



Officiellt Organ för
Svensk Förening för
Anestesi och Intensivvård

Volym 32
Nr 3 • november 2026

SFAI

tidningen



**KONGRESSINLAGA
MEDFÖLJER!**
– Läs allt om årets SFAI
& Anlva-vecka här!



Välkomna till SFAI & Anlva-veckan i Stockholm!
Vad innebär BT för svensk anestesi och intensivvård?
Att arbeta som "flying doctor" i Australien



SFAI-tidningen

Officiellt organ för Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård
Volym 32, nummer 3-2026

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

Grundare: Rolf Sandin, Kalmar
Tidningen grundades 1995.

Ansvarig utgivare: Karin Löwhagen

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 november 2026.

Bidrag och redaktionella annonser skall
vara redaktionen tillhanda **12 oktober**.
Fyra nummer utkommer årligen:
februari, april, september och november.

SFAI:s hemsida finns på www.sfa.se

Omslagsbild:
Stockholm

Foto:
magnific.com

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



Innehåll i nr 3-2026

SFAI:s delföreningar med mera	2
SFAI:s kanslifunktion	2
Ordföranden har ordet	3
Nya medlemmar	4
Gästredaktören reflekterar	5
Vad innebär BT för svensk anestesi och intensivvård?	6
Basic Science blev klinisk magi – SYA:s kursdagar 2026	8
Rapport från ESAIC i Rotterdam.	10
Kallelse till SFAI:s årsmöte 2026	11
Att arbeta som "flying doctor" i Australien	16
Rapport från WHO Academy	20
SYA – mer än bara en styrelse!	24
SYA:s styrelse har fått nya medlemmar!	25

SFAI & Anlva-veckan

Varmt välkomna till SFAI & Anlva-veckan i Stockholm	11
Kom och träffa ETOS under SFAI & Anlva-veckan!	12
Välkomna till Jönköping 2027	12
Måste vi rikta om vår etiska kompass när omvärlden tränger sig på?	12
Symposium AnOpIVA - Hjärtlösa?	13
Brobyggarna	13

Aktuell forskning

Cardiac arrest in perioperative and critical care settings	26
Tidig dubbel sekventiell defibrillering vid hjärtstopp utanför sjukhus	27

Kurser, möten, inbjudningar m.m.

Nationell bakjournkurs i anestesiologi och intensivvård	9
Ultraljudskursen	9
SSAI 2026	9
Kurs i thoraxanestesi och intensivvård	9
Modern Luftvägshantering	16
En sjuk natt	22
SYA Brännskadedagen	22
TAASK-MASTERCLASS & TAASK-EXPRESS	22
Akut Nefrologi & Dialys inom intensivvård	22
ST kurs i Ventilatorbehandling	23
Hur det verkligen fungerar	23
Train The Trainers	23
Luftvägskursen	23
Tactical Trauma 26	28
ST kurs i Ventilatorbehandling	28
Modern Luftvägshantering	28
Traumaresuscitering	28
Kalendarium	29



SFAI:s delföreningar med mera

Svensk Förening för Anestesi – SFAn

Anders Silfver, ordförande
Sundsvalls sjukhus,
anders.silfver@rvn.se

Svensk Förening för Obstetrisk Anestesi och Intensivvård – SFOAI

Lisa Lundström, ordförande
Anestesikliniken Östersunds sjukhus
Tel: 0739-81 85 17
E-post: lisa.lundstromregionjh.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

Jessica Kåhlin, ordförande
Perioperativ Medicin och Intensivvård (PMI),
Karolinska Universitetssjukhuset Solna
Tel: 070-729 54 56
jessica.kahlin@regionstockholm.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

Rebecka Rubenson Wahlin, Perioperativ
Medicin och Intensivvård, Karolinska
Universitetssjukhuset Huddinge
rebecka.rubenson-wahlin@regionstockholm.se

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

Tor Damén, ordförande
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
Tel: 031-342 78 73
tor.damen@vgregion.se

Svenska Intensivvårdssällskapet – SIS

Johan Malmgren, ordförande
AnOpIVA Sahlgrenska Universitetssjukhuset/
Sahlgrenska
johan.malmgren@vgregion.se

Svensk Förening för Postoperativ Vård – SPOV

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

SFAI:s delförening för Hyperbarmedicin

Nicklas Oscarsson, ordförande
Sahlgrenska sjukhuset (Östra), Göteborg,
nicklas.oscarsson@vgregion.se

SYA

Martina Steineck, ordförande
Örebro Universitetssjukhus, ST-läkare
martinasteineck@hotmail.com, SYA@sfai.se

KVAST (KVALitetssäkring av ST)

Marco Schuster, ordförande
marco.schuster@capio.se

Svensk Förening för Ultraljud i Anestesi och Intensivvård – SFULAI

Hampus Edgren, ordförande,
ANOPIVA US Linköping
hampus.edgren@regionostergotland.se

Associerad: Svenska Intensivvårdsregistret – SIR

Johnny Hillgren, ordförande
johnny.hillgren@icuregse.org

Associerad: Svenskt Perioperativt Register – SPOR

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

KOM IHÅG!

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

SFAI:s kanslifunktion



SFAI:s kanslifunktion köps från MKON.

Kontakta kansliet om du vill anmäla adress-ändring, har frågor om medlemsavgift etc.

MKON anlitas även för den årliga SFAI-veckan.

Kontaktuppgifter:

Telefon: 040-25 85 50

E-post: kansli@sfai.se

Vendela: vendela@mkon.se

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

Leia Fernandes, Lotta Ahlbertz & Hilda Ståhl

mkon
We are super awesome www.mkon.se



SFAI – en plattform för kunskapsutbyte och professionell utveckling

Av Karin Löwhagen, Ordf. i SFAI, Med Dr, Överläkare, Verksamhetschef
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal, karin.lowhagen@vgregion.se

Det är mitt i sommaren när jag skriver dessa rader. Förhoppningsvis har många av er fått möjlighet till återhämtning, även om vi alla vet att anestesi och intensivvård aldrig tar paus. Samtidigt ger sommaren tillfälle att stanna upp. När vi nu sammanfattar verksamhetsåret 2025/2026 gör vi det med både stolthet och stor tacksamhet.

Under året har SFAI fortsatt att vara en viktig plattform för kontakt, kunskapsutbyte och professionell utveckling inom anestesi och intensivvård. Styrelsearbete, utbildningsinsatser, riktlinjer, remissvar, möten och nationella uppdrag visar bredden i föreningens arbete – från det kliniskt vardagsnära till det strategiskt långsiktiga.

Något som gläder mig mycket är det stora engagemanget bland er medlemmar. SFAI:s kraft kommer från alla er som bidrar med tid, kunskap och erfarenhet – ofta vid sidan av krävande kli-

”

ETT VARMT TACK
TILL ER ALLA FÖR ERT
ENGAGEMANG”

”

INFÖR HÖSTEN
TAR JAG MED MIG STOLT-
HET ÖVER ALLT SOM
GJORTS OCH ÖDMJUKHET
INFÖR DET ARBETE SOM
ÅTERSTÅR”

niska uppdrag. Det syns inte minst i våra 16 delföreningar, där viktiga frågor fångas upp, riktlinjer utvecklas, kurser och möten arrangeras och nätverk skapas över klinik- och regiongränser.

Våra tre fokusområden under verksamhetsåret – Kloka Kliniska Val, Den åldrande befolkningen och Livslångt Lärande – fångar också centrala frågor för vår specialitet. De handlar om att använda vår kunskap klokt, möta en föränderlig patientpopulation och fortsätta utvecklas genom hela yrkeslivet. Under året har vi genomfört en hel del aktiviteter för våra medlemmar, kopplade till dessa fokusområden. Tillsammans pekar de framåt mot en anestesi och intensivvård som är kunskapsbaserad, hållbar och naturligtvis i utveckling. Vi

Ordföranden
har ordet



Karin Löwhagen

har under verksamhetsåret introducerat några nyheter i form av Nationell Journal Club samt riktlinjewebbinarier, båda med stort deltagande från er. Detta kommer vi att fortsätta med under hösten. Som medlem får du utskick inför dessa och vi brukar också flagga i våra sociala medier – LinkedIn, Instagram och Facebook – när vi har någon sådan aktivitet på gång.

Påminn gärna alla ni känner och inte känner om att Operations- och Intensivvårdsfonden finns, för alla som vill donera pengar till forskning inom vår specialitet. För den som vill läsa mer om fonden, om hittills utdelade stipendier och om varför forskning inom vår specialitet är viktig: www.operationsoch-intensivvardsfonden.se.

Inför hösten tar jag med mig stolthet över allt som gjorts och ödmjukhet inför det arbete som återstår. Ett varmt tack till er alla för ert engagemang och ert fortsatta arbete för svensk anestesi och intensivvård. Vi är som specialitet helt centrala för sjukhus-Sverige och för väldigt många patienters allra mest kritiska vård. Jag ser fram emot att fortsätta arbetet för vår specialitet tillsammans och ser fram emot att träffa många av er under vecka 39 i Stockholm, på årets SFAI & AnIva-vecka. ■

Vi hälsar följande nya medlemmar välkomna till SFAI:



David Yu

vichy576@gmail.com

Frida Carlsson

frida.carlsson@regionjh.se

Emi Kadowaki

emikadowaki99@gmail.com

Jesper Näsval

nasvall@gmail.com

Anton Billing

antonbil@live.se

Rasmus Thordstein

rasmus.thordstein@gmail.com

Maryam Haghighi

maryam.haghighi@regionstockholm.se

Robin Flood

flood_robin@hotmail.com

Elin Österlöf

elin.johansson@regionjh.se

Linda Bondesson

linda88karlsson@gmail.com

Hanna Smeds

hanna.smeds@regionstockholm.se

Jacob Hultdin

jacob.hultdin@gmail.com

Ellisiv Seines

svendsen.ellisiv@gmail.com

Gabriella Schanning

gabriella.schanning@gmail.com

Anna Mattsson

anna@mattssons.co.uk

Tomas Karlsson

Tomas.karlsson@ki.se

Zina Paulus

zina_eva@hotmail.com

Josefin Hambert

josefinhambert@hotmail.com

Arash Emami

arash.emami@uu.se

Ellinor Schultz

ellinor.schultz@regionorebrolan.se

Jonathan Moberg

jonathanmoberg2@gmail.com

Caroline Linder

caroline.linder@regionvarmland.se

Christer Ny

petidin2@gmail.com

Mickéla Lindeberg

mickelalindeberg@gmail.com

Richard Svalstedt

prickard_7@hotmail.com

Kenza Benseddik

kenza.benseddik@regionstockholm.se

Erik Claesson Lingehall

erik.clingehall@gmail.com

Alice Sundwall

alice.sundwall@gmail.com

Matilda Bäcker-Lantz

matilda.backer-lantz@hotmail.com

Melissa Humadi

melissa.humadi@skane.se

Maja Danielsson

maja.ae.danielsson@gmail.com

Leonardo Ebeling

demircan@ebeling-assoc.com

Viktor Näslund

viktornaslund@outlook.com

Erika Wanne

erika.wanne@vgregion.se

emelie radivoi

emelie-radivoj@hotmail.com

Eric Hetting

erichetting@gmail.com

Martina Eriksson

martina.eriksson@regiongavleborg.se

Thomas Öhrström

ntkohrstrom@gmail.com

Sabina Forsberg

sabina-forsberg@hotmail.com

Rebal Rahim

rahim.rebal@gmail.com

Matias Hannuksela

hannuksela.matias@gmail.com

Arndís Heimisdóttir

arndisheimis@gmail.com

Hritul Karim

hritul.karim@capiostgoran.se

Zana Haxhija

zana.haxhija@skane.se

Cimmie Wignell

cimmie.wignell@regionvarmland.se

Jonathan Hörsne Malmberg

jonathan.horsne.malmberg@regiongavleborg.se

Manusstopp för SFAI-tidningen nr 4 2026 är

12 oktober

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



Narkosen 180 år – del I

Gästredaktören
reflekterar



Bror Gårdelöf

Av Bror Gårdelöf, redaktör emeritus, pensionerad överläkare, Linköping, bror.gardelof@gmail.com

Den 16 oktober 2026 är det 180 år sedan tryckaren och förläggaren Gilbert Abbott sövdes med eter av tandläkaren William Morton, så att kirurgen John Collins Warren kunde operera en tumör på Abbotts hals. Det var långt ifrån första gången som någon förhoppningsfull sade sig kunna eliminera smärta vid kirurgi, men tidigare försök hade misslyckats.

Den något skeptiske Warren sade till Morton: "Your patient is ready, sir." Morton sövde Abbott och svarade: "Your patient is ready, sir." Warren genomförde ingreppet, utan att patienten reagerade – och sammanfattade det hela med: "Gentlemen, this is no humbug." (Detta är den klassiska berättelsen, men en kollega på Medicinhistoriska Muséet i Uppsala hävdar att den är en myt.)

Warren grundade även en av världen högst ansedda medicinska tidskrifter, The New England Journal of Medicine.

Tilldragelsen ägde rum på Massachusetts General Hospital i Boston. Operationssalen, The Ether Dome, finns bevarad, och 16 oktober firas alltså som Ether Day. Den sensationella nyheten fick snabb spridning. Efter tre veckor hade den nått Australien, och i februari 1847 höll Jöns Jacob Berzelius ett föredrag om eter i Stockholm.



Mortons eteranestesioperation 16 Oktober 1846.
Foto: Wikipedia

Sett i backspegeln är det underligt att detta inte hände långt tidigare. Dietyl-

För att uppmärksamma att det i år är 180 år sedan den första anestesi genomfördes – och tillika 80-årsjubileum för SFAI – presenterar redaktör emeritus Bror Gårdelöf här anestesiens historia i två delar (del I får ni här och del II kommer att gå att läsa i nr 4).

Som många av er säkert redan vet pågår ett arbete inom SFAI för att bygga upp ett digitalt museum över svensk anestesi och intensivvårds historia – har du material eller vill bidra på annat sätt så kontakta gärna fredrik.hammar skjold@rjl.se!

ter hade framställts 1540 av Valerius Cordus, och samma år påpekade den schweiziske läkaren Paracelsus (Filippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim), att eter borde kunna användas för smärtlindring vid kirurgi, men inget hände. År 1800 påpekade Humphry Davy att lustgas – N₂O, dikväveoxid, kväveoxidul – borde kunna användas vid kirurgi, men inget hände då heller.

Morton var dock inte först. Kirurgen och apotekaren Crawford Long genomförde sin första eternarkos vid en operation 1842. Det blev fler, och 1845 gav han sin hustru eter under en förlossning. Men han offentliggjorde sina rön först 1849, varför Morton fick äran som pionjär.

1844 var den framstående tandläkaren Horace Wells på en tillställning, där människor erbjöds att inandas lustgas, vilket roade såväl dem själva som publiken. En man råkade slå skenbenet hårt i en träbänk, och Wells noterade att han inte reagerade. När ruset gått över mindes mannen inget, men såret på benet visade att traumat varit avsevärt. Nästa dag provade Wells på sig själv och lät kollegan John Riggs dra ut en visdomstand – utan smärtupplevelse. Han och kollegorna på praktiken införde omgående lustgas i verksamheten, som blomstrade.

1845 åkte Wells till Boston för att demonstrera lustgas vid en tandutdragning – men hade otur. Han hade för bråttom (nervositet?), så patienten fick för lite lustgas och skrek när ingreppet påbörjades. Åskådarna ropade: "Humbug! Humbug!". Efteråt kom dock patienten inte ihåg när tänderna drags ut.

Idag vet vi att lustgas har sämre effekt vid fetma och alkoholism. Den berörda patienten led av båda åkommorna.

Wells återgick till tandläkarpraktiken, som dock gick allt sämre. Han fortsatte att experimentera på sig själv med lustgas och kloroform, drabbades av tilltagande psykisk ohälsa, spärrades in och tog livet av sig vid 33 års ålder.

Än idag är lustgas en vanlig ingrediens i amerikanska tandläkarbehandlingar. Hos oss är den mest känd inom förlossnings- och ambulanssjukvården, men kombinerad med andra preparat har lustgas också varit en självklar ingrediens i kirurgiska narkoser.

”

DEN NÅGOT
SKEPTISKE WARREN
SADE TILL MORTON:
"YOUR PATIENT
IS READY, SIR".
MORTON SÖVDE
ABBOTT OCH
SVARADE: "YOUR
PATIENT IS READY,
SIR"



Bastjänstgöringens intåg – vad innebär BT för svensk anesthesi och intensivvård?

Av KVASt genom Thomas Widmark, överläkare och ST-studierektor på VO Anestesi och intensivvård, Region Örebro län. thomas.widmark@regionorebrolan.se

Svensk läkarutbildning står inför ett systemskifte. Den sedan länge i Sverige etablerade allmäntjänstgöringen (AT) fasas ut till förmån för bastjänstgöring (BT), som blir den inledande delen av läkarnas specialiseringstjänstgöring. För anesthesi och intensivvård innebär detta både nya möjligheter och utmaningar kring utbildningens uppbygg och rekrytering. Syftet med BT är att minska väntetiden till legitimation och färdig specialist, göra utbildningen mer lik andra EU-länder samt skapa en mer sammanhängande väg till specialist.

Vad är BT?

Bastjänstgöringen är en obligatorisk inledande del av ST för alla läkare som utbildats enligt det nya sexåriga läkarprogrammet som startade hösten 2021 eller för de som har en utländsk legitimation. Minimitiden för BT är 6 månader, men normtiden är 12 månader och regleras av Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:8). Socialstyrelsen rekommenderar också att BT bör vara 12 månader, vilket flertalet regioner tillämpar. Tjänstgöringen omfattar 18 delmål och ska innehålla minst tre månader inom vardera primärvården och akut sjukvård. Utöver detta kan regionerna erbjuda ytterligare placeringar, maximalt två, men de flesta regioner har bedömt att delmålen i psykiatri inte kan uppnås utan en placering inom psykiatri. Det är också uttalat i föreskriften att längre sammanhängande placeringar eftersträvas och att det maximalt bör vara fyra placeringar.

Det är i dagsläget osäkert vilka kunskaper och kliniska färdigheter som läkarna kommer med från den nya läkarutbildningen. Det skriftliga AT-provet ersätts av en strukturerad, externt genomförd bedömning av läkarens färdigheter inom BT. Den externa bedömaren, som



SVENSK
LÄKARUTBILDNING
STÅR INFÖR ETT
SYSTEMSKIFTE”

ska vara en specialistkompetent läkare utanför den aktuella vårdenheten, ska tillsammans med handledaren säkerställa att BT-läkaren uppfyllt målen innan baskompetens intygas. Till skillnad från dagens AT-läkare, som genomgår en omfattande klinisk träning innan legitimation, kliver BT-läkarna ut i arbetslivet med legitimationen i hand efter slutförd läkarutbildning. Detta ställer höga krav på den nya läkarutbildningen men också på BT-utbildningens upplägg.

BT kan genomföras på två sätt:

Integrerad BT/ST: Här anställs läkaren direkt på ett tillsvidareförordnande som ST-läkare där BT ingår. BT ska genomföras under de två första åren och kan alltså på så vis integreras i ST-tjänstgöringen.

Fristående BT: Läkaren anställs på ett tidsbegränsat förordnande (huvudregeln tycks nationellt vara 12 månader). Detta innebär att läkaren ännu inte är formellt knuten till någon klinik som ST-läkare.

Om man ser vad regionerna erbjuder i dagsläget så är det en blandning av enbart integrerade, enbart fristående eller en blandning av dessa. Vanligast verkar dock fristående BT vara.

Minimitiden för ST förlängs från 5 år till 5 år och 6 månader, då är BT inräknad i den tiden. Med integrerad BT kan vissa delmål (både BT- och ST-del-mål) uppfyllas samtidigt och på så vis förkorta tiden till färdig specialist. All arbetad tid efter läkarexamen kan också tillgodoräknas (under rätt förutsättningar) eftersom läkaren är legitimerad.

Hur lång blir en ST inom anesthesi och intensivvård?

Enligt den utbildningsbok som tagits fram av KVASt rekommenderas att minst 36 månader av ST-utbildningen förläggs inom anesthesi och 24 månader inom intensivvård. All intensivvårdsrelevant tjänstgöring, inklusive eventuell sidotjänstgöring, kan räknas som intensivvård, liksom skriftliga individuella arbeten. Upp till sex månader av



Nuvarande system (överst) med AT och ST byts mot antingen fristående BT (mitten) eller integrerad BT (nederst) som tillsammans ska utgöra minst 5,5 år. Bild från Svenska Läkarförbundet, publicerad med tillstånd.



intensivvårdsplaceringen kan fullgöras på anestesivård. Om man är disputerad kan man tillgodogöra sig upp till 6 månaders tjänstgöring (varigenom bland annat det vetenskapliga arbetet räknas som fullgjort). Det är dock redan nu så att inte alla hinner uppnå måluppfyllelse i alla delmål på fem år. Snittet på en ST i anesthesi och intensivvård i Sverige är ungefär 66 månader. I en målstyrd utbildning går progressionen olika fort för olika individer. I en målstyrd utbildning går progressionen olika fort för olika individer.

Då Socialstyrelsen nu ändrar minimitiden för ST, inklusive BT, från 5 år till 5,5 år går det inte ihop tidsmässigt med KVASt:s rekommendationer, om BT kommer att utgöra 12 månader av den tiden. De kompetenser man fått under en doktorsexamen skulle också formellt kunna minska minimitiden för ST med ytterligare 6 månader. Sammantaget blir då tiden för ST-utbildningen ännu kortare.

ST-utbildningen är målstyrd och det är slutligen måluppfyllelse som ska utgöra bedömningen om en person är färdig specialist eller ej, men det är KVASt:s tydliga uppfattning att en specialiseringsutbildning inom anesthesi och intensivvård svårligen låter sig göras på 4,5 år annat än i undantagsfall då det är en omfattande kunskapsmängd man ska tillgodogöra sig och för denna krävs klinisk erfarenhet utöver andra utbildningsaktiviteter. På europeisk nivå rekommenderar UEMS (European Union of Medical Specialists) i riktlinjerna Training Requirements for the Specialty of Anaesthesiology att specialistutbildningen inom anesthesiologi ska omfatta minst fem år.

Utmaningen med rekrytering och exponering

Anesthesi och intensivvård ingår oftast inte som en obligatorisk placering under BT. I det nuvarande AT-systemet får de flesta läkare en kortare exponering för AnIVA, vilket ofta fungerat som en viktig rekryteringsväg. När AnIVA inte längre är en naturlig del av den första kliniska tiden för nyutexaminerade läkare, riskerar vi en minskad exponering mot studenter och unga kollegor, vilket i förlängningen kan försvåra framtida rekrytering och kompetensförsörjning.

Särskild visstidsanställning och lämplighetsbedömning

Inom vår specialitet anses det ofta ta tid att avgöra om en kollega är lämplig för specialiteten givet dess tekniska och akuta karaktär som ställer höga krav på medarbetaren. Här skapar BT en osäkerhet kring anställningsformerna. En integrerad BT/ST innebär i praktiken att man blir tillsvidareanställd vilket gör det svårare att hantera de medarbetare som eventuellt inte visar sig vara lämpliga för specialiteten.

Möjligheter för framtiden

Trots farhågorna finns det potential i det nya systemet:

Snabbare specialisering: Om vi kan hitta en form där BT är en integrerad del av ST, kan det leda till att vi får färdiga specialister snabbare.

Styrning av innehåll: Vid en integrerad BT/ST har kliniken större möjlighet att själva styra över tjänstgöringens innehåll och anpassa det efter specialitetens behov. Bland annat innebär BT-tjänstgöringen "akut sjukvård" inte nödvändigtvis att man måste arbeta på akutmottagningen, utan utbildningen i akut sjukvård kan ske inom den egna specialiteten, och det är här man kan uppfylla både BT- och ST-delmål genom arbete på den egna kliniken.

Stärkt pedagogik: Den nya strukturen med tydliga delmål och externa bedömare kan höja kvaliteten på den kliniska utvärderingen.

”

DET ÄR I DAGSLÄGET
OSÄKERT VILKA KUNSKAPER OCH KLINISKA
FÄRDIGHETER SOM
LÄKARNA KOMMER
MED FRÅN DEN NYA
LÄKARUTBILDNINGEN”

Vi ser också en möjlighet att tydligare implementera att det inte är tid, utan kompetenser som avgör när man är redo att skicka in specialistansökan.



Sammanfattning

Införandet av BT förändrar förutsättningarna för ST och vi inom anesthesi och intensivvård behöver ligga steget före. I och med att den obligatoriska placeringen på våra kliniker i de flesta regioner försvinner under BT behöver vi lägga ännu större vikt på att attrahera blivande kollegor under läkarutbildningen och vi måste utveckla våra metoder för att tidigt identifiera och stödja framtida anesthesi- och intensivvårdsläkare inom ramen för den nya utbildningsstrukturen.

Vi måste också bevaka hur grundkunskaperna inom anesthesi och intensivvård hos många sjukhusbundna och jourtunga specialiteter ska tillgodoses när akutsjukvårdsutbildningen sker helt utanför våra kliniker.

KVASt kommer att följa utvecklingen noga de kommande åren och vill gärna få återkoppling på goda exempel som sker ute i landet. Trots diskussionen om förändrad minimitid för BT och ST så står målen från Socialstyrelsen och SFAI:s utbildningsbok fast, det är när de är uppfylllda som man kan skicka in ansökan om att bli specialist. Bedömningen av måluppfyllelse sker enligt i förväg överenskomna metoder som specialistläkarkollegier, enskilda bedömningar som DOPS och CBD och även teoretiska examinationer som HOLA och EDAIC.

Det återstår att se vilka färdigheter och kunskaper läkarna från nya läkarutbildningen kommer med, kanske kommer vi att hitta former för att snabbare bli färdig specialist med bibehållen eller bättre kompetens även inom anesthesi och intensivvård.



Basic Science blev klinisk magi – rapport från SYA:s kursdagar 2026 i Loka Brunn

Av Martina Steineck, ordförande SYA, ST-läkare Örebro Universitetssjukhus

SYA (Sveriges Yngre Anestesiologer) arrangerar varje år kursdagar där deltagarna får fördjupa sina kunskaper, knyta kontakter och utbyta erfarenheter med kollegor från hela landet. Kursen erbjuder dessutom en plattform att påverka föreningens arbete genom det anslutande årsmötet.

”

ONSDAGEN BLEV EN INTENSIV DAG SOM INLEDDES MED EN SLÅENDE CIRKULATIONS-FÖRELÄSNING”

Årets kursdagar hölls den 14–16 april i Loka Brunn utanför Örebro, temat Basic Science – torra ingredienser blir klinisk magi – och magi blev det! Kursen inleddes av Per Cajander som höll en ventilationsföreläsning som tog oss från gaslagar till klinik. Därefter föreläste Andreas Wiklund om lokalanestetika och dess påverkan på jonkanaler.

Under eftermiddagen samlades medlemmarna för SYA:s årsmöte med redovisning av årsrapport och ekonomi. Avgående styrelsemedlemmar Emelie Dickman Kahm och Cechael Sebghati Sparrfelt avtackades. Nya styrelsemedlemmar valdes in och vi välkomnar varmt Agnes Elmberger och Awad Smew, som presenterar sig själva lite närmre på sidan 25. Tisdagen avslutades med middag, följt av ett fartfyllt musikquiz med musikvideos från 1960 fram till idag.

Onsdagen blev en intensiv dag som inleddes med en slående cirkulationsföreläsning av Kristoffer Nilsson innan Emelie Krite Svanberg tog vid med sin mnemonic ”Try To Look CALM” inför en medicinsk fysiklektion. Efter lunch fortsatte programmet med farmakodynamik. Oscar Axmon undervisade om olika typer av receptorer samt agonister och antagonister. Sedan väntade en djupdykning i anestesiläkemedlen, först inhalationsanestesi med Robin Krantz som gick igenom blod-gas-löslighetskoefficienter och Fink-effekten, därefter föreläste Tommi Blom om intravenös anestesi och kinetikmodeller. Vi avslutade därmed onsdagens föreläsningar och ett hurtigt gäng deltog i ett träningspass i solen innan vi besökte Loka Brunn spaavdelning där några tappra doppade sig i den intilliggande sjön!

Kursens sista dag inledde Tommi Blom, denna gång om medicinsk teknik där vi bland annat fick lära oss hur pulsoximetri fungerar. Under andra föreläsningen lärde Sandra Isaksson oss om syra-bas

enligt Stewart-modellen innan Ellen Leigard förklarade farmakokinetik på ett pedagogiskt vis. Sist på programmet var en föreläsning om EDAIC del I och II och hur dessa går till. Med på länk var Emma Pontén som gick igenom allt från anmälan till utförandet.

SYA:s styrelse har nu laddat inför det nya styrelseåret med intensivt arbete. Vi ser fram emot SFAI & AnIVA-veckan i Stockholm där ni inte får missa vårt symposium; ”Hjärtlösa? The second victim” eller SYA-puben.

Om ni vill ta del av SYA:s utbildningar så markera fredagen den 13 november i kalendern för då går vår utbildningsdag med temat brännskada i Uppsala, det kommer även finnas möjlighet till deltagande via länk. Boka även in vecka 20 2027 då nästa års kursdagar äger rum!

Har du idéer, frågor eller vill du engagera dig i SYA:s arbete är du varmt välkommen att kontakta styrelsen. Vi hoppas att vi ses på ett kommande SYA-evenemang! ■



SYA:s styrelse på internat i Stockholm, saknas på bild: Amanda Norberg.



**OBS! SISTA
ANMÄLNINGS-
DAG 30/9!**



Nationell bakjournkurs i anesthesiologi och intensivvård

Målgrupp: Specialister som förbereder sig för
bakjournsuppdrag och nyblivna bakjourer som önskar
fördjupa sin kompetens.

När: v 49 2026 och v 10 2027

Var: Akademiska Sjukhuset, Uppsala

Kostnad: 18 000 kr

Anmälan: 30/9, 2026 via: <https://portal.sfai.se>

Kontakt: michael.hultstrom@akademiska.se



Ultraljudskursen 30 nov – 1 dec 2026

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 hemodynamiskt
status på den akut sjuka patienten, patienten
på IVA eller på patienten som ska opereras
akut.

Vi som undervisar arbetar inom intensivvård
och anestesi. 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 15:e året två
ultraljudskurser för ST-läk
och specialister i anestesi
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



Announcing the 24th Advanced Educational Program in Intensive Care Medicine

The program is designed to prepare future
senior physicians and ICU directors for
medical and management challenges

The program will run during two years
starting in January 2028

Applications will be accepted from
March 1 to deadline May 1, 2027

Applications must be vouched for and signed by
the Head of department and EDIC1 is meritorious.

**For further information see
www.SSAI.info**

Kurs i thoraxanestesi och intensivvård

Datum: 8-12 mars 2027

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 anestesi,
kardiologi och thoraxkirurgi.
Intresserade 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

Enligt 2015 års författning: b3, c1, c2, c3, c4, c5, c6, c8, c9, c11
Enligt 2021 års författning: c1, c2, c3, c4, c5, c6, c8, c9, c11, c13

Avgift

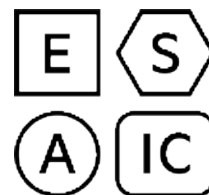
13 000 exkl. moms.

Anmälan senast 2027-01-31

www.thoraxkursen.se



SFAI presenterade svenskt ledarskap på ESAIC i Rotterdam



Av Karin Björnström Karlsson, vetenskaplig sekreterare i SFAI, överläkare Universitetssjukhuset i Linköping, karin.bjornstrom.karlsson@regionostergotland.se

SFAI var i början av juni på ESAIC:s möte i Rotterdam som en del av den nationella byn (national village). Årets tema var "Ledarskap/att våga leda". Vi valde att göra en poster som visade ledarskap på olika sätt utifrån svenska postrar och de initiativ SFAI har tagit. Att leda och våga gå före i olika frågor som är viktiga för anestesioch intensivvården är en förutsättning för att vidareutveckla oss som specialitet. Under mötet bemanade vi vår monter med styrelsemedlemmar – och vi hade detta år en toppenplacering direkt vid rulltrapporna på väg mot alla föreläsningssalar – och vår kaffemaskin lockade många att komma och diskutera!

SFAI beskrev våra möten för chefer och ledare, där vi växlar mellan att ha möten med fokus på ledning av läkare i mars och chefsmöte tillsammans med AnIva i samband med SFAI & AnIva-veckan. Att vi lyfter chefers behov av att träffas och diskutera specifikt det som rör vår specialitet var flera besökare imponerade av och saknade i sina organisationer. SFAI lyfte också upp ledarskaps-ST samt MLL-nätverket i Basecamp (digital plattform) för att snabbt kunna ställa frågor och förmedla nyheter och tips till varandra.

Vi lyfte också fram svenska postrar som hade ledarskaps-touch; postern om hur talartid och moderatoruppdrag fördelas vid kongresser i anesthesioch intensivvård i relation till kön var den som skapade flest diskussioner vid kaffet. Det kom många frågor från individer kring hur livspusslet går ihop i Sverige – utifrån att flera märker av att arbetssättet de just nu har påverkar livet för mycket (personer som jobbar utanför Norden). Vi tipsade om hur man kan söka svensk legitimation och hur man kan hitta lediga tjänster i olika regioner. Under mina tre dagar var detta den vanligaste frågan:

”

VI HAR ETT GOTT RYKTE I EUROPA AVSEENDE WORK-LIFE BALANCE”

behövs det anestesiochologer i Sverige och kan man ha en rimlig fördelning mellan arbete och familj som anestesiocholog? Även om SFAI tycker att SKR:s tolkning av arbetstidsreglerna är alltför stelbent så har vi iallafall ett regelverk och arbetsmiljölagar att förhålla oss till. Vi har ett gott rykte i Europa avseende work-life balance.

I byn var många av de nationella föreningarna på plats. Vi kunde av och till hälsa på hos varandra – och de kulturella skillnaderna blev tydliga. SFAI bjöd på kaffe, men kollegorna från Portugal bjöd på portvin och de polska kollegorna hade vodka-shots... Lite olika syn på vad man kan dricka på arbetstid... Oavsett hur vi mötte konferensdeltagarna så var det fler besökare i byn denna gång än när jag tidigare har varit med. Det tror jag beror på att det denna gång inte låg i industriutställningen utan hade fått ett eget utrymme och utan att konkurrera med industrins säljare. SFAI är en del av ESAIC och "byn" är en del av ESAIC-mötet som ger möjlighet att diskutera med kollegor från både det egna landet och omvärlden i en lugnare omgivning och där man har tid för samtal. Nästa gång du besöker ESAIC (nästa möte är i Köpenhamn) – kom förbi!



Emma Larsson, SFAI-styrelsens akademiska representant, i SFAI:s monter.



Välkomna till SFAI & Anlva-veckan i Stockholm

– med nobel kunskap i livets tjänst

Om några veckor hoppas vi få hälsa er välkomna till Stockholm Waterfront den 23–25 september för ett aktivt deltagande i SFAI & Anlva-veckan 2026. I en tid då mycket utbildning och kunskapsinhämtning sker digitalt är det naturligt att ställa frågan om fysiska möten inom anesthesiologi och intensivvård fortfarande fyller en viktig funktion.

Vårt svar är ett tydligt ja.

Digitala möten är ett värdefullt komplement, men de kan aldrig ersätta det personliga mötet. I en tid präglad av desinformation och där allt fler söker kunskap digitalt, inte minst med hjälp av AI, blir det viktigare än någonsin att träffas, dela erfarenheter och diskutera såväl ny forskning som klinisk vardag. Det är i samtalen mellan kollegor som många av de viktigaste insikterna uppstår.

Årets invigning och sociala program blir något utöver det vanliga. Se därför till att vara på plats i god tid och missa inte invigningen. Bland de sociala höjdpunkterna finns en båttur med bubbel från Stadshuskajen till Münchenbryggeriet samt kongressmiddagen med tema Neon. Det vetenskapliga

programmet spänner över flera aktuella teman, bland annat trauma, neuroanestesi och neurointensivvård, kardiopulmonella tillstånd, livet före och efter anestesi och intensivvård och lärande. Som en röd tråd genom hela mötet löper vetenskapen och de Nobelpris som bidragit till medicinens utveckling.

Det händer mycket, både inom sjukvården och i omvärlden. Vi står inför betydande utmaningar, men också stora möjligheter. Därför är det viktigare än någonsin att vi tillsammans inom SFAI och Anlva fortsätter att utveckla vår specialitet.

Vi i den lokala organisationskommittén hoppas att ni tar tillvara dagarna i Stockholm: delta aktivt i diskussionerna, ställ frågor, dela med er av era erfarenheter, träffa kollegor och knyt nya kontakter.

Varmt välkomna till SFAI & Anlva-veckan 2026!

Lokala organisationskommittén:

Malin Jonsson Fagerlund, Emma Larsson, Oili Dahl, Jessica Kählin, Anna Granström, Emelie Dickman Kahm, Bijan Darvish, Cecilia Kallin, Stefan Grass & David Konrad

Kallelse till

ÅRSMÖTE I SVENSK FÖRENING FÖR ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD 2026

Datum: Torsdagen den 24 september **Tid:** kl 12:45–13:45 **Plats:** Stockholm, Stockholm Waterfront, sal C4

Föreslagen dagordning

- §1. Mötets öppnande
- §2. Val av mötesordförande
- §3. Val av mötessekreterare
- §4. Val av justeringspersoner, tillika rösträknare
- §5. Godkännande av Kallelse till årsmötet och Dagordning
- §6. Protokoll från föregående årsmöte
- §7. Verksamhetsberättelse och årsrapporter
- §8. Föreningens ekonomi – inklusive rapport från SFAI verksamheter AB
- §9. Ekonomisk revisionsberättelse
- §10. Verksamhetsrevisