker⁹. Budskapet lyder: lägg ner företagshälsovården helt och överför läkare och sjuksköterskor till arbeten inom sjukvården och äldreomsorgen där personalbristen och bemanningsproblemen verkar vara konstanta.

Företagshälsovården en annorlunda skapelse

Företagshälsovården är en märklig organisationsform som har skapats av läkare för andra läkare på ledande poster och som sedan välsignats av för ämnet lämpliga politiker. En märklig skapelse som ska fokusera på människans hälsa i arbetet utan att ha vare sig organisationsutbildning eller erfarenhet av att leda en kunskapsorganisation. Ingen annan serviceorganisation har haft samma möjligheter att skapa sin egen form, att tillsätta och välja yrkesgrupper för företagshälsovårdsarbetet utan att de organisationer som mottar tjänsten/service har kunnat påverka

⁹ Mika Salminen (THL Institutet för hälsa och välfärd) ser inte orsaken till varför Finland har två parallella primärvårdssystem, ett för anställda och ett för resten. Aki Lindén (Familje- och omsorgsminister) menar att vi borde ha ett integrerat system. Två miljoner finländare har tillgång till företagshälsovård som arbetsgivaren enligt lag måste erbjuda. Källa: Huvudstadsbladet, Fredrik Häggman 22 april 2022 och Iltasanomat 5 maj 2022.

utformningen. Skapelsen har välsignats med lagar och föreskrifter som befäster företagshälsovårdens fasta plats i företag. Kunden frågar; för vem arbetar företagshälsovården? För oss eller för sina ägare och finansiärer? Frågan om vad har vi för nytta av företagshälsovården i dagens arbetsliv, väntar på svar. Så också frågan om hur trygghetsförsäkringarna fungerar. Vad är nuvarande försäkringsrutinernas tekniska och funktionella kvalitet samt effektivitet.

Trygghetsförsäkring vid arbetsskada, TFA

TFA gäller vid

- arbetsrelaterad sjukdom som är orsakad av jobbet och har varat i mer än 180 dagar
- olycksfall på jobbet
- olycksfall på väg till eller från jobbet (ej ”färdolycksfall” som täcks av trafikskadelagen)
- olycksfall på uppdrag av arbetsgivaren eller din fackliga organisations räkning.

Tjänstegrupplivförsäkring vid dödsfall, TGL

För tjänstegrupplivförsäkring (TGL) gäller dessa försäkringsvillkor samt de gemensamma försäkringsvillkoren och de bestämmelser i övrigt som fastställts i överenskommelser som träffats av Svenskt Näringsliv och LO.

TGL gäller vid

- dödsfall före 65 års ålder, oavsett vad som orsakade dödsfallet
- även i vissa fall efter 65 års ålder om du fortsatt arbeta utan uppehåll och i oförändrad form.

Även om du är sjukskriven, beviljad sjukersättning/aktivitetsersättning eller om du är arbetsskadad så omfattas du av TGL.

Försäkringen innehåller även efterskydd i två år vid arbetslöshet.

Ersättningen betalas ut av Afa Försäkring.

TGL innehåller tre typer av ersättning:

- Begravningshjälp som utbetalas direkt till dödsboet. Ersättningens storlek är ett halvt prisbasbelopp (21 400 kronor).
- Ett grundbelopp som betalas till förmånstagaren (make, maka, registrerad partner, sambo eller barn). Grundbeloppets storlek beror på vilka anhöriga du efterlämnar, din ålder och din arbetstid.
- Ett barnbelopp per barn. Barnbeloppets storlek beror på din arbetstid och barnets ålder.

De belopp som anges i tabellens kolumn 1 betalas ut i fall där den avlidna varit anställd för att utföra arbete minst 16 timmar/vecka. Har den avlidna varit anställd

för att utföra arbete minst 8 men inte 16 timmar per vecka utgör beloppet vad som anges i kolumn 2.

Försäkring vid dödsfallet TGL

Den försäkrades ålder vid dödsfallet	Kolumn 1 Arbetat Minst 16 tim/v	Kolumn 2 Arbetat Minst 8 tim/v
Under 55 år	285 600 kr	142 800 kr
55 men inte 56 år	261 800 kr	130 900 kr
56 men inte 57 år	238 000 kr	119 000 kr
57 men inte 58 år	214 200 kr	107 100 kr
58 men inte 59 år	190 400 kr	95 200 kr
59 men inte 60 år	166 600 kr	83 300 kr
60 men inte 61 år	142 800 kr	71 400 kr
61 men inte 62 år	119 000 kr	59 500 kr
62 men inte 63 år	95 200 kr	47 600 kr
63 men inte 64 år	71 400 kr	35 700 kr
64 år eller däröver	47 600 kr	23 800 kr

På sista raden står en text som lyder 64 år **eller däröver**. Det är just ordet däröver som är det nya i försäkringsreglerna som man förhandlade om vid uppdateringen 2021-01-01 och den lyder: **”Vid cancersjukdom orsakad av asbestexponering i arbetet gäller ingen åldersgräns.”**

Hur och med vilka argument åldersgränsen till slut ändrades att gälla alla också **äldre än 65 år med arbetssjukdomar på grund av asbest** känner jag inte till. Jag är dock övertygad om att den kritik som framfördes i byggnadsarbetarnas egen fackliga tidning och andra tidningar har påverkat beslutsfattarna, såväl fackets som arbetsgivares förhandlare. I artiklarna påminner skadade byggnadsarbetare om asbestrisken som inte är över. Artiklarna synliggör också svårigheterna i hanteringen av försäkringsärenden. När vi läser dessa artiklar i Byggnadsarbetaren slås vi av hur svårt det är för svenskarna själva trots språkfärdigheterna att få rätt i sina försäkringsärenden. De med dåliga språkkunskaper har ännu svårare att hantera sina försäkringsärenden.

Uppsökande verksamhet för bloggare och facebookare

Ordet ”därutöver” är således ett viktigt ord om vilket de försäkringsansvariga snarast bör informera alla arbetsskadade med sjukdomen asbestcancer, även långtidssjukfrånvarande och förtidspensionerade. Sker det? Nej, har jag fått till svar med motiveringen att varken försäkringsbolaget Afa¹¹ eller Försäkringskassan arbetar uppsökande när det gäller anhöriga till dem som varit försäkrade och dött i asbestcancer. Med Afa:s bevakningsverktyg nås enbart de som bloggar om sin arbetsskada. ”Genom att använda bevakningsverktyg får vi rapporter om de som bloggar om arbetsskada, sjukskrivning eller föräldraledighet. Vårt kundcenter besöker bloggarna för att se om de är aktuella för vår försäkring och skriver i så fall in en kommentar och tipsar om hur man kontaktar oss.” Hur många äldre arbetsskadade byggnadsarbetare bloggar och är med på Facebook? Hur många av dem som har flyttat tillbaka till sina hemländer nås av Afa:s bevakningsverktyg?

Det innebär att alla de som skadades av asbest i Sverige på 1960-talet eller årtionden senare inte får någon ersättning från dödsfallsförsäkringen som de har varit med och finansierat under sina arbetsår i Sverige. Nästa fråga som borde ställas av de drabbade är: vad gör försäkringsbolaget Afa med allt inestående försäkringskapital vars mottagare aldrig hittas på grund av informations- och hanteringsbristerna? Vad ska man kalla detta: ett misstag, ett selektivt försäkringsansvar som enbart tillämpas för utländsk arbetskraft och de svenskar som inte får hjälp att anmäla försäkringsärendet? Dödsfallsstatistik finns och i den också uppgifterna om dödsorsaken. Kanske finns där i framtiden också en uppgift om den dödas blogg- eller Facebookadress. Utnyttjar försäkringsbolaget sina kunders okunnighet? Är det dags att granska försäkringsbolaget verkliga kännedom om sina kunder och deras kultur? Vad gör svårt sjuka 70- och 80-åringar, bloggar och är aktiva i Facebook? Bra om det är så! Men vad händer med dem och deras anhöriga som inte gör det?

¹¹ **Utmärkelser för Uppsökande kundtjänst** Quality Innovation of the Year Afa Försäkring vann pris i kategorin Large organizations för ”Proactive customer service in social media och motiveringen var.” Afa Försäkring söker upp kunder som bloggar om sjukskrivning, arbetsrelaterade skador eller föräldraledighet och informerar dem om att de sannolikt har rätt till ekonomisk kompensation genom sin försäkring. Afa Försäkrings främsta mål är att ingen försäkrad person skall missa sin rättmätiga ersättning.”

Hämtad <https://www.mynewsdesk.com/se/afaforsakring/pressreleases/internationelltpris-till-uppsoekande-kundtjaenst-7037822022-05-05>.

