

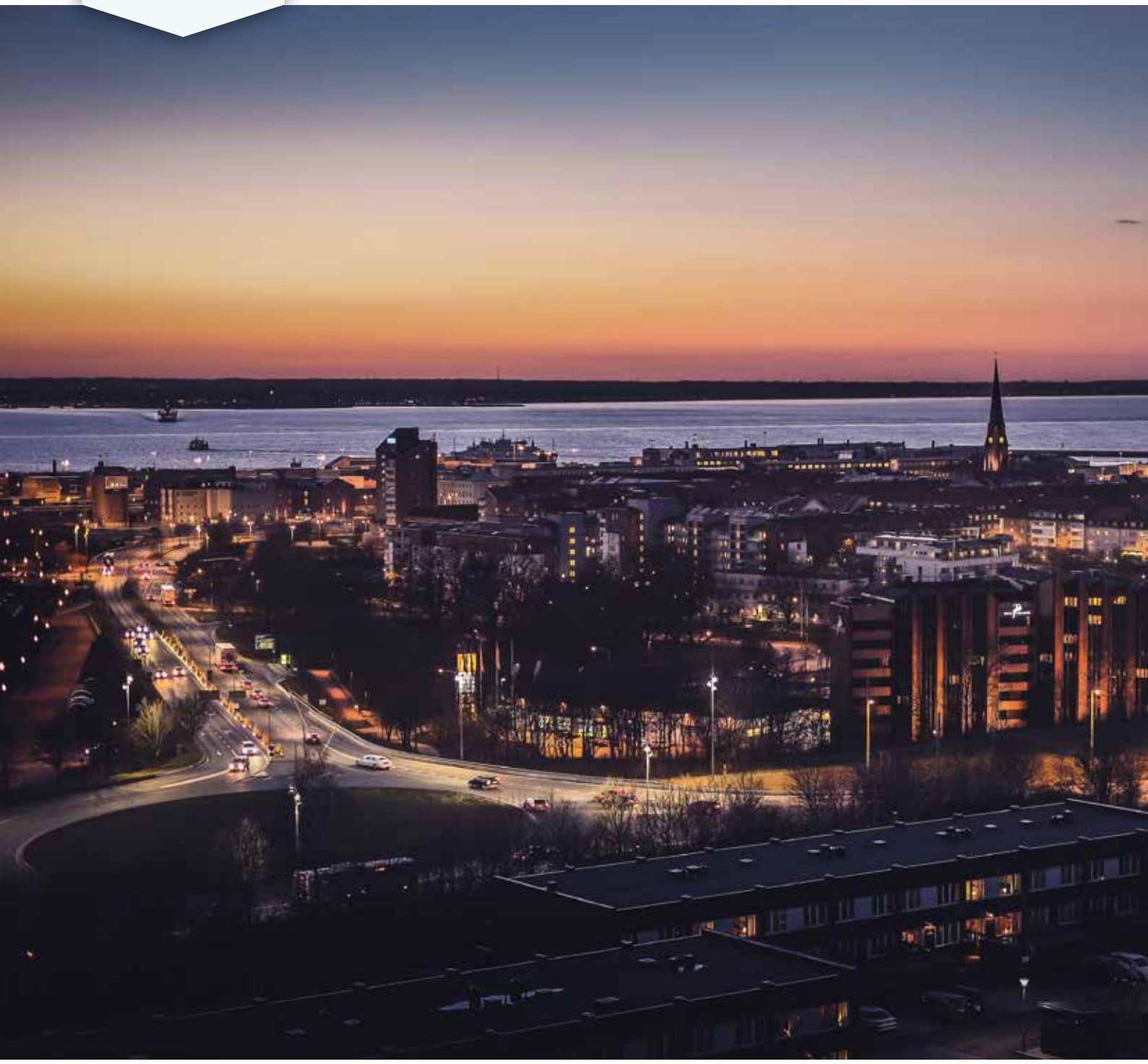


Officiellt Organ för
Svensk Förening för
Anestesi och Intensivvård

Volym 30
Nr 3 • september 2024

SFAI

tidningen



Kongressbilaga medföljer – läs allt om SFAI & Anlva-veckan
Global anestesi ur ett nordiskt perspektiv
Filosofiska aspekter på smärta

SFAI:s delföreningar med mera

Svensk Förening för Anestesi – SFAne

Jakob Walldén, ordförande
Sundsvalls sjukhus/Umeå Universitet
jakob.wallden@umu.se

Svensk Förening för Obstetrisk Anestesi och Intensivvård – SFOAI

Susanne Ledin Eriksson, ordförande
Anestesikliniken Gävle sjukhus
Tel: 026-15 40 83
susanne.ledin-eriksson@lg.se

SFAI:s delförening för operationsledning

Helena Krook, ordförande
Anestesi- och Intensivvårdskliniken
Vrinnevisjukhuset, Norrköping
Tel: 072-515 05 60
helena.krook@regionostergotland.se

SFAI:s delförening för undervisning och forskning – SFAI-UF

Malin Jonsson Fagerlund, ordförande
Karolinska University Hospital, Stockholm.
malin.jonsson.fagerlund@ki.se

Svensk Förening för Regionalanestesi – SFRA

Christian Bergek, ordförande
AnOpIVA Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus, Göteborg
Tel: 0709-94 00 52
cbergek@gmail.com

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård vid ÖNH- och Plastikkirurgi – SFAIÖP

Jonas Graf, ordförande
ANOPIVA US Linköping
Jonas.Graf@regionostergotland.se

Delföreningen för etik inom SFAI – ETOS

Eva Hannerz Schmidtke, ordförande,
AnOpIVA, Akademiska Sjukhuset Uppsala
eva.schmidtke@akademiska.se

Svensk Förening för Barnanestesi och Barnintensivvård – SFBABI

Tomas Luther, ordförande
Akademiska Sjukhuset, Uppsala
tomas.luther@surgsci.uu.se

Svensk Förening för Läkare inom Prehospital Akutsjukvård – SFLPA

Denise Bäckström, ordförande
denise.backstrom@gmail.com

Sveriges Ledningsansvariga Ambulansläkare i Samverkan - SLAS

Annika Åström Victorén, ordförande
Region Jönköpings län
annika.astrom.victoren@rjl.se

Svensk Förening för Thoraxanestesi och -intensivvård – SFTAI

Erik Mörtberg
Akademiska sjukhuset Uppsala
erik.mortberg@akademiska.se

Svenska Intensivvårdssällskapet – SIS

Björn Bark
Skånes Universitetssjukhus, Lund
bjorn.bark@skane.se

Svensk Förening för Postoperativ Vård – SPOV

Edit Herczeghne, ordförande
Akademiska Sjukhuset Uppsala
edit.herczeghne@gmail.com

SFAI:s delförening för Hyperbarmedicin

Anders Kjellberg, bitr öf IVA,
Medicinskt Ledningsansvarig för Hyperbarmedicin
på Karolinska Universitetssjukhuset, Solna. Tel:
08-517 752 12
anders.kjellberg@ki.se

SYA (tidigare Ung i SFAI)

Emelie Dickman Kahm, ordförande
Karolinska universitetssjukhuset Solna
ST-läkare,
emelie.dickman-kahm@regionstockholm.se

KVAST (KVALitetssäkring av ST)

Marco Schuster, ordförande
marco.schuster@regionstockholm.se

Associerad: Svenska Intensivvårdsregistret – SIR

Johnny Hillgren, ordförande
johnny.hillgren@icuregswe.org

Associerad: Svenskt Perioperativt Register – SPOR

Bengt Cederlund, registerhållare
Anestesikliniken, Södertälje Sjukhus
Tel: 08-550 252 02
bengt.cederlund@sl.se

Svensk Förening för Ultraljud i Anestesi och Intensivvård – SFULAI

Morten Strinnholm, ordförande,
Kungälvssjukhus,
morten.strinnholm@vgregion.se

KOM IHÅG!

Glöm inte skicka in ändringar till redaktionen!
tidningen@sfai.se

SFAI:s kanslifunktion



mkon
We are super awesome www.mkon.se

SFAI:s kanslifunktion köps från **MKON**.

Kontakta kansliet om du vill anmäla adressändring, har frågor om medlemsavgift etc.

MKON anlitas även för den årliga SFAI-veckan.

Kontaktuppgifter:

Telefon: 040-25 85 50

E-post: kansli@sfai.se

Hilda Ståhl: hilda@mkon.se

För mer information om **MKON**, se: www.mkon.se eller www.malmokongressbyra.se

Leia Fernandes, Lotta Ahlbertz & Hilda Ståhl



SFAI-tidningen

Officiellt organ för Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård
Volym 30, nummer 3-2024

Adress: SFAI-tidningen
c/o Malmö Kongressbyrå
Norra Vallgatan 16
211 25 Malmö

Grundare: Rolf Sandin, Kalmar
Tidningen grundades 1995.

Ansvarig utgivare: Maja Ewert

Redaktör: Karolina Persson
tidningen@sfa.se
Telefon: 0709-56 87 11

Prenumeration: Genom medlemskap i SFAI

Annonspriser och annonsmaterial:
Kontakta Lotta Ahlbertz lotta@mkon.se
samt skicka högupplöst PDF på ert material.

Layout:
Marita Malmgren – Originalaren, Malmö

Tryck: Grafiska Gruppen, Malmö
Tryckeri och papper uppfyller
kriterierna för Svanen-märkning.



Nästa nummer utkommer 1 december 2024.

Bidrag och redaktionella annonser skall
vara redaktionen tillhanda **8 oktober**.
Fyra nummer utkommer årligen:
februari, maj, augusti och december.

SFAI:s hemsida finns på www.sfa.se

Omslagsbild:
Helsingborg

Foto:
Pixabay

**Illustrationer
sidhuvudet:**
Frida Axell Grafik
& Illustration



Innehåll i nr 3-2024

SFAI:s delföreningar med mera	omslag insida
SFAI:s kanslifunktion	omslag insida
Ordföranden har ordet	3
Nya medlemmar	4
Redaktören reflekterar	5
Global anestesi ur ett nordiskt perspektiv	7
Rapport från SYA:s Kursdagar maj 2024 i Arild.....	10
Har vi en jämlik ST-utbildning?	14
SYA:s styrelse har fått nya medlemmar!.....	19
Smärtans olika skepnader ur ett medicinfilosofiskt perspektiv ..	21
Den Gyllene Larynxmasken 2024.....	22
Kallelse Årsmöte i svensk förening för Anestesi och Intensivvård.....	26

SFAI & Anlva-veckan

SYA-Symposium.....	18
SYAs Kunskapsstafett	18

Aktuell forskning

How we talk: aspects of communication and team cognition of trauma resuscitation teams.....	24
Clinical and physiological consequences of preoxygenation using high-flow nasal oxygen in emergency anaesthesia	25

Kurser, möten, inbjudningar m.m.

Sen-i-åren-dagen	6
Intensivvårdsmöte.....	13
MedEd on the Edge	17
SAFT	20
traumAAnestesi	20
TAASK-Express.....	20
TAASK-Masterclass.....	20
9th EVTM Symposium	23
Akut nefrologi & dialys inom intensivvård.....	23
Ultraljudskursen	23
Thoraxanestesi och Thoraxintensivvård.....	23
Karolinska Institutet - Travel scholarship 2024.....	27
Den svåra luftvägen.....	27
Bakjurskursen Del 2.....	27
Smärta och Smärtbehandling.....	27
Kalendarium	28



SFAI:s verksamhet – mångsidig, stimulerande och betydelsefull!

Av Maja Ewert, ordförande i SFAI, överläkare anestesi och intensivvård, verksamhetschef Hallands sjukhus Varberg

”Det blir inget kalas, det blir en BALUNS” så beskrev kongressamiral, Jesper Johnsson, SFAI & AnIva-veckan i Helsingborg. Det ser vi fram emot! En vecka fylld av nya rön, fördjupad kunskap, inspiration, glada kollegor och goda vänner. Varmt välkomna till sundets pärla Helsingborg!

Varje år sammanfattas SFAI:s styrelse och alla delföreningars insatser och arbete under året i en verksamhetsberättelse. Varje år blir jag lika förundrad och berörd över allt arbete som görs och all tid som ideellt investeras i vår specialitet och därmed våra patienter. Det är ett enormt engagemang som år efter år resulterar i kursverksamhet, seminarier, riktlinjer och möten för att dela kunskap och utveckling. I år har även en Operations- och Intensivvårdsfond startats upp och ett första Nyhetsbrev skickats ut. Vill ni veta mer om vad

som görs så är ni välkomna till SFAI:s årsmöte på torsdagen den 19 september under SFAI & AnIva-veckan eller så tar ni del av SFAI:s verksamhetsberättelse som skickas ut till alla medlemmar och publiceras på hemsidan. Vill du påverka vilka ämnen och fokusområden som SFAI ska arbeta med

”

**DET ÄR ETT ENORMT
ENGAGEMANG SOM ÅR
EFTER ÅR RESULTERAR
I KURSVERKSAMHET,
SEMINARIER, RIKT-
LINJER OCH MÖTEN”**

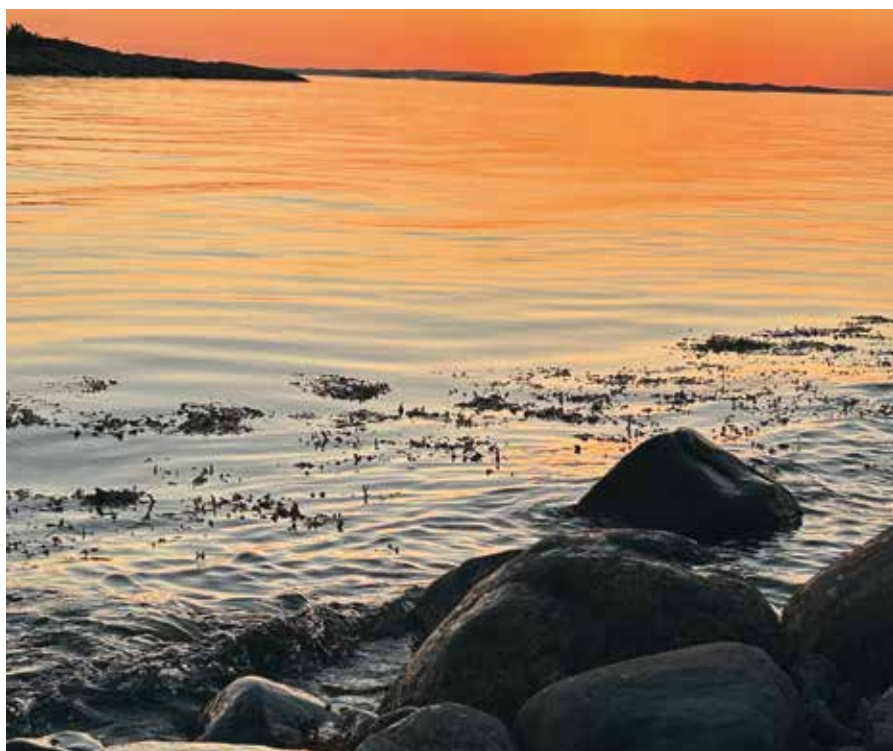
Ordföranden
har ordet



Maja Ewert

under kommande år? Har du uppslag och idéer så tar vi gärna emot dem! Det är ju just det som SFAI:s medlemmar tycker är viktigt och värdefullt som vi arbetar för. Skriv då till oss styrelsen@sfai.se.

Det här är den sista ledaren som jag skriver som ordförande i SFAI. Efter snart tio år i styrelsen har jag fått ta del av, men även vara en del av, SFAI:s aktiviteter under en längre tid, vilket har varit otroligt roligt och värdefullt på så många sätt. Det har varit många kontakter med kunniga och engagerade medlemmar, delföreningar och styrelseledamöter vilket i stort sett alltid bidragit till utveckling och framsteg. Det har varit ständigt stimulerande och betydelsefullt. Det är lite vemodigt att lämna mitt uppdrag, men det är dags. Så stort och varmt tack till er alla för den här tiden!



Solnedgång i Kullavik



Vallmon vajar i sommarvinden Foto: Maja Ewert



Vi hälsar följande nya medlemmar välkomna till SFAI:



Awad Smew

Karolinska Universitetssjukhuset Solna
awad.smew@ki.se

Erik Erlandsson

Södersjukhuset AB
erik.erlandsson@regionstockholm.se

Edda Palsdottir

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
eddapalsd@gmail.com

Ebba Hillstedt

Skånes Universitetssjukhus, Malmö
ebba.hillstedt@gmail.com

Rebecca Arbin Borsiin

Helsingborgs lasarett
rebecca@borsiin.com

Martin Langer

Sunderby sjukhus
martin.langer@norrbotten.se

Emina Bjelak

Länssjukhuset Ryhov
eminabjelak97@gmail.com

Julia Dimling

Falu Lasarett
juliadimling@hotmail.com

Åsa Hambræus

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
asa96@murena.se

Andreas Krönlein

Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
andreas.kronlein@vgregion.se

Anna Ramstedt

Falu lasarett
anna.ramstedt@regiondalarna.se

Lovisa Bergwall

Linköpings Universitetssjukhus
lovisa.bergwall@regionostergotland.se

Sofia Carlsson

Sofiacarlsson4@hotmail.com

Andreas Liliequist

Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
andreas.liliequist@gmail.com

Ola Jeppsson

Centrallasarettet Växjö
ola.l.jeppsson@gmail.com

Emma Andersson

Mölndals sjukhus/Sahlgrenska
Universitetssjukhuset
emma.a-son@hotmail.com

Brigita Dobrovolskyte-Jablonskiene

Kalmar
brigiliukas@yahoo.com

Elin Solborg Eyjolfsdottir

Malmö Sjukhus
elinsolborg@gmail.com

Rasmus Larsson

raslar857597@outlook.com

Josefine Jordahl

Mälarsjukhuset, Region Sörmland
jordahl.josefine@gmail.com

Erik Storm

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
erik.storm@vgregion.se

Danira Mesinovic

danira.mesinovic@gmail.com

Nicolás Umpiérrez Mayor

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
nicolasumpierrezmayor@gmail.com

Elisabet Edström

Mora lasarett
elisabet.edstrom@live.se

Markko Partelpoeg

North-Estonia Medical Centre
markko25@gmail.com

Fredrik Nyström

NUS/Hjärtcentrum
fredrik.nystrom@regionvasterbotten.se

Välkomna!



Kommunikation – något av det svåraste som finns

Av Karolina Persson, redaktör för SFAI-tidningen

Som helt ny underläkare hamnade jag för många år sedan på ett hjärtstoppslarm på en kardiologiavdelning på sjukhuset. Jag minns inte vad det rörde sig om alls, lite underligt eftersom andra akuta situationer tidigt i karriären lämnat outplånliga spår i mitt medvetande, men kanske beror det på att jag inte varken kände patienten eller hade någon aktiv roll i teamet. Jag bidrog (tveksamt uttryckt) till skaran av förbipasserande som stannade till, och rättfärdigade min existens med att jag faktiskt behövde se och lära. Och det jag lärde var följande: kommunikation är svårt.

HLR pågick intensivt med manuella kompressioner men med sedvanlig ojämn kvalitet, det är ju otroligt jobbigt att komprimera korrekt under mer än någon minut. Upprepade gånger ropade därför teamledaren efter LUCAS (som vid den här tiden nog inte var så vitt spridd som nu, men inte oväntat fanns på ett flertal ställen på födelseplatsen i Lund). Men ingenting hände. Jag gissar att närmre tjugo personer befann sig i rummet, men ingen rörde en fena för att hämta apparaten, som fanns högst fem meter bort. Tills en av läkarstudenterna som tryckt längs vägen inte uthärdade längre utan i frustration över

”

**KOMMUNIKATION
ÄR SVÅRT. INTE
MINST I AKUTA
SITUATIONER.”**

dysfunktionaliteten närmast vrålade ”Okej, jag hämtar Lucas! Men vem är Lucas???” Då lossnade proppen plötsligt och fem andra personer (med lite mer lokalkännedom) rusade iväg efter den önskade utrustningen.

Kommunikation är svårt. Inte minst i akuta situationer. Detta kan ni för övrigt läsa mer om i sammanfattningen av Liselott Fornanders spännande avhandling på sidan 24 i tidningen. Men att kommunicera sitt budskap väl kan vara utmanande även i lugnare situationer. Som nämnts tidigare fick SFAI förra året förmånen att ”granskas” av en grupp journaliststudenter som i sina examensarbeten tog sig an uppgiften att skapa förslag till sammanhållen och modern kommunikationsstrategi och

Redaktören
reflekterar



Karolina Persson

grafisk profil för SFAI. Styrelsen har funderat och diskuterat intensivt utifrån deras slutsatser, och det är tydligt att uppdateringar och förbättringar behövs för att SFAI ska ha en så optimal kommunikation som möjligt med såväl medlemmar som övrig omvärld. En av effekterna av diskussionerna har ni förhoppningsvis redan sett – nyhetsbrevet som skickades ut under sommaren med målet att kunna ge snabba uppdateringar om aktuella händelser till alla medlemmar.

Ett annat diskussionsämne under kommunikationsarbetet är SFAI-tidningens existens. Trots att ett flertal specialitetsföreningar fortfarande har en tryckt medlemstidning kan detta kanske ifrågasättas i en alltmer digital värld. Finns det bättre sätt att uppfylla SFAI-tidningens syften att informera, väcka intresse, underhålla och skapa gemenskap? Inför nästa år diskuteras därför olika förändringar, något ni kommer att kunna läsa mer om i decembernumret. Har Du redan nu tankar om SFAI-tidningens framtid? Hör av Dig till redaktionen på tidningen@sfai.se, eller ta kontakt med mig eller någon annan styrelsemedlem på SFAI & AnIva-veckan i Helsingborg! ■



Manusstopp för SFAI-tidningen nr 4 2024 är

8 oktober

Glöm inte att skicka in material i god tid till: tidningen@sfa.se



Global anestesi ur ett nordiskt perspektiv

Emily Tegnell, Specialistläkare i anestesi och intensivvård, Sahlgrenska sjukhuset, emilytegnell@gmail.com,

Jonna Idh, PhD, Överläkare i anestesi och intensivvård, Västerviks sjukhus,

Henrik Jörnvall, PhD, Överläkare i anestesi och intensivvård, Karolinska Sjukhuset,

Jannicke Mellin-Olsen, Overlege anestesilogi, Bærum sykehus, Norge

A är fritt, jag går vidare till B! ABC-algoritmen hörs förmodligen på olika språk kontinuerligt någonsans i världen. För ja, fysiologin är ju densamma, men förutsättningarna för att som anestesilog leda resusciteringen skiljer sig desto mer. I den här artikeln skriver vi om anestesi i låg- och medelinkomstländer (LMIL) från vårt nordiska perspektiv. Vi som skriver artikeln har främst erfarenhet från Afrika söder om Sahara men även från Östeuropa, Asien och Sydamerika.

På liv och död

“Du vet, ikväll hade jag en patient”, säger en svensk narkosläkare som är i Centralafrikanska republiken. “Hon blir sämre och sämre cirkulatoriskt trots att de till slut var klara med hennes hysterektomi i ketalar. Så jag bad narkossjuksköterskan blanda dubbelspätt adrenalin och läget blev mer och mer kritiskt. Jag ville också tuba. Det konstiga var att så här i efterhand kan jag se att ju svårare situationen blev, ju färre

”

**ANESTESIOLOGISK
KOMPETENS
ÄR EN GLOBAL
BRISTVARA”**

fanns kvar på sal. Till slut hade alla gått utom den snälla narkossjuksköterskan Ruby. Vi hade fixat patienten, tror jag. Men jag behövde händer. Som inte kom.

HUVUDBUDSKAP

- ▶ Anestesiologisk kompetens är en global bristvara som idag gör att människor idag dör av botbara tillstånd.
- ▶ Medicintekniska donationer riskerar att aldrig komma till användning, eller till och med bli en belastning, på grund av brist på medicinteknisk kompetens, serviceavtal och utbildning av vårdpersonal.
- ▶ Bilateral utbyten inom global anestesi bidrar till kompetensutveckling till nytta både i hög- och låginkomstländer.

Jag frågade om adrenalin och Ruby berättade att hon aldrig sett någon som överlevt som fått adrenalin. Och nästan alla som blev intuberade dog ju också.”

En annan narkosläkare berättar från ett förlossningssjukhus i Tanzania att de flesta av mammorna som gick bort, dog “under transport”. En förklaring var att det då inte var någons fel. På samma sjukhus hade alla barn 8/10/10 i APGAR-score trots att vi stått upptagna med att resuscitera just ett av dem barnen en bra stund.

Det här är ju inte ”vettigt”, tänker du. Men i en verklighet där avancerade livsuppehållande åtgärder, såsom adrenalin, hjärt-lungräddning och intubation, sker sällan och därmed är associerade med en dödlig utgång, kan det finnas en rädsla för att få skulden för det inträffade.

Kan vi jämföra detta med ett nordiskt system där det ofta inte finns någon läkare som säger – stopp, nu räcker det, nu ska den här patienten slippa fler operationer och IVA-vård? Det är ju ibland

inte heller “vettigt”, när vi bara fortsätter och fortsätter. Båda situationerna är exempel på komplexa problem, frustrerande för någon som kommer utifrån, men ingetdera går lätt att fixa av någon som kommer utifrån. Att vända och vrida på liknande etiska problem med kollegor från en helt annan kontext kan göra att vi ser på vår situation med nya ögon och bidra till förändring.

Global hälsa behöver anestesi

I ett globalt hälsoperspektiv har anestesi länge varit en förbisedd specialitet. “If surgery is the neglected stepchild in global health, anaesthesia is his invisible friend” (McClain) [1]. Orsaker till detta kan vara att anestesi har ansetts som högteknologiskt och resurskrävande och därför inte hälsoekonomiskt [2].



Idag saknar många människor i låginkomstländer tillgång till säker anestesi. Foto: Emily Tegnell



Missriktad välvilja vid donationer av utrustning riskerar att skapa medicintekniska "kyrkogårdar".
Foto: Emily Tegnell

The Lancet Commission on Global Surgery 2015 bedömde att cirka 70 % av världens befolkning saknade tillgång till säker anestesi [3]. Mycket har hänt sedan dess och fler och fler länder har fått kapacitet att sätta upp nationella standards för anestesi ("National Surgical, Obstetric, and Anaesthesia Plans", NSOAP) [4, 5]. Andra världsomspännande initiativ är tex World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WFSA) där 150 medlemsländer arbetar med att påverka beslutsfattare, tillhandahålla utbildningsmaterial, jobba med patientsäkerhet och innovation. WFSA har också tillsammans med Världshälsoorganisationen (WHO) tagit fram en minimistandard för säker anestesi "The International Standards for a Safe Practice of Anaesthesia". [6, 7]

Anestesipersonal

För att uppnå ett minimum av de kirurgiska behov man fann i LMIL bedömde The Lancet Commission on Global Surgery att ytterligare 143 miljoner kirur-

giska ingrepp skulle behöva göras årligen i dessa länder [3]. Detta innefattar då tillgång till säker anestesi och perioperativ vård samtidigt som antalet anestesiloger i dagsläget är katastrofalt lågt [3]. Nej, vi menar inte i ditt fikarum!

WFSA inventerade år 2015–2016 antalet "physician anaesthesia providers" (PAP) och antalet "non-physician anaesthesia providers" (NPAP) och fann en spridning från 0 till strax över 40 PAP:s per 100 000 invånare, med den lägsta förekomsten i Afrika och Sydostasien. NPAP:s utgjorde en stor andel av den personal som stod för anestesi, särskilt i länder med begränsade resurser, men även när dessa inkluderades återstod 70 länder med färre än 5 per 100 000 invånare. [8]

Så varför väljer inte läkare i Chad att bli anestesiloger då? En förklaring kan vara att det kan finnas begränsade möjligheter att jobba privat, såsom många läkare i Afrika söder om Sahara tjänar sina pengar, och att statusen för narkosläkare är låg: "Tube in, tube out" sa vår tanzaniska kollega ofta var den interkollegiala beskrivning av en narkosläkarens uppgifter (personlig kommunikation, HJ).

Bristen på anesthesiologisk kompetens kompliceras ytterligare av det fenomen som kallas "braindrain". Som ett exempel resulterade en hjälpinsats i Lettland, där examensavgifter för att bli internationellt godkänd narkosläkare bekostades, i att nyexaminerade narkosläkare flyttade utomlands. "Ni försörjer ju dom med sin utresebiljett!" säger X när Y hjälper till att utbilda. (Personlig kommunikation, JMO)



”
IF SURGERY IS THE
NEGLECTED STEP-
CHILD IN GLOBAL
HEALTH, ANAESTH-
ESIA IS HIS INVISIBLE
FRIEND” (MCCLAIN)

Kyrkogårdar för medicinsk utrustning

Det saknas således anestesipersonal, men är det verkligen möjligt att närmre 70 % av regionala sjukhus i Afrika söder om Sahara saknar en så enkel sak som en pulsoximeter [3, 9, 10] och att 40 % av medicinteknisk utrustning, i många fall donerad sådan, har hamnat på en dammig "kyrkogård" i något hörn på sjukhuset? [11]

Tyvärr stämmer ovanstående påståenden väl överens med vår erfarenhet. En kombination av stora behov, felriktad välmening och en artighet att som mottagare inte tacka nej när någon erbjuder sitt stöd. "Gammalmodig men fullt fungerande labutrustning" (som ingen på plats kan underhålla), "fina ambulanser" (som 2021 levererades till Belgrad men där bårarna inte fick plats), "gamla respiratorer under Covid-pandemin" (men ingen som vet hur man respiratorvårdar patienter), listan kan göras lång.

Anestesi är som känt en teknikberoende specialitet och vi är glada åt monitorering, infusionspumpar och anesthesiapparat, men också beroende av medicinteknisk kompetens. I Norden byts en felande anesthesiapparat snabbt ut mot en fungerande, och vår medicintekniska avdelning felsöker och beställer reservdelar. Den här kedjan glöms tyvärr bort vid de flesta donationer av medicinsk utrustning och bidrar till att "kyrkogården" växer sig allt större. [12]

Capacity building – sjuksköterskor under simuleringsövning på ett sjukhus i Zambia.
Foto: Emily Tegnell

Global hälsa i ny tappning

Med dåliga erfarenheter av medicinsk turism, neokolonialism och donationer som inte är till någon nytta, är det numera utbildning och ”capacity building” som är i ropet. (9) [13]

“Capacity building refers to the process of developing and strengthening the skills, knowledge, abilities, and resources of individuals, organizations, and communities to improve their effectiveness, efficiency, and sustainability. The goal is to empower individuals and groups to better achieve their objectives and contribute to the overall development of a community or sector.” Så säger ChatGPT.

Men är vi som nordiska anestesiologer verkligen rätt personer att bidra med utbildning i en kontext som är så skild från vår egen? Vi vet hur man bedömer vätskestatus med invasiva metoder och hurvida sevofluran lämpar sig för att söva patienter med förhöjt intrakraniellt tryck, men vad spelar det för roll när det saknas personal, mediciner och monitorering? Det kanske blir det omvända, det blir vi som påminns om att vår anestesis föfader, Torsten Gordh lyckades

De svenska restnoteringarna står sig ganska slätt mot den brist på viktiga läkemedel som är vardag för anestesipersonal i många låginkomstländer.

sänka sjukhusmortaliteten avsevärt på Karolinska sjukhuset med hjälp av blott fyra saker; syrgas, sug, svalgtub och sänkt huvudända.

Mycket att vinna

Även om det är svårt att bidra till global hälsa på ett hållbart och klokt sätt finns det mycket att vinna för alla parter. Inte minst för den patient som du och din anestesikollega, från låt säga Madagaskar, klarar igenom en svår operation, eller det barn som överlever sin blindtarmsinflammation för att du råkade vara på plats i Centralafrikanska Republiken.

Vår kollega som åkte till Zanzibar berättar om att laga respiratorslangar med tejp, och hur man bäst delar på en ampull spinalbedövning. Att utöva anestesi i LMIL

är att använda de resurser som finns och den som ger sig i väg på uppdrag får kunskap och erfarenhet att plocka fram där hemma ”när krisen/kriget/pandemin kommer”. Med våra utbytta erfarenheter utmanar vi inte minst dysfunktionella system med vår frågvishet, ”Ska det vara på det här viset?”

Avslutning

Anestesi har nu börjat uppmärksammas som en viktig del i global hälsa och även om det är svårt att bryta sig loss från ett paradigm med neokolonialism [5, 14, 15], hoppas vi att vi tillsammans med vår växande skara anestesikollegor kan sprida kunskap om hur anesthesiologisk kunskap och rätt utrustning är en hörnsten i global hälsa.

Så vi fortsätter att i kör ropa “*ja: A är fritt*”.



Redaktionen kommenterar: Författarna till den här artikeln kommer även att publicera material i ett kommande temanummer om global kirurgi och anestesi i Läkartidningen under hösten – håll utkik efter mer spännande läsning där! Besök även gärna symposiet om global anestesi under SFAI- & Anlva-veckan den 19/9 – läs mer i kongressbilagan!

REFERENSER

1. Meara JG. Global Surgery and Anesthesia Manual: 2014.
2. Bae JY, Groen RS, Kushner AL. Surgery as a public health intervention: common misconceptions versus the truth. Bull World Health Organ. 2011;89:394.
3. Meara JG, Leather AJ, Hagander L, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. Lancet. 2015;386:569-624.
4. Peters AW, Roa L, Rwamasirabo E, et al. National Surgical, Obstetric, and Anesthesia Plans Supporting the Vision of Universal Health Coverage. Glob Health Sci Pract. 2020;8:1-9.
5. Borst RAJ, Wehrens R, Bal R. "And when will you install the new water pump?": disconcerted reflections on how to be a 'good' Global Health scholar. Global Health. 2023;19:19.
6. [2024-02-21]. <https://wfsahq.org/>
7. Gelb AW, Morriss WW, Johnson W, et al. World Health Organization-World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WHO-WFSA) International Standards for a Safe Practice of Anesthesia. Anesth Analg. 2018;126:2047-55.
8. Kempthorne P, Morriss WW, Mellin-Olsen J, et al. The WFSA Global Anesthesia Workforce Survey. Anesth Analg. 2017;125:981-90.
9. Walker IA, Obua AD, Mouton F, et al. Paediatric surgery and anaesthesia in south-western Uganda: a cross-sectional survey. Bull World Health Organ. 2010;88:897-906.
10. Funk LM, Weiser TG, Berry WR, et al. Global operating theatre distribution and pulse oximetry supply: an estimation from reported data. Lancet. 2010;376:1055-61.
11. Perry L, Malkin R. Effectiveness of medical equipment donations to improve health systems: how much medical equipment is broken in the developing world? Med Biol Eng Comput. 2011;49:719-22.
12. WHO Team HPPaSH. Medicines Selection, IP and Affordability (MIA). Guidelines for medicine donations, revised 2010: <https://www.who.int/publications>: 2010.
13. UNDP. Capacity assessment and development In a Systems and Strategic Management Context. 1998.
14. Qin R, Alayande B, Okolo I, et al. Colonisation and its aftermath: reimagining global surgery. BMJ Glob Health. 2024;9.
15. Jumbam DT. How (not) to write about global health. BMJ Glob Health. 2020;5.



Rapport från SYA:s Kursdagar maj 2024 i Arild

Av Emelie Dickman Kahm, ordförande SYA, ST-läkare Karolinska Universitetssjukhuset Solna, emelie.dickman-kahm@regionstockholm.se

Alla foton: SYA-styrelsen

SYA anordnar årligen en vetenskaplig kurs med olika teman där deltagarna, förutom att tillgodogöra sig ny kunskap, får möjlighet till nationellt nätverkande och utbyte av erfarenheter med kollegor från hela landet. Det ges även möjlighet att påverka SYA:s arbete genom deltagande i årsmötet som är beläget i anslutning till kursen, samt att under den traditionella KVASt-diskussionen komma med förslag på förbättringsområden inom ramen för vår ST-utbildning.

Under den varma försommaren gick SYAs kursdagar med temat "I nattens mörker" av stapeln 15-17 maj i skånska Arild på Kullahalvön cirka 3,5 mil norr om Helsingborg. Utbildningen innehöll ett brett utbud av ämnen och det gavs även tid till flertalet sociala aktiviteter så som quizkväll, bastubad, gemensamt träningspass och havsbad.

Kursen inleddes onsdag eftermiddag med "Att tuba eller ej?" med Jesper Wallskog från Kungälv's Sjukhus. Efter följde KVASt-diskussionen som i år följde upp hur det ser ut med "läkar-sal" runt om i landet. Deltagarna kunde konkludera att det generellt inte verkar

vara ett utbrett system för att täcka upp bemanningsluckor på sjuksköterskesidan utan främst ett utbildningsmoment som sker i lagom omfattning i början av ST-utbildningen. Således verkar det ha skett en förbättring jämfört med den kartläggning som SYA gjorde år 2019 och som presenterades på Studierek-torsdagen under SFAI-veckan 2021.

”

MARKERA FREDAG 15 NOVEMBER I KALENDERN FÖR DÅ GES "SEN-I-ÅREN-DAGEN" I MALMÖ MED TEMAT GERIATRISKA PATIENTER"

Sedan följde "Barotrauma", en inspirerande och engagerande föreläsning med Emilie Krite Svanberg från Barnoperation/BIVA i Lund. Avslutade dagen gjorde Malin Rundgren från NIVA



Pausfika.

Lund med föreläsningen "Neuro i nattens mörker". En matnyttig föreläsning då dessa patienter dyker upp på samtliga sjukhus men endast några få har stor erfarenhet av att ta hand om dem.

Kvällen fortlöp sedan med middag i den vackra matsalen på Rusthållargården och avslutades med ett uppskattat musikquiz med temat svenska artister.

Efter en god frukost startade Kalle Löfström från Thoraxanestesi på Karolinska Universitetssjukhuset Solna torsdagens föreläsningar med en bred föreläsning om "Respiratorn på natten",



Fullt fokus under KVASt-diskussionen.



Demonstration av hemodynamisk övervakning under pauserna.





Morgondopp.

följt av Karin Nederman från Barnkliniken i Helsingborg med “Neonatalogi i nattens mörker”. Sedan hörde vi den första utav tre föreläsningar av Niklas Nielsen, överläkare på An/Op/IVA i Helsingborg och professor vid Lunds universitet. Första föreläsningen skulle handla om “Arytmier och elrubbingar”, men där kom vi på grund av mycket intressanta och lärorika diskussioner inte längre än till det inledande patientfallet, vilket får ses som ett bra betyg! Som tur var skulle vi få höra mer av Niklas senare under dagen men först var det dags för SYA:s Årsmöte med redovisning av årsrapport och ekonomi samt inval av två nya styrelsemedlemmar; Emelie Havasi från Hallands Sjukhus Varberg och Johanna Nilsén från Centralsjukhuset i Karlstad – varmt välkomna! Läs mer om våra nya styrelseledamöter på sidan 19.

Förutom lärorika och tankeväckande föreläsningar kunde vi i pauserna träffa utställare och bland annat få höra om livet som backläkare i fjällen, testa modern hemodynamisk övervakning, lära oss mer om hur vi kan minska vår

klimatpåverkan med hjälp av filter som rensar utandningsluften från inhalationsgaser, samt titta på utrustning för inhalationsanalgetika för prehospital sjukvård..

Efter lunch fortsatte Niklas Nielsen med en dubbelföreläsning om “ROSC, och nu då...?” där vi fick lära oss allt om hur det går för våra hjärtstoppspatienter samt hur vi handlägger dessa på bästa sätt. Fredrik Wickbom från Halmstad tog därefter vid med “Vad ska vi (inte) göra på jouren?” och avslutade dagen gjorde André Erdling från Thoraxintensiven i Lund med föreläsningen “Koagulation på jourtid”. Vi kan konstatera att hemostas, reglering av koagulation och ROTEM tål att upprepas.

Efter en lång och intressant dag i föreläsningssalen deltog större delen av kursdeltagarna i ett gemensamt träningspass utomhus i solen, blickandes ut över den vackra Skälderviken och Bjärehalvön. De som inte hade fått nog av att svettas under träningspasset besökte Rusthållargårdens relaxavdelning och bastu, medan resten tog

sig ned till havet för ett svalkande dopp innan torsdagen avslutades med en gemensam middag.



**KURSENS SISTA DAG
INLEDDES I ARLA
MORGONSTUND AV
NÅGRA MORGONPIGGA
MED EN LÖPTUR TILL
LARS VILKS MÄKTIGA
KONSTVERK NIMIS”**

Kursens sista dag inleddes i arla morgonstund av några morgonpigga med en löptur till Lars Vilks mäktiga konstverk Nimis innan frukosten som sedan inmundigades i solen på konferenslokalens innergård. Först ut bland föreläsarna var Malin Lothigijs från Linköpings Universitetssjukhus med



Den nya styrelsen (saknas i bild gör Hanna Hövenmark).



I väntan på middagen.





Gemensamt träningspass.



Lars Vilks skulptur Nimis.

“Premedicinering och smärtlindring” följt av “Postop på natten” av Malin Nilsson, också från Linköping. Gemensamt avhandlade de en stor del av de frågor som inte allt för sällan får primärjournens telefon att ringa mitt i natten. Efter följde “När ska jag ringa (in) bakjouren?” av Karolina Persson från Lund, och avslutade kursen gjorde Camilla Edvinsson från Helsingborg med “Sectio och riskmammor jourtid”. Glada, trötta, betydligt klokare och med nyfunna vänner från hela Sverige vinkade vi till sist adjö till vackra Arild.

SYAs styrelse har nu laddat om inför det nya styrelseåret fullspäckat med intensivt och roligt arbete. Vi ser först fram emot SFAI-veckan i Helsingborg där ni inte får missa vårt symposium “Ingrepp eller övergrepp, och till vilket pris?” samt vår nya aktivitet “SYAs Kunskapsstafett – 4 x 10 min hård fakta”

där vi vill öka ST-läkarnas möjlighet till ett mer aktivt deltagande under SFAI-veckan samt skapa förutsättningar för

”
GLADA, TRÖTTA, BETYDLIGT KLOKARE OCH MED NYFUNNA VÄNNER FRÅN HELA SVERIGE VINKADE VI TILL SIST ADJÖ TILL VACKRA ARILD”

återkoppling och utveckling av föreläsningsteknik. Om ni befinner er i Helsingborg redan under tisdagen kan ni på Studierektorsdagen lyssna till presenta-

tionen av vårt Fokusområde “Jämlig utbildning en förutsättning för jämlig vård - Specialanestesi” där SYA med hjälp av enkätundersökning har gjort en kartläggning om hur fördelningen av specialanestesi ser ut runt om i landet. Vi håller också i den populära SYA-puben under onsdagskvällen, i år på The Tivoli!

Om ni vill ta del av SYAs utbildningsdag så markera fredag 15 november i kalendern för då ges ”Sen-i-åren-dagen” i Malmö med temat geriatriska patienter inom anestesi och intensivvård. Det kommer även detta år finnas möjlighet till deltagande via länk.

SYAs styrelse ser gärna att alla som vill hör av sig med idéer och frågor till oss, och är du intresserad av att jobba med oss så ta kontakt med någon i styrelsen eller vår valberedning. Vi hoppas att vi snart ses på en SYA-aktivitet! ■



Dinner with a view.

SVENSK FÖRENING FÖR ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD

INTENSIVVÅRDSMÖTE

KURSINTERNAT 13-15 november 2024, Sigtuna

Svenska Intensivvårdssällskapet, SIS, arrangerar i år sitt 27:e nationella fortbildningsmöte. Som tidigare år blandas föreningsfrågor och aktuella medicinska frågeställningar. Kursen är en post-graduate utbildning för anestesiloger med intensivvårdsintresse. Föreläsningar blandas med paneldebatter och pro-con format.

Kursprogram 2024: Årets teman är förgiftningar, trauma, ECMO, dialys, SIS årsmöte och övriga föreningsangelägenheter, årets artiklar 2023, information om SIR och ESICM med mera.

Datum: 13-15 november (från onsdag kl. 12.00 till fredag kl. 12.00)

Plats: Sigtunahöjdens hotell och konferens, Sigtuna

Deltagare: 75 st

Kursavgift: 11 950 kr exkl. moms

Anmälan: Anmälan sker via e-post till: katja.andersson@uu.se

Kallelse till årsmöte SIS:

I anslutning till kursinternatet hålls Svenska intensivvårdssällskapet (SIS) årsmöte. Medlemmar kallas härmed till mötet som hålls på Sigtunahöjdens hotell och konferens, onsdag den 13 november kl. 16.10.

Stipendier:

Vi kommer att dela ut 2 stipendier för bästa intensivvårdsrelaterade vetenskapliga originalartiklar under perioden 1 januari 2023 – 31 januari 2023. **Deadline för nominering av bästa artikel är den 27 maj till Christian Ahlstedt** christian.ahlstedt@regionstockholm.se
För ytterligare information om nominering för bästa intensivvårdsrelaterade vetenskapliga originalartiklar, urvalskriterier o.s.v. hänvisas till SFAI:s hemsida, www.sfai.se.

Katja Andersson, mötesorganisatör Intensivvårdsmötet

E-post: katja.andersson@uu.se

Björn Bark, ordförande Svenska intensivvårdssällskapet

E-post: bjorn.bark@med.lu.se



Anestesi- och intensivvård i Har vi en jämlik

Av Unni Björheden, ledamot SYA, ST-läkare, AnOpIVA, Linköpings Universitetssjukhus, Unni.Bjorheden@regionostergotland.se
Hanna Hövenmark, ledamot SYA, ST-läkare, AnOpIVA, Sunderby Sjukhus, Hanna.Hovenmark@norrbottn.se

God och jämlik vård är självklara mål för det svenska sjukvårdssystemet. En jämlik utbildning av hög klass är nödvändig för att dessa mål ska kunna realiseras. Nu ifrågasätts hur väl detta uppfylls, avseende de för specialistbevis nödvändiga randningarna i specialanestesi.

Bakgrund

Idag finns tre olika specialanestesi; thorax-, barn- och neuroanestesi/intensivvård.

KVAST (KValitetssäkring Av ST, del-förening till SFAI), kartlade 2023 specialanestesierna. Kartläggningen visade att omkring sju randningsplatser årligen saknas nationellt och att långa

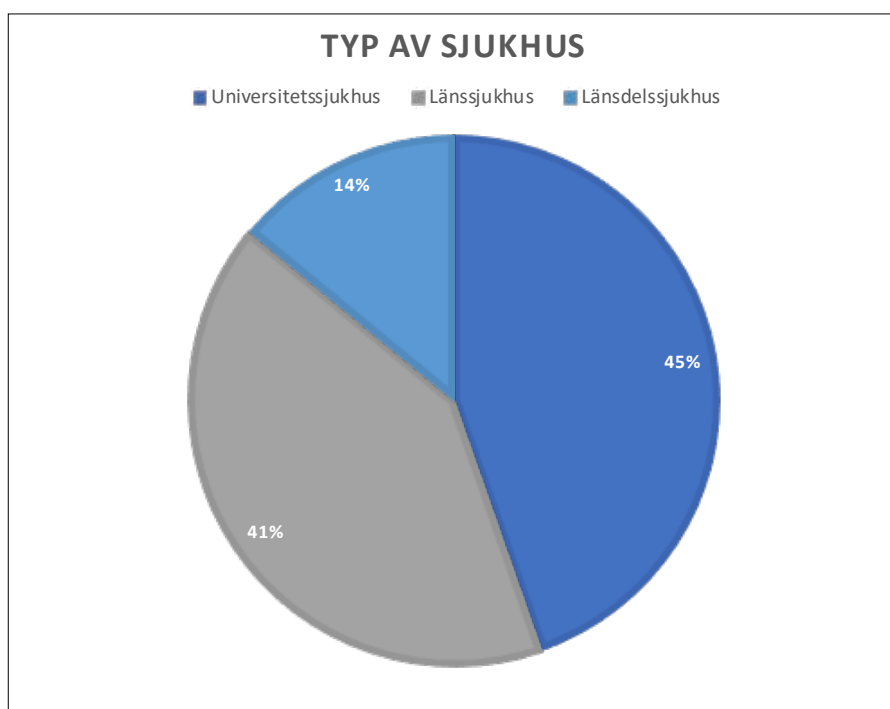
”

ÄR VI FÖR
MÅNGA ST-LÄKARE
INOM ANESTESI OCH
INTENSIVVÅRD
I SVERIGE?”

väntetider är ett problem. Detta resulterar i värsta fall i en genomsnittligt förlängd ST-tjänstgöringstid och att färre färdiga specialistläkare finns att tillgå vid landets anestesi- och intensivvårds-kliniker. Frågan gällande behovet av en nationell samordning av randningsplatser inom specialanestesi var därmed väckt.

Enkätundersökning

Mot denna bakgrund undersökte SYA hur anestesilogernas ST-utbildning ser

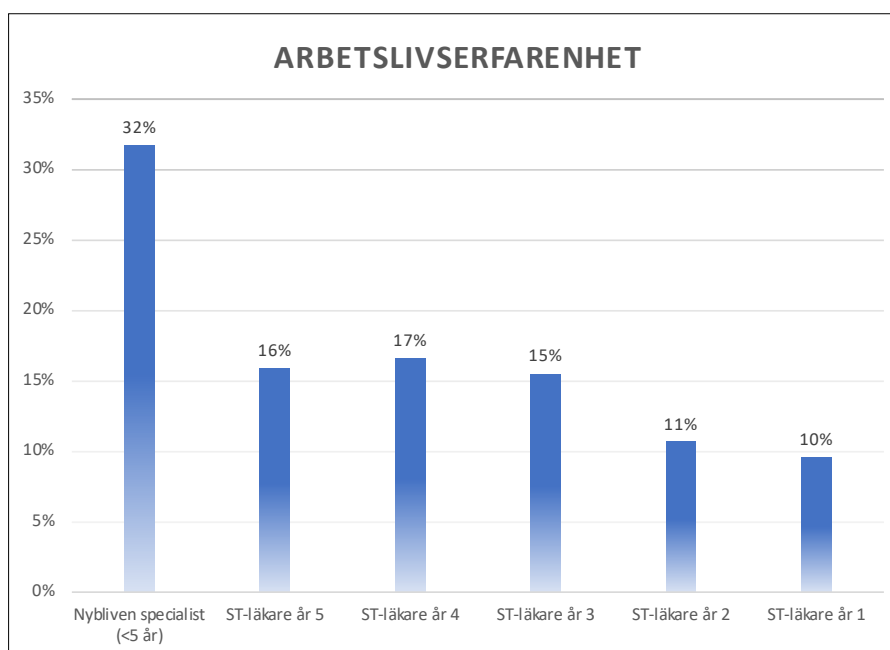


Figur 1: Fördelning av arbetsplats för de svarande.

Universitetssjukhus: sjukhus som även bedriver forskning och utbildning

Länssjukhus: sjukhus med de flesta typer av specialistmottagningar

Länsdelssjukhus: enklare sjukhus med ett urval av mottagningar



Figur 2: Fördelning av arbetslivserfarenhet bland de svarande på enkäten



Sverige

ST-utbildning?

ut runtom i landet. En enkät skickades till SYAs medlemmar (ST-läkare och nyblivna specialister med klinisk erfarenhet upp till fem år). Svarefrekvensen var god. Av de totalt 271 svarande var 185 ST-läkare, vilket motsvarar ca 26 % av landets totalt ca 700 ST-läkare, och 86 nyblivna specialister. Någon bortfallsanalys har inte gjorts. Av respondenterna var 55 % kvinnor, 43 % män och 2 % var av annan könsidentitet eller ville inte uppge kön. Samtliga regioner är representerade bland de svarande och 45 % arbetade på universitetssjukhus, 41 % på länssjukhus och 14 % på länsdelssjukhus (**Figur 1**). De svarandes yrkeserfarenhet framgår av **Figur 2**. Som synes är det en övervikt av läkare med lång utbildningsbakgrund bland de svarande. Detta gör att enkätsvaren troligen på ett bra sätt beskriver hur randningarna fungerat under de senaste åren.

ST-utbildningens uppbyggnad och randningar engagerar. Det framgår av enkätens fritextkommentarer, där de svarande delar med sig av egna upplevelser av exempelvis långa randningsköer med förlängd ST och frustration över att inte få de randningar som önskas.

I denna artikel presenteras resultaten gällande specialanestesirandningar. Övriga resultat från den omfattande enkäten kommer att presenteras i en kommande artikel.

Specialanestesirandningar i landet

KVASTs tolkning/rekommendation för att uppfylla Socialstyrelsens krav för specialistkompetens är en sidutbildning i specialanestesi i minst sex månader. Områden som inte täcks av randning skall täckas med kurs.

Majoriteten (62 %) hade sex månaders specialanestesirandning, antingen genom en randning på sex månader (50 %) eller två tremånadersrandningar (12 %). Hela 70 % av sexmånaders-

randningarna gjordes på thorax, 23 % på barn och 4 % på neuro (3 % visste ännu inte vilken specialanestesi de skulle bli tilldelade). Den vanligaste kombinationen av kortare placeringar var neuro- och barnanestesi. Enbart 6 % av de kortare placeringarna genomfördes på thorax.

Ingen av de svarande har angivit kortare total tid på specialanestesiklinik än sex månader.

Totalt 38 % av de svarande har haft mellan tre till nio månader längre tid på specialanestesiklinik än minimirekommendationen. Det vanligaste (20 %) var att ST-läkaren fått en extra tremånadersrandning, 10 % hade via olika kombinationer sex månaders extra randningstid på specialanestesiklinik och 5 % hade tilldelats nio månader över rekommendationen.

För att se om detta är ett gammalt fenomen, med tanke på den nu rådande bristen på specialanestesirandningsplatser, jämfördes svaren från det totala svars-

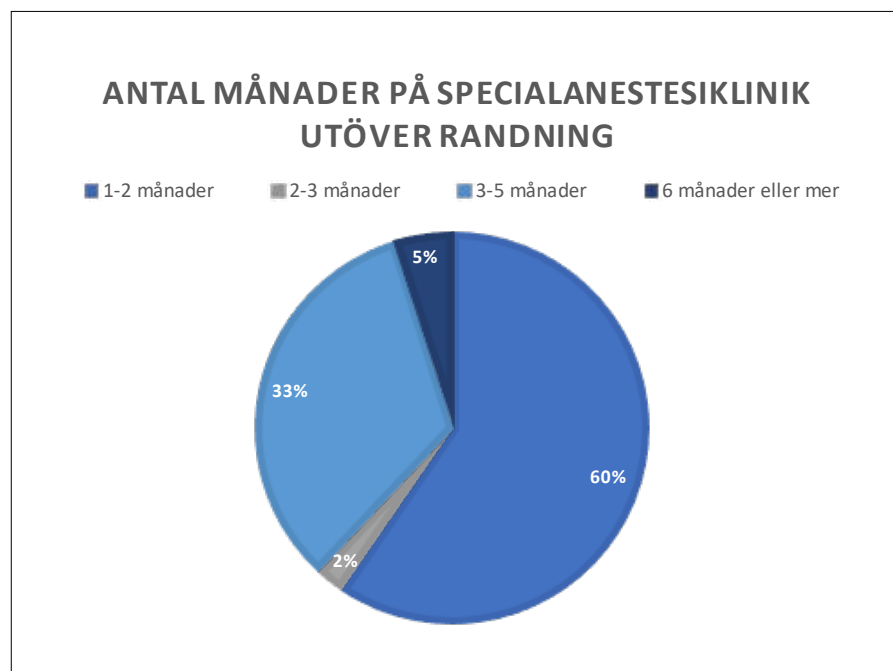
”

SVÅRT ATT SE HUR
EN VECKAS KURS
KAN MOTSVARA EN
3-6 MÅNADERS
RANDNING”

underlaget (inklusive redan färdiga specialister) med den grupp som fortfarande har ST-tjänstgöring. Inga skillnader fanns mellan dessa grupper. Både av färdiga specialister och aktiva ST gör 38 % längre tid på specialanestesiklinik än rådande minimirekommendation. I princip samma uppdelning gällande randningskombinationer ses fortsatt och ST från alla år finns representerade i alla subgrupper.

Övrig placering på specialanestesiklinik

Av de svarande hade 15 % placering på specialanestesiklinik utan att det räknades som en formell specialanestesirandning (varav 77 % på neuro, 21 % på barn och 2 % på thorax). Längden på denna placering angavs till en till två månader i 60 % av fallen, tre till fem månader för 33 % och sex månader eller mer för 5 % (**Figur 3**). För nu



Figur 3: Fördelning av placeringstid på specialanestesiklinik bland de 15 % som hade det utöver den formella randningen

”

ÖNSKEMÅL OM ATT FÅ HA ALLA SPECIALANESTESI- RANDNINGAR, FAST KORTARE TID PÅ VARDERA”

aktiva ST-läkare finns en tendens att denna typ av placering minskat (12 %). Dessutom tycks placeringstiden vara något kortare.

Finns för få specialanestesiplatser?

Enkäten visar att:

- ▶ Totalt 38 % har längre tid för randning på specialanestesi klinik än minimirekommendationen.
 - Det från enkätsvaren sammanräknade överskottet av tid på specialanestesi randning utöver minimirekommendation uppgår till totalt 459 månader, motsvarande 76.5 stycken sexmånadersplaceringar.
- ▶ Mellan 12–15 % har placering på specialanestesi klinik utöver den formella randningen.
 - Det från enkätsvaren sammanräknade överskottet av tid på placering på specialanestesi klinik utan att det räknas som formell randning uppgår till totalt 81–133 månader, motsvarande 13–22 stycken sexmånadersplaceringar.

Materialet kan antas spegla situationen under cirka tio år om man räknar på att de svarande har upp till fem års ST och upp till fem års klinisk erfarenhet som specialist. Enbart för de svarande finns ett sammanräknat överskott på ett tiotal sexmånadersplaceringar per år som i nuläget tillhandahålls som icke-formella placeringar eller som placeringar för ST-läkare som redan uppfyllt den formella minimirekommendationen.

Samma siffror enbart för ST-läkare (med beräknad insamlingstid fem år) visar att deras extratjänstgöring på spe-

cialanestesi klinik motsvarar runt tolv sexmånadersrandningar per år.

Förutsatt att enkätsvaren är representativa för alla Sveriges ca 700 ST-läkare i anesthesi och intensivvård, finns ett potentiellt överskott på 44–48 möjliga extra sexmånadersplaceringar per år.

Resultatet från enkäten antyder att det finns möjlighet att tillhandahålla fler randningsmånader årligen. Vårt att betona är att redan i det insamlade materialet finns god möjlighet att täcka den av KVASt beräknade bristen på sju specialanestesi randningsplatser per år.

Vi vill understryka att detta är uppskattningar som gjorts efter förenklade antaganden som inte säger något om kvalitet eller kunskapsmässigt optimalt upplägg. Utifrån perspektivet ”en nationellt jämlik utbildning” menar vi dock att det belyser en viktig poäng.

”

DET BEHÖVS BÄTTRE UPPSTYRNING OCH FÖRDELNING AV RANDNINGSP- PLATSER”

ST-läkares kommentarer

De vanligast förekommande fria kommentarerna rör bland annat önskemål om att få ta del av kortare randningar inom alla specialanestesi områden samt att det är viktigt att hela bredden av specialanestesi kompetenser och erfarenheter även sprids till mindre sjukhus. Man är också frustrerad över låg grad av flexibilitet vad gäller individanpassade randningar. Svårigheterna i att tvingas bo hemifrån/pendla i långa perioder i syfte att genomföra sina randningar nämns upprepat. Många har känt sig bortprioriterade på det egna sjukhuset till förmån för externa randare. Central uppstrukturering och styrning av tilldelning av specialanestesi randningar efterfrågas.

Slutsats

- ▶ Enkätundersökningen visar att det nationellt finns utrymme för fler formella specialanestesi randningar.
- ▶ Den upplevda/beräknade bristen på specialanestesi randningsplatser, utifrån minimirekommendation, bör kunna täckas med redan befintliga resurser.
- ▶ SYAs slutsats är att en central styrning med samordning och fördelning av specialanestesi randningar på ett bättre sätt skulle säkerställa att alla får adekvat specialanestesi randning.
- ▶ Hos ST-läkare finns en önskan om större flexibilitet gällande randningar, och större möjligheter att individualisera sin utbildning, vilket kan underlättas via uppstrukturering.
- ▶ En uppstrukturering enligt ovan kan i bästa fall medge att alla ST-läkare kan få mer tid för specialanestesi randning än rådande minimirekommendation.

Enkätundersökningen indikerar att någon egentlig brist på specialanestesi randningsplatser utifrån formell minimirekommendation inte föreligger. Problemet tycks i stället bero på hur platserna fördelas och planeras.

Siffrorna som presenteras ovan är teoretiska möjligheter, där verklighetens schematekniska utmaningar säkerligen kommer orsaka svårigheter att fullt nyttja den teoretiskt framräknade tiden.

SYA tror dock att en tydligare nationell samordning av specialanestesi randningar skulle underlätta ST-tjänstgöringen väsentligt. Man bör kunna fylla nu gällande behov av platser med redan befintliga resurser. Detta kan även ge andra goda bieffekter, som exempelvis en mer jämlik utbildning vilket skulle säkerställa bred kompetens och erfarenhet till samtliga sjukhus och således i förlängningen även en mer jämlik sjukvård.

SYA menar att frågorna runt specialanestesi randningsplatser bör adresseras nationellt i närtid. ■

Vid intresse kan författarna kontaktas för tillgång till fullständig rapport.



MedEd on the Edge

Future Trends and Current Controversies in Health Professions Education

SAVE THE DATE May 7-9th, 2025

**Nobel Forum, Karolinska Institutet
Stockholm, Sweden**

Productive Struggle: Exploring the role of discomfort in learning, teaching and assessment

In health professions education today, there is heightened attention on improving the learner experience. This includes ensuring that there exists a learning environment in which everyone thrives and is psychologically safe and is free from intimidation. Psychological safety is a pre-requisite for learning. Is there a risk however, that in attempting to make learners feel safe, that we can deny the turbulence, intellectual discomfort and stretch that can generate productive learning?

The 2025 MedEd on the Edge conference explores the notion of productive struggle through five thematic tracks: The Clinical Learning Environment, Assessment, Gen AI, Migration and a Global Workforce and Professionalism.

Art and Humanities are integrated parts of MedEd on the Edge.

Who should attend

Leaders who want to advance health professions education from all over the world, from any health profession, and at any stage of career, across the continuum. No formal leadership position is needed. If you want to influence HPE, you are welcome!

Host organisations

Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden
Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden



For more information

www.mededontheedge.com

SYA-SYMPOSIUM

INGREPP eller **ÖVERGREPP**

och till vilket pris?

SYA

Sveriges Yngre Anestesiologer

Helsingborg
SFAI-veckan 2024



SYAs KUNSKAPSSTAFETT

4 x 10 minuter hård fakta



SYA
Sveriges Yngre Anestesiologer

SFAI & Anlva
veckan

Läs allt om kongressveckan
i bilagan som medföljer!

SYA:s styrelse har fått nya medlemmar!

Av Johanna Nilsén, ST-läkare anestesi och intensivvård, Karlstad Centralsjukhus, johanna.nilsen01@gmail.com

Sveriges Yngre Anestesiologer, SYA, är SFAI:s delförening för ST-läkare och specialister med upp till 5 års kliniskt arbete. Delföreningen anordnar årligen bland annat SYA:s kursdagar samt en fristående utbildningsdag, denna höst med temat Sen-i-åren ur ett anestesiologiskt perspektiv i Malmö.

I samband med SFAI-veckan håller SYA i symposium samt den populära SYA-puben. Nytt för i år är dessutom Kunskapsstafetten, ett inslag för att öka möjligheterna för ST-läkarna att aktivt delta under SFAI-veckan. I övrigt utförs arbete på bred front för att förbättra ST-utbildningen i landet, tillsammans med bland annat KVASt. Genom representation i andra organisationer, som till exempel SSAI:s kommitté Nordic Young Anesthesiologists, NYA, och i ESAIC skapas möjligheter till både nationellt och internationellt samarbete och utbyte.

”

**HAR DU TANKAR
ELLER IDÉER OM ST-
UTBILDNINGEN ELLER
VILL DU ENGAGERA
DIG I SYA?”**

SYA har under våren gjort kompletterande inval i sin styrelse och presenterar här nedanför sina nya tillskott. Har Du tankar eller idéer om ST-utbildningen eller vill Du engagera Dig i SYA? Ta kontakt med någon i styrelsen, antingen de presenterade här nedan, eller någon annan, kontaktuppgifter hittar du på sfai.se.



Johanna Nilsén

ST-läkare anestesi och intensivvård, Karlstad Centralsjukhus Region Värmland.

Läkarprogrammet genomfördes på Linköpings Universitet. Här väcktes intresset för utbildning och pedagogik i rollen som chefsamanuens i anatomi. Efterföljande pedagogisk AT-tjänstgöring i Linköping/Motala befäste engagemanget för utbildningsfrågor.

De två första åren som ST-läkare i anestesi och intensivvård spenderades på Vrinnevisjukhuset i Norrköping. Johanna har nyligen bytt klinik och studieort och fortsätter nu sin ST på Centralsjukhuset i Karlstad.

Som nybliven SYA-medlem och tillika adjungerad i KVASt är motivationen stor att delta i arbetet med att kvalitets-säkra ST-utbildningen på ett nationellt plan.



Sveriges Yngre Anestesiologer



Emelie Havasi

ST-läkare i Anestesi och Intensivvård, Hallands sjukhus Varberg

Emelie läste läkarprogrammet i Prag och var redan från studietiden fackligt engagerad. Då vice-ordförande i SLF student utlandsstyrelse och senast förtroendevald i SYLF Hallands styrelse. Erfarenheterna har medfört ett stort intresse för organisatorisk och social arbetsmiljö.

Efter examen påbörjades en tjänst på kirurgkliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset som sedan byttes till ST i akutsjukvård i Varberg under två år. Där tog intresset för anestesi och intensivvård fart på allvar. Tjänsten som ST-läkare på operations- och intensivvårdskliniken Hallands sjukhus Varberg påbörjades 2023.

Emelie tycker att det ska bli otroligt roligt att tillsammans med övriga styrelsen få bevaka och representera SYA:s medlemmars intresse och är numera SYA:s representant i ST-SKRÅ. ■

www.sfai.se/



Sydsveriges Anestesiologiska
Fortbildningsdagar

Välkomna:

Specialistläkare och
sjuksköterskor inom anestesi och
intensivvård från Södra Sverige
och hela världen; kollegor från
övriga specialiteter.

Plats

Seminarier, SUS Lund.
Zoom.

Schema

09:10 Programstart
11:45-12:45 Lunch (ingår)
15:40 (senast) Slut

Normalavgift 1000kr ex moms

Delta på länk 500kr ex moms

Titta efteråt gratis för medlemmar
i SFAI.

SAFT kommitté

Ola Borgquist, Hanna Dahlstedt
Karolina Persson, Owain Thomas

Anmälan och info

www.sfai.se/SAFT

4 Oktober 2024
SAFT Falldiskussionsdag och
POCUS workshop

Nytt koncept - ett antal
inbjudna fall, 'åhörare' får även
anmäla fall att presentera. 3-4
presentationer à 30 min inkl
diskussion efterfrågas, gärna
från olika sjukhus. Presentation
ger rabatt.

8 November 2024
Sepsis och obstetrisk anestesi

- Update Sepsis
- Nekrotiserande fasciit
- Neuraxial analgesi/anestesi
- Anestesi för akut snitt



Anmälan senast
2025-03-03
www.traumarummet.se

traumAAnestesi

Datum

7-10 april 2025

Plats

Karolinska Universitetssjukhuset
Stockholm

Avgift

13 000 SEK exkl. moms

Kursledare

Bjarni Árnason
Staffan Olheden

Kursadministration

Cecilia Kallin
cecilia.kallin@regionstockholm.se

Målgrupp

ST-läkare och specialister inom
anestesi och intensivvård

Innehåll

Teoretisk och praktisk genomgång
av akut anestesiologisk
handläggning av trauma inkl.
luftvägshantering, massiv
traumatisk blödning m.m.
Katedrala föreläsningar och
workshops såsom kirurgisk
luftvägshantering på biologiska
preparat, FAST ultraljud och
thoraxdrän.



TAASK MASTERCLASS

Kurs på 3 dagar för specialistläkare, ST-läkare och anestesi-ssk.
Fullskaliga simuleringar. Handledda återkopplingar. Luftvägsworkshop.

Träning i Allvarliga Anestesiologiska Situationer och Kriser



www.taask.nu

🇸🇪 TAASK Masterclass 65	21-23 Maj 2024	Karlstad
🇸🇪 TAASK Masterclass 67	24-26 Sep 2024	Stockholm
🇸🇪 TAASK Masterclass 68	22-24 Okt 2024	Umeå
🇸🇪 TAASK Masterclass 69	12-14 Nov 2024	Karlstad
🇸🇪 TAASK Masterclass 72	10-12 Dec 2024	Göteborg

TAASK Luftvägslådan kan
lånas till luftvägsworkshops på
klinikutbildningar etc.
www.taask.info/airwayworkshop



TAASK EXPRESS

1 kursdag. 4st fullskaliga simuleringar, handledd återkoppling.
Hela 'op-lag': usk, anestesi- och op-ssk, anestesi-läkare, ibland operatör.
Alternativt hela 'IVA-lag': usk, IVA-ssk, anestesi-läkare, ibland konsulter.
En kursfakultet håller i regel 3 kursdagar under en vecka.

Träning i Allvarliga Anestesiologiska Situationer och Kriser

TAASK Express center håller en **TAASK luftvägsworkshop** som
klinikutbildning minst en gång per år. **Kursplan finns på taask.nu** .

Även icke-anslutna kliniker är välkomna att använda TAASK:s kursplan
för luftvägsworkshop. Utrustning kan lånas av TAASK vid behov (2-3
intubationshuvud samt luftvägsmodeller för koniotomi behövs).



www.taask.nu

🇸🇪 TAASK OP Express 66	17 Sep 2024	Helsingborg
🇸🇪 TAASK IVA Express 70	19,20,21 Nov 2024	Lund
🇸🇪 TAASK OP Express 71	26,27,28 Nov 2024	Ystad

**Sista dag för nya och befintliga TAASK Expresscenter att lämna in
kursplaneringsdokument till VT2025: 21 augusti 2024.**





Smärtans olika skepnader ur ett medicinfilosofiskt perspektiv

Av Emmanuel Bäckryd, specialist i anestesi och intensivvård samt smärtlindring, biträdande professor i Smärtmedicin, överläkare, Linköpings universitet och Region Östergötland, emmanuel.backryd@liu.se

Smärtmedicinen delas traditionellt in i tre områden: akut, långvarig och cancer-relaterad smärta. Anestesiologien är av naturliga skäl mer bekant med den första av dessa tre, men det är viktigt att komma ihåg att även de två andra områdena är bärare av stora medicinska utmaningar. Exempelvis har två av tre patienter med avancerad cancer rejält ont, och ibland har anestesiologen en avgörande betydelse för att god smärtlindring ska kunna uppnås i fall av avancerad cancer och palliation [1].

Var femte vuxen i befolkningen lever med påtaglig långvarig smärta [2, 3]. Det är viktigt att inte tolka den långvariga smärtan som en akut smärta utsträckt i tiden. Konceptuellt kan man i stället betrakta många långvariga smärttillstånd som sjukdomar i det nociceptiva systemet och inte som symptom på något annat, vilket den nya smärtklassifikationen i kommande ICD-11 (som är antagen av WHO och just nu översätts av Socialstyrelsen) är ett uttryck för [4]. Enkelt uttryckt: Även smärtsinnet kan bli sjukt. Distinktionen mellan akut smärta som symptom på vävnadsskada och den långvariga smärtan som en sjukdom i det nociceptiva systemet är centralt att beakta i en smärtanalys [5, 6], och ändå förefal-

ler många inom sjukvården fortfarande inte vara medvetna om denna konceptuella skillnad. Uttryck som "Patienten kan omöjligt ha så ont eftersom vi inte kan belägga någon skada" speglar ett föråldrat men tyvärr ännu levande synsätt. Den långvariga smärtan är ofta, som den kände smärtforskaren Ronald Melzack uttryckt det, "the result of neural mechanisms gone awry" [7]. Melzack var för övrigt tillsammans med Wall upphovsmannen till gate control-teorin [8].

I en serie av tre referentgranskade artiklar har jag undersökt den klassiska trikotomin akut-långvarig-cancerrelaterad smärta ur ett medicinfilosofiskt perspektiv [9-11]. Vad mer kan sägas om smärta annat än att det är en obehaglig upplevelse som vi helst vill slippa? Hur kan man tänka medicinfilosofiskt om smärta? I den första artikeln [9] konstateras att den akuta smärtan påminner oss om vår kroppsliga och existentiella sårbarhet i en hård värld. Om jag känner på en knivsegg att den är vass, så får jag information om världen utanför mig. Men om jag skär mig får jag via smärtan information om mig själv och om hur jag påverkats av min omgivning. Smärtan sätter en gräns mellan det sårbara jaget och omvärlden och visar därmed på den fundamentala dikotomin mellan jag och icke-jag. Smärtan är en del av det interoceptiva systemet – en insikt som den numera avlidne neuroanatomen Bud Craig var en viktig representant för i sin betoning av smärtan som en homeostatisk emotion [12, 13].

Smärtsinnets överlevnadsfunktion blir uppenbar vid fall av kongenital smärtekänslighet. Exempelvis har ortopedien Jan Minde kartlagt en släkt i Norrbottnen där en NGF-mutation leder till frånvaro av C-fibrer, vilket i sin tur leder till bland annat dramatiska leddeformiteter

”

**HUR KAN MAN
TÄNKA MEDICIN-
FILOSOFISKT OM
SMÄRTA?”**

pga oförmågan att känna smärta [14, 15]. Genom medicinhistorien är lepra ett annat och betydligt vanligare exempel på ett liknande fenomen. Den brittiske kirurgen Paul Brand arbetade många år i södra Indien där han mötte mängder av patienter med lepra. Han började ifrågasätta den då allmänt spridda uppfattningen att lepra i sig innebar vävnadsdestruktion i extremiteterna. I stället insåg Brand att grundproblemet var ett bristande smärtsinne, vilket ledde till att patienterna ideligen skadade sig själva [16]. Ett lite längre citat av Brand är tänkvärdt ur ett medicinfilosofiskt perspektiv [17]:

Pain, along with its cousin touch, is distributed universally on the body, providing a sort of boundary of self. Loss of sensation destroys that boundary, and now my leprosy patients no longer felt their hands and feet as a part of self. Even after surgery, they tended to view their repaired hands and feet as tools or artificial appendages. They lacked the basic instinct of self-protection that pain normally provides. One of the boys said to me, »My hands and feet don't feel part of me. They are like tools I can use. But they aren't really me. I can see them, but in my mind they are dead.« I heard similar comments often, underscoring the crucial role pain plays in unifying the human body.

”

**VAR FEMTE
VUXEN I BEFOLK-
NINGEN LEVER MED
PÅTAGLIG LÅNGVARIG
SMÄRTA”**

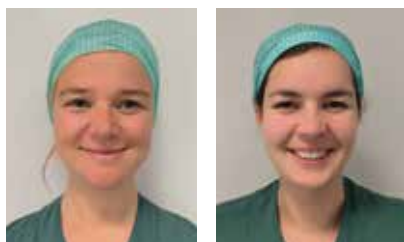
I den andra artikeln tas den långvariga smärtan upp [10]. Om akut högintensiv smärta tenderar att låsa in den lidande i upplevelsen av nuet, påminner den långvariga smärtan om tidens gång, om att vi både har en historia och en framtid. Med andra ord påminner den långvariga smärtan oss om verklighe- tens temporala struktur, vilket i arti- keln leder till en diskussion om bland annat narrativ identitet och hur smär- trehabilitering kan tänkas hjälpa pa-

” DEN AKUTA SMÄRTAN PÅMINNER OSS OM VÅR KROPPS- LIGA OCH EXISTENTI- ELLA SÅRBARHET”

tienten ur ett sådant perspektiv. Slut- ligen handlar den tredje artikeln om hur smärta som är kopplad till en död- lig sjukdom som cancer får en speci- ell existentiell valör eftersom smärtan i en sådan situation gör det omöjligt att blunda för dödens verklighet [11]. Sammanfattningsvis påminner oss smärtan i dess olika skepnader om att vi är vulnerabla, temporala och dödlig- a varelser; tre fasetter av vår gemen- samma mänsklighet. ■

REFERENSER

1. Bäckryd E, Larsson B. Movement-evoked breakthrough cancer pain despite intrathecal analgesia: A prospective series. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2011;55:1139-46.
2. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006;10:287-333.
3. Yong RJ, Mullins PM, Bhattacharyya N. Prevalence of chronic pain among adults in the United States. Pain. 2022;163:e328-e32.
4. Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain. 2019;160:19-27.
5. Bäckryd E. [Navigating between opiophobia and opiocentrism in today's health-care]. Lakartidningen. 2022;119:21198.
6. Bäckryd E. Pain assessment 3x3: A clinical reasoning framework for healthcare professionals. Scand J Pain 2023;23:268-72.
7. Melzack R, Katz J. Pain. Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci. 2013;4:1-15.
8. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science. 1965;150:971-9.
9. Bäckryd E. Pain as the Perception of Someone: An Analysis of the Interface Between Pain Medicine and Philosophy. Health Care Anal. 2019;27:13-25.
10. Bäckryd E. Chronic Pain and Time - A Theoretical Analysis. J Pain Res. 2023;16:4329-35.
11. Bäckryd E. Should cancer pain still be considered a separate category alongside acute pain and chronic non-cancer pain? Reflections on ICD-11. Front Pain Res. 2024;5:1397413.
12. Blomqvist A, Evrard HC, Dostrovsky JO, et al. A. D. (Bud) Craig, Jr. (1951-2023). Nature neuroscience. 2023;26:1835-6.
13. Craig AD. A new view of pain as a homeostatic emotion. Trends Neurosci. 2003;26:303-7.
14. Minde J. Norrbottensk ärftlig smärtökänslighet beror på nyfunnen mutation. Lakartidningen. 2006;103:2128.
15. Minde JK. Norrbottnian congenital insensitivity to pain (PhD thesis). Acta Orthopaedica. 2006;77:sup321:1-32.
16. Bäckryd E. Om smärtan som glädjekälla – och livsnödvändigt ont. Lakartidningen. 2014;111:C3II.
17. Brand PW, Yancey P. The Gift of Pain: Grand Rapids, MI: Zondervan; 1997.



Den Gyllene Larynxmasken 2024 till Noémi Szabó-Némedi

Av Elin Wetterholm och Sofia Carlsson, ST-läkare AnOpIVA Sahlgrenska Universitetssjukhuset, sofia.e.carlsson@vgregion.se

På AnOpIVA Sahlgrenska Universitetssjukhuset delas årligen ett handledarpris ut till en välförtjänt handledare. Pristagaren utses genom nominering från ST-läkare på kliniken och efterföljande omröstning, och i år tillföll priset – Den Gyllene Larynxmasken - Noémi Szabó-Némedi, överläkare, med följande motivering:

Noemi är en person som alltid leder med sitt goda exempel. Hon är påläst och inspirerar med sin nyfikenhet och



vilja att testa nya saker. Hon visar i såväl klinik som i planering och salsindelning att hon är genuint mån om att vi ST-läkare ska få utmanas och utvecklas. När man jobbar med Noemi känner man att ens åsikt värderas. Hon tar emot förslag, är öppen för diskussion oavsett om dessa kommer från en yngre eller äldre kollega. Därför tilldelas hon den 3 juni 2024 ST-läkarnas handledarpris på AnOpIVA Sahlgrenska. ■

SFAI-tidningen säger grattis till **Noémi Szabó-Némedi** och uppmanar andra kliniker med liknande priser att gärna skicka in en blänkare till tidningen@sfa.se – goda handledare förtjänar att uppmärksammas!



9th EVT^M Symposium

October 17th-19th 2024 in Örebro, Sweden
HOT TOPICS in EndoVascular resuscitation and Trauma Management

It is a great pleasure to welcome you to the 9th EndoVascular resuscitation and Trauma Management round table symposium to be held in Örebro, Sweden, 17-19 October, 2024.

Our goal is to offer an excellent scientific program and an outstanding clinicians joining for discussion.

We will cover most aspects of endovascular resuscitation, trauma and bleeding management, REBOA, endovascular technologies and tools as well as new concepts and algorithms for bleeding management from the pre-hospital to the post-surgical period. We will have sessions dedicated to Anaesthesia and ICU care. We aim to have with us active clinicians with data and lessons learned from ongoing conflicts.

Visit our website to see the program: www.mkon.nu/evtm_2024

The EVT^M round table symposium is inspired by the collaboration between many centers and its extensive array of experimental research and clinical knowledge in endovascular and hybrid resuscitation. Our aim is to have good cooperation, open discussions and debates as well as high scientific exchange of data. The EVT^M round table symposium offers a new, modern, live platform and we hope that you will be a part of it.

Round table discussion forum:

- **Mass casualties' lessons** - recent events
- **Intensive Care** and Anesthesia lessons in recent ongoing conflicts
- **Battlefield bleeders** up-to-date experience and data

www.mkon.nu/evtm_2024



AKUT NEFROLOGI & DIALYS INOM INTENSIVVÅRD 2-4 dec 2024 Karolinska Universitetssjukhuset Anmälan via www.stairs.se

Avgift: 10.500 SEK (11.000 SEK ej SFAI-medlem)
Anmälan senast 2024-10-01

Kursbeskrivning

Att få kännedom om basal njurfysiologi, diagnos och klassifikation av akut njurskada. Att få kännedom om akut njurskada inom intensivvården och perioperativt. Att kunna värdera behov och indikationer för akut dialys inom intensivvården. Att förstå principerna bakom olika dialysmodaliteter. Att kunna ordinera kontinuerlig dialys i adekvat dos och ha kunskap om vanliga problem i samband med behandlingen. Att förstå för och nackdelar med antikoagulantia vid kontinuerlig dialysbehandling.

Kursledare: Claire Stigare, Daniel Hertzberg
Administration: Cecilia Kallin
cecilia.kallin@regionstockholm.se

Kursen uppfyller målen b3, c1, c2, c3, c4, c6 enl. utbildningsbok 2015



Ultraljudskursen 19 – 20 maj 2025

BASIC ELLER ADVANCED?

Kurserna rekommenderas nybörjare respektive de som redan har grundläggande kunskap om point-of-care ultraljud. Fokus ligger på praktisk övning, fallövningar och diskussioner. Vi kommer träna och fokusera på bedömning av hemodynamisk status på den akut sjuka patienten, patienten på IVA eller på patienten som ska opereras akut.

Vi som undervisar arbetar inom intensivvård och anesthesi. På de praktiska momenten är vi en instruktör på tre kursdeltagare och därför kan vi individanpassa svårighetsgraden beroende på dina förkunskaper.

WWW.HEMODYNAMIK.SE

Vi erbjuder för 14:e året två ultraljudskurser för ST-läk och specialister i anesthesi och intensivvård.

KOSTNAD

12 000 kr för SFAI medlem
14 000 kr för icke SFAI medlem

PLATS

Karolinska
Universitetssjukhuset
Solna

ANSÖKAN

Görs på hemsidan
www.hemodynamik.se

Kurs i thoraxanestesi och intensivvård

Datum: 3-7 mars 2025

Plats: Karolinska Universitetssjukhuset,
Stockholm



Kursledare

Martin Slettengren
PMI FO Hjärta och Lungor
martin.slettengren@regionstockholm.se

Kursadministratör

Cecilia Kallin
cecilia.kallin@regionstockholm.se

Målgrupp

ST-läkare i anesthesi, kardiologi och thoraxkirurgi. Intrasserade specialister är också välkomna.

Innehåll

Introduktionskurs till thoraxanestesi och intensivvård, fokus ligger på centrala begrepp såsom perfusion och kanylning, akuta tillstånd och komplikationer, avancerad hjärtsviktsbehandling, ECMO, enlungeventilation, hjärt-lungräddning efter hjärtkirurgi och transesofagealt eko.

Vi repeterar också inledningsvis kardiovaskulär anatomi, fysiologi och farmakologi.

Delmål som täcks

Enligt 2015 års författning: B3, C1, C2, C3, C4, C5, C6, C8, C9, C11

Avgift

13 000 exkl. moms.

Anmälan senast 2025-01-07

www.thoraxkursen.se



How we talk: aspects of communication and team cognition of trauma resuscitation teams

Abstract av vetenskaplig avhandling

A trauma team consists of professionals assembling in an ad hoc manner to resuscitate a patient with life-threatening injuries. In such a team, how the team manages to use non-technical skills, such as communication is important to achieve task management and decision making. Communication is practised in simulations, and the simulation environment has also been used in research to understand teamwork processes. This thesis is based on video observations of trauma teams working in real life (IRL) and in situ simulations of trauma resuscitations. The aim was to assess the creation of team cognition IRL and in simulation, to analyse verbal communication in the teams and the effects of real-time communication on team structure. In **Study I**, a grounded theory analysis was undertaken to understand how verbal and non-verbal interactions create team cognition. The analysis resulted in a theory pointing to "split vision" as a team's ability to alter process modes between team positioning and sensitivity to the patient that was dependent on patient and situational values absorbed from team members' implicit actions. In **Study II**, the verbal response modes taxonomy was applied to analyse both

the grammatical and pragmatic meaning of verbal interactions that were compared between team roles. In the six most communicative team roles in the context of IRL trauma teamwork, pure mode communication dominated the way of delivering messages. In **Study III**, the structures of four IRL and four simulated trauma teams were analysed using a social network analysis of real-time communication. Overall, the teams were highly centralised, with the examining physician functioning as an information hub. In **Study IV**, communication from the same teams was categorised according to information and task management, as well as different coordination behaviours. We compared the IRL and simulation domains based on the proportions of utterances of each category/code, and found that "Give information after request" and closed-loop communication were more prevalent in simulation. Observing real-time communications using different methodologies gave a perspective on the conditions and possibilities for adaptation in terms of work prescriptions and team training, such as room for more communication and possible congestions of nodes in terms of occupancy and tacit communications and working modes thus far unnoticed by us and unreported.

Such understanding complements established knowledge about coordination behaviours and interactive team cognition and should be taken into consideration in the practise and training of trauma teams. ■

REFERENSER ORIGINALARBETEN

Fornander, L., Berterö, C., Molin, I., Laukkanen, K., Nilsson, L., & Björnström, K. (2023). Development of trauma team cognition can be explained by "split vision": A grounded theory study. *Journal of Interprofessional Care*, 37(5), 706–714. <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2171970>

Molin, I., Fornander, L., & Berggren, P. (2021). An analysis of trauma team communication using the verbal response mode taxonomy. *Surgery*, 170(6), 1849–1854. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2021.05.043>

Fornander, L., Laukkanen, K., Molin, I., Nilsson, L., & Berggren, P. (2024). Team communication patterns during real and simulated trauma resuscitation - a social network analysis. *Ergonomics*, 67(2), 225–239. <https://doi.org/10.1080/00140139.2023.2221000>

Fornander, L., Garrido Granhagen, M., Molin, I., Laukkanen, K., Björnström, K., Berggren, P., & Nilsson, L. The use of specific coordination behaviours to manage information processing and task distribution in real and simulated trauma teamwork. (Manuscript submitted for publication)

Av Liselott Fornander, överläkare, Anestesi- och intensivvård Vrinnevisjukhuset, Norrköping, Linköpings universitet
Liselott.Fornander@regionostergotland.se



Manusstopp för SFAI-tidningen nr 4 2024 är

8 oktober

Glöm inte att skicka in material i god tid till: tidningen@sfa.se

Clinical and physiological consequences of preoxygenation using high-flow nasal oxygen in emergency anaesthesia

Abstract av vetenskaplig avhandling

Emergency anaesthesia is usually performed using a rapid sequence induction technique. The incidence of desaturation during rapid sequence induction is high, and preoxygenation prolongs the safe apnoea time. Apnoeic oxygenation using high-flow nasal oxygen can maintain adequate oxygenation in non-obese and pulmonary healthy patients for half an hour. High-flow nasal oxygen has also been shown to achieve a preoxygenation efficacy comparable to a traditional, tight-fitting facemask. Therefore, high-flow nasal oxygen has been proposed as a preoxygenation technique during rapid sequence induction, with a potential benefit being a seamless transition to apnoeic oxygenation. This thesis has investigated high-flow nasal oxygen during rapid sequence induction in various high-risk patient populations, aiming to explore its effectiveness in avoiding oxygen desaturation and

the potential limitations of the technique.

Study I explored high-flow nasal oxygen as preoxygenation among patients undergoing emergency surgical procedures. High-flow nasal oxygen did not decrease the incidence of desaturation during induction of anaesthesia compared to a traditional facemask. The frequency of regurgitation did not differ between the groups, and no differences in the incidence of desaturation were seen comparing office hours and on-call hours. The facemask group had higher end-tidal oxygen levels immediately following intubation.

Study II investigated parturients, a population known to tolerate apnoea poorly. We therefore examined the use of high-flow nasal oxygen during induction of anaesthesia in pregnant women. All women in our cohort maintained well-oxygenated, and no patient showed signs of regurgitation.

More parturients preoxygenated with high-flow nasal oxygen had end-tidal oxygen levels above 70 % immediately following intubation compared to those preoxygenated with a facemask. This may indicate a greater oxygen reserve and superior conditions to maintain oxygen saturation during prolonged apnoea. Larger, randomised trials are needed to confirm our results.

Pre-hospital data have shown a high incidence of desaturation in trauma patients undergoing emergency anaesthesia. In **study III**, investigating trauma patients needing in-hospital emergency anaesthesia, we could not detect any differences in the number of patients desaturating < 93% if preoxygenation was performed with high-flow nasal oxygen compared to a traditional facemask. Using high-flow nasal oxygen did not increase the incidence of adverse events, although the size of the population limits these results.

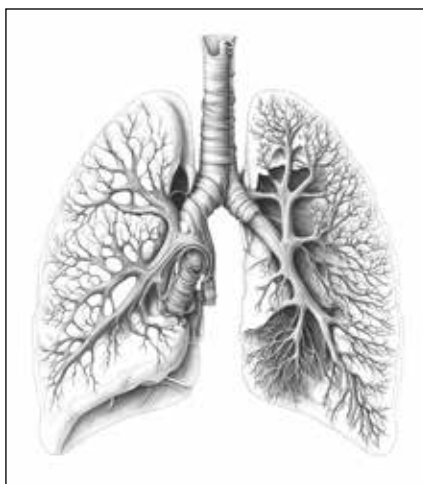
Delarbeten:

I.	Sjöblom A, Broms J, Hedberg M, Lodenius Å, Furubacke A, Henningsson R, Wiklund A, Nabecker S, Theiler L, Jonsson Fagerlund M. Pre-oxygenation using high-flow nasal oxygen vs. tight facemask during rapid sequence induction. <i>Anaesthesia</i> 2021; 76 : 1176-83.
II.	Sjöblom A, Hedberg M, Johansson S, Henningsson R, Soumpasis I, Lafrenz H, Törnberg D, Lodenius Å, Jonsson Fagerlund M. Pre-oxygenation using high-flow nasal oxygen in parturients undergoing caesarean section in general anaesthesia: A prospective, multi-centre, pilot study. <i>Acta Anaesthesiol Scand</i> 2023; 67 : 1028-36.
III.	Sjöblom A, Hedberg M, Gille A, Guerra A, Aanesen V, Forsberg I-M, Jonsson Fagerlund M. Pre-oxygenation using high-flow nasal oxygen versus tight facemask in trauma patients undergoing emergency anaesthesia. <i>Acta Anaesthesiol Scand</i> 2024; 68 : 447-56.
IV.	Sjöblom A, Hedberg M, Forsberg I-M, Hoffman F, Jonsson Fagerlund M. Comparison of preoxygenation using a tight facemask, humidified high-flow nasal oxygen and a standard nasal cannula – a volunteer, randomised, crossover study. <i>European Journal of Anaesthesiology</i> <i>EJA</i> 2024; 41 : 430-7.

Anaesthetists assessed preoxygenation with high-flow nasal oxygen as easier compared to a traditional facemask which could be valuable given the stressful clinical situation.

In this thesis, we also propose a new technique for preoxygenation. In **study IV**, we have shown that using a standard nasal cannula, at high flow rates, generates a preoxygenation efficacy comparable to a traditional facemask and high-flow nasal oxygen, although at the expense of impaired comfort. Since the standard nasal cannula is inexpensive, user-friendly and available globally, it could constitute an option when alternative methods are lacking.

In summary, preoxygenation using high-flow nasal oxygen has shown to be a feasible method to use during rapid sequence induction in various



Omslagsbild: Anatomi av friska lungor.
Figur designad av Freepik och tillgänglig på www.freepik.com

high-risk populations, equally effective as a traditional facemask in avoi-

ding oxygen desaturation. Potential benefits are anaesthetists assessed ease, high patient comfort and a smooth transition to apnoeic oxygenation. This thesis demonstrated no increased risks of using high-flow nasal oxygen compared to a traditional facemask, although these results are limited by the size of our populations and need to be further explored. Finally, this thesis proposes a new method for preoxygenation, using a standard nasal cannula. Even though it impairs comfort, it could serve as an option when alternative methods are lacking. ■

Av Albin Sjöblom, ST-läkare,
Perioperativ Medicin och
Intensivvård, Karolinska
Universitetssjukhuset, Sol-
na, albin.sjoblom@ki.se
Foto: Johannes Frandsén



Kallelse till

ÅRSMÖTE I SVENSK FÖRENING FÖR ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD 2024

Datum: Torsdagen den 19 september Tid: 13.00 Plats: Helsingborg Clarion Hotel SeaU Kongressalen

Föreslagen dagordning

- | | |
|---|--|
| §1. Mötets öppnande | §11. Ansvarsfrihet för styrelsen |
| §2. Val av mötesordförande | §12. Årsavgift |
| §3. Val av sekreterare | §13. Val av styrelseledamöter, verksamhetsrevisorer och ekonomiska revisorer |
| §4. Val av justeringspersoner, tillika rösträknare | §14. Val av valberedning |
| §5. Godkännande av Kallelse till årsmötet och Dagordning | §15. Inkomna motioner och propositioner |
| §6. Protokoll från föregående årsmöte | a. Inga inkomna motioner |
| §7. Verksamhetsberättelse och årsrapporter | b. Stadgeändring §6 "ytterligare 6 ledamöter" till "ytterligare 7 ledamöter" |
| §8. Föreningens ekonomi – inklusive rapport från SFAI verksamheter AB | §16. Övriga frågor |
| §9. Ekonomisk revisionsberättelse | §17. Mötets avslutning |
| §10. Verksamhetsrevisorernas berättelse | |

Välkommen önskar
Maja Ewert, Ordförande SFAI



ÖVRIGA KURSER

Den Svåra Luftvägen 2025-01-27 till 01-30.

Detta är 25:e året som jag är kursledare för Svåra Luftvägskursen i Göteborg och vi har nu utbildat över 1.000 ST-läkare i fr.a. Anestesi & Intensivvård och cirka 100 ST-läkare i ÖNH. Kursen riktar sig till de ST-läkare med minst 6 månaders klinisk erfarenhet och gärna upp emot ett år, men det går bra med drygt 2 års erfarenhet också. Under kursen lär man sig att bedöma luftvägen utifrån många olika faktorer och de vanligaste metoderna att säkra luftvägen prehospitalt, på Op och på IVA.

Vi har 3 förmiddagar med gruppundervisning: en fm. på Simulatorcentrum, en fm. med praktiska koniotomi-och trakeotomiövningar på gristrakea och en fm. med intubation med flexibelt bronkoskop på olika op-avdelningar och sedan genomgång av ett antal svåra luftvägsfall. Delmål enligt SoS 2015: a1, c2, c3, c4, c5, c9, c11. Avgift 14.000:- + moms och då ingår även fika fm och em och luncher samt middag på tisdagskvällen då vi har en liten utställning av "Luftvägsprylar". Kursledare: Per Nellgård, pnellgard@gmail.com, 0703-286563. Kurssekr.: Johan Holmén, johan.holmen@vgregion.se, 031-3436398. Besked om antagning till kursen sker 1 månad före kursstart.

Bakjurskursen Del 2 om "all" Intensivvård 2024-11-18 – 11-22. & Bakjursackreditering.

Kursen består av föreläsningar och diskussioner + 3 eftermiddagar med drygt 2 timmars besök på Central-IVA, Neuro-IVA & Thorax-IVA. Barn-IVA bara via föreläsningar. Kursen startar med cirkulationsfysiologi och svår svikt som cardiogen chock och ECMO-behandling och HeartMate-3 etc. Sedan behandling och uppföljning av hjärt-stillestånd. Högerkammarsvikt och Pulmonell hypertension och arytmier. Sedan Respirations-fysiologi och lungkomplikationer, ARDS och Svåra luftvägar på IVA & Trakeostomivård. Sepsis och septisk chock. Koagulation på IVA och Lung-emboli och diagnostik & behandling. Njursvikt och dialysbehandling & njurtransplantation. Akut och kronisk leversvikt inkl. akutisering av kronisk svikt och levertransplantation. Diagnostik och behandling av Subarachnoidalblödningar och Neurotrauma och högt ICP, samt TIA och Stroke och EP. Intoxikationer och behandling och prognos. Hjärndödsdiagnostik och multiorgan-donation och Etik på IVA inkl. avstå/avbryta behandling. Avgift 12.000:- + moms och då ingår även fika fm och em och luncher samt middag på tisdagskvällen med utställning. **Kontaktperson & Kursledare:** Per Nellgård, pnellgard@gmail.com, 0703-286563. Besked om antagning till kursen sker 1 månad före kursstart.

Smärta och Smärtbehandling 2024-10-14 till 10-17

Kursen går i Göteborg sedan 2016 en till två gånger årligen och initialt var den riktad mot ST-läkare i Anestesiologi och Intensivvård, men nu deltar läkare från andra specialiteter som internmedicin, geriatrik, gynekologi, kirurgi. Man bör nog arbetat kliniskt nästan 2 år för att optimalt tillgodogöra sig kursen. Kursen innehåller smärtfysiologi, smärtanalys och olika typer av smärta och könsskillnader samt riskfaktorer för att utveckla långvarig smärta. Man lär sig också att bedöma, förebygga och behandla akut & långvarig smärta och nociceptiv smärta, neuropatisk smärta, nocioplastisk smärta och cancersmärta. Vi går igenom farmakologiska och icke farmakologiska smärtbehandlingsmetoder hos barn och vuxna. Vi ger grunden till individualiserad behandlingsstrategier av långvarig smärta som dessutom får akut smärta. Vi diskuterar behandling av post-op smärta, obstetrisk smärta och smärta hos missbrukare. Vi har också en diskussion kring de svåra etiska frågorna för patienter med svår smärta i livets slutskede. Delmål enligt SoS 2015: a2, a6, b1, b3, b5, c1-2, c4-11, c13-15. Avgift 10.000:- + moms och då ingår även fika fm och em och luncher samt middag på tisdagskvällen då vi har en liten utställning av smärthjälpmiddel. Kontaktperson och Kursledare: Per Nellgård, pnellgard@gmail.com, 0703-286563 Kurssekreterare: Jaquette Liljencrantz, jaquette.liljencrantz@vgregion.se 031-3429258 Besked om antagning till kursen sker 1 månad före kursstart.



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutet and Olof Norlanders Minnesstiftelse announce

Travel Scholarship 2024 in the amount of 100 000 SEK

The scholarship will be awarded to support a promising or already established Nordic researcher in the field of **Anesthesiology and Intensive Care** during a research stay at a foreign medical institution.

Research concerning intensive care to patients with immunological disorders has a high priority.

The application should be accompanied by a current curriculum vitae including a list of publications and presentations. A detailed description of the planned research project and financial planning should also be included, as well as an explanation for the choice of institution to be visited.

The application should be mailed to:

PMI-FOU.karolinska@regionstockholm.se no later than October 13th 2024

The scholarship will be announced at the event of
The Olof Norlander Day in Stockholm at the same occasion the
Olof Norlander Honorary Lecture will be held.

Information is available from

Professor Lars I Eriksson, phone +46 70 495 37 07, lars.i.eriksson@ki.se
Secretary Marie Stenbeck, phone +46 8-123 805 53, marie.stenbeck@regionstockholm.se



KALENDARIUM

**Vi försöker alltid få med det senaste i kalendarieret
– men för säkerhets skull, håll utkik efter uppdateringar på
www.sfai.se**

EDAIC Part 1 2024

Datum: 14 sep, 2024

Plats: Uppsala och Lund

TAASK Express 66

Datum: 16–17 sep, 2024

Plats: Helsingborg

Kurs i etik och viktiga samtal 2024

Datum: 17 sep, 2024

Plats: Helsingborg

SFAIs Forskningsforum 2024

Datum: 17 sep, 2024

Plats: Helsingborg

TAASK Masterclass 67

Datum: 24–26 sep, 2024

Plats: Stockholm

Leading for Change – Pedagogiskt ledarskap 2024-2025

Datum: 26–27 sep, 2024

Plats: Karolinska Institutet, Stockholm

Bakjurskurs Del 1

Datum: 30 sep–4 okt, 2024

Plats: Göteborg

Modern luftvägshantering för speciallistläkare

Datum: 1–4 okt, 2024

Plats: Krusenbergs Herrgård, Knivsta/Uppsala

SAFT Falldiskussiondag

Datum: 4 okt, 2024

Plats: SUS Lund, Seminariet, Lasarettsgatan, 222 41 Lund

Tactical Trauma 24

Datum: 7–9 okt, 2024

Plats: Sundsvall

Smärta och Smärtbehandling

Datum: 14–17 okt, 2024

Plats: Göteborg

ST-kurs i allmän intensivvård

Datum: 21–25 okt, 2024

Plats: Lund

Göteborgskursen, ST-kurs i Obstetrisk anestesi

Datum: 21–24 okt, 2024

Plats: Göteborg, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra

TAASK Masterclass 68

Datum: 22–24 okt, 2024

Plats: Umeå

13th Hedenstierna Laboratory MasterClass symposium 2024

Datum: 25 okt, 2024

Plats: Uppsala

SK-kurs: Grundläggande anestesi

Datum: 4–8 nov, 2024

Plats: Skånes Universitetssjukhus i Lund

TAASK Express IVA 73

Datum: 5–7 nov, 2024

Plats: Lund

TAASK Masterclass 69

Datum: 12–14 nov, 2024

Plats: Karlstad

Intensivvårdsmötet

Datum: 13–15 nov, 2024

Plats: Sigtunahöjdens hotell och konferens, Sigtuna

Train the trainers

Datum: 14–15 nov, 2024

Plats: Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

SYA:s årliga utbildningsdag 2024

Sen-I-Åren-dagen

Datum: 15 nov, 2024

Plats: Malmö / Digitalt deltagande

Bakjurskurs Del 2

Datum: 18–22 nov, 2024

Plats: Göteborg

AI och Etiken. SLS och SLF gemensamma etikdag

Datum: 19 nov, 2024

Plats: Stockholm, SLS hus, Klara Östra Kyrkogata 10,

TAASK Express 70

Datum: 19–21 nov, 2024

Plats: Lund

Ultraljudskurser Stockholm

Datum: 25–26 nov, 2024

Plats: Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

TAASK Express 71

Datum: 26–28 nov, 2024

Plats: Ystad

TAASK Masterclass 72

Datum: 10–12 dec, 2024

Plats: Göteborg

Nationella Donationsmötet

Datum: 23–24 jan, 2025

Plats: Uppsala Konsert och Kongress (UKK)

SYA: kursdagar 2025

Datum: 4 apr, 2025

Plats: Södra Norrland

17th World Congress of Intensive and Critical Care 2025

Datum: 16–19 sep, 2025

Plats: Vancouver, Canada



Posttidning B
Returadress:
SFAI
c/o MKON
Norra Vallgatan 16
211 25 Malmö

AVS. Grafiskgruppen AB, Malmö

SFAI & Anliva veckan 2025



ETT LIV
ETT LAG

Varmt välkomna till
Norrköping
17-19 september 2025!

HÅLLBARHET - FRAMTID - GEMENSKAP
NORR KÖPING

www.sfaianiva.se