Jag vill inte räkna

Jag vill inte förminska människolivets värde och mäta förlusten med siffror i ett kalkylexempel. En människa som är döende i asbestcancer eller annan arbetsjukdom räknas inte som investeringskalkylens investeringsobjekt, kapital eller restvärde. Vad skulle ett sådant räkneexempel visa? Att dödliga arbetssjukdomar är dyra för samhället och det i sin tur belastar oss alla skattebetalare – inte enbart dem som orsakade den dödliga arbetssjukdomen? Det vet vi redan. För de dödas anhöriga är de alltid oersättliga förluster. Men sedan då? Vad är man beredd att göra för att undvika dödsfallen? Jag hör inte svaret. Jag är rädd att det inte finns ett svar och då är det inte heller värt att sätta en prislapp på det som man vare sig vill eller har kraft att göra något åt. Ekonomiskt underhåll hör inte till ett ämne som detta. I mitt arbete som ekonom finns många tillfällen då beslutet styrs av det penningvärde som investeringskalkylen visar och ger en ekonomiskt lönsam avkastning. Ingen har mig veterligen räknat på asbestdödens totala ekonomiska och humanistiska värdeförluster. Inte heller på de nuvarande försäkringsrutinernas tekniska och funktionella kvalitet samt effektivitet.

Rätten till eget språk under sjukvården

Kort om minoritetslagens tillämpning i landstingsorganisationer

Tanja berättar

Den 1 januari 2019 träder revideringar i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk i kraft. Den ger samtliga nationella minoriteter utökade rättigheter till bland annat information och inflytande. Barns och ungas möjligheter till inflytande ska främjas särskilt. Från samma datum blir också kommuner och landsting skyldiga att anta mål och riktlinjer för sitt minoritetspolitiska arbete.

Utöver bestämmelser som omfattar samtliga nationella minoriteter finns särskilda rättigheter som gäller i de så kallade förvaltningsområdena för finska, meänkieli och samiska¹³. I kommuner som ingår i förvaltningsområdena ska de nationella minoriteterna kunna använda sitt språk i kontakt med myndigheter och landsting, både muntligen och skriftligen. Förvaltningsmyndigheter måste se till att det finns personal som behärskar språket eller språken. Kommunen och landstinget ska också kunna erbjuda barn- och äldreomsorgen och landstingen/regionerna information om sjukvården på minoritetsspråken.¹⁴

Vi gör här en kort sammanställning av situationer som berör språket under asbestcancerdöden som beskrivs i den här boktexten. De har tidigare i redovisningen av A:s sjukvård lämnats okommenterade för att samlas till en diskussion här i bokens avslutande kapitel. A:s rättigheter i den redan så utsatta situationen kom honom inte till hjälp i praktiken. Pappa kan inte ha varit den enda finsktalande patient som fått en utförlig utarbetad pärm som beskrev hans kommande cancervård på ett språk han inte förstod.

- Finns den på finska, frågade jag lite försiktigt.
- Nej tyvärr, svarade kontaktsköterskan.

Pappa och många andra innan och efter har på så vis inte fått möjlighet att vara delaktig i sin egen vård. Den pärmen ligger orörd och öppnades aldrig. Minoritetsrättigheterna är ännu inte väl förankrade i kommun eller landsting och de har vi genom vår berättelse kunnat vittna om. Både Stockholms kommun och Huddinge kommun finns på listan över kommuner som har anslutit sig till att i sin verksamhet verkställa efterlevnaden i förordningen om nationella minoriteter och

¹³ Man beräknar att 200 000–250 000 sverigefinnar kan finska. Finska är ett finsk-ugriskt språk och tillhör alltså samma stam som till exempel samiska men de närmast besläktade språken är karelskan och estniskan. Finskan har använts i Sverige så länge som Sverige funnits. Källa: [Fakta förvaltningsområden - Minoritet.se](#)

¹⁴ Förordning (2009:1299) om nationella minoriteter och minoritetsspråket. SFS 2019:1077

SFS nr: 2009:1299

Departement/myndighet: Kulturdepartementet

Utfärdad: 2009-11-26

Ändrad: t.o.m. SFS 2019:1077

Ändringsregister: [SFSR \(Regeringskansliet\)](#)

Källa: [Fulltext \(Regeringskansliet\)](#)

minoritetsspråk. Fina lagar upprättas utan någon som helst uppföljning för Sveriges minoriteter. Om någonstans så är det just inom sjukvården som språket blir den viktigaste delen av människans, både patienten, dennas anhöriga och sjukvårdspersonalen, verktyg för kommunikation, dialog och förståelse.

Hur infrias regeringens minoritetspolitik i verkliga livet? Här följer ett axplock erfarenheter med personliga kommentarer. De är hämtade från sjukhusjournalerna som vi inte kommenterat tidigare utan enbart redovisat som rena obearbetade fakta.

Förvirrad patient eller oerfaren läkare? Vår tolkning ger några dystra svar. Inte bara min pappa beskrivs som förvirrad i vård och omsorg där språket inte främjade kommunikationen mellan patienten och sjukvårdspersonalen. Här har kommuner och landsting ett stort problem som måste åtgärdas. Människor får lida helt i onödan. De resurser som skulle krävas för att förhindra det är ingen kostnad jämfört med exempelvis de onödiga hjärnröntgenundersökningar som erbjöds min far som beskrevs som förvirrad, eller sjukvård som fördröjs på grund av osakligt bemötande vilket också framgår av mötet på vårdcentralen sommaren 2018. Ett annat möte dokumenteras på akutsjukvården 12 april 2022 varav läkarens bedömning framgår av sjukvårdsjournalen. Mitt råd till den unge läkaren är att sätta samma mängd narkotikaplåster på sin egen rygg och därefter översätta pappas favoritjulsång på finska till svenska.

Det ställs *ensidigt krav på patienten* som ska som sjuk och hjälpbehövande på flytande svenska snabbt kunna redogöra för sjukdomshistorik, medicinering och vårdkontakter. Däremot verkar det som att motsvarande krav inte ställs på sjukvårdspersonalens språkkunskaper. I dödsfallet vi beskriver i boken finns ett exempel från 16.4 om en jourhavande läkare som inte talade mer svenska än en kort fras om den kommande konferensen. Ska då patienten beskriva läkaren vara förvirrad, okunnig, oengagerad eller bara dum i huvudet? Nej, jag tror patienten har överseende och förstår att det är frågan om en utländsk läkare som ännu inte behärskar språket. Precis som patienten själv.

Ibland är det *kulturen som krockar* och inte språket. Läkaren på akutmottagningen som snabbt gick igenom sina standardfrågor med A hade ingen som helst möjlighet att veta något om patientens bakgrund och kulturen i dennes hemland. Inte heller om uppväxten på 1940-talet i en krigshärjad liten by på landet. Där var apotekaren, kyrkoherden och kommunläkaren de mest vördade personerna. Vid läkarbesöket klädde man alltid på sig bästa, rena helgkläderna, uppförde sig väl och varken svor eller använde opassande ord. Man var hövlig. Aldrig i livet kunde man drömma om att den högt vördade doktorn skulle fråga patienten om vad avföringen i utedasset luktar. Sådana vulgära frågor ställde man inte. Så var kulturen i A:s hemby. A kunde inte svara och läkaren tolkade honom vara förvirrad.

Att inte vara delaktig i sin egen sjukvård och att inte heller förstå syftet med olika sjukvårdsaktiviteter gör att man blir helt beroende av nära anhörigas förmåga/orke/engagemang i att ställa upp som översättare och budbärare av vårdgivarens information och meddelanden. Avsaknad av ett gemensamt språk synliggörs ofta i de mycket svåra frågorna som läkare, den sjuke och anhöriga möter under vården. Här ett exempel. Paula berättar. Dottern och jag frågade varandra många gånger om huruvida vi skulle berätta för A att sjukdomen inte kunde botas och att han inte hade

mer än några månader kvar att leva. Hur skulle ett sådant besked påverka honom? Han var ju enligt sin egen uppfattning ”bara lite sjuk”, som han hade sagt till dottern. Skulle vi då gå fram och säga nej, du är inte alls ”lite sjuk” utan döende om några månader/veckor. Dottern såg tidigt att möjligheterna att överleva asbestcancer inte fanns och jag levde med hoppet att min man var ett statistiskt undantag och inte alls skulle dö utan bli botad med cellgifterna. Läkaren som A uppfattade som sin egen doktor tyckte att vi skulle vara ärliga och berätta om det kommande sjukdomsförloppet. Det ville vi inte med kunskap om att det skulle knäcka A totalt. Det skulle skapa en ångest och rädsla som skulle bli svårare att hantera än den fysiska smärtan. Dessutom, vem skulle ha kunnat trösta honom på sjukhuset när det inte ens fanns ett gemensamt språk, och ingen tolk annat än då dottern eller jag var med honom på avdelningen? Vi var hela vårdtiden på sjukhuset rädda att någon på avdelningen skulle berätta för A på finska om hans kommande död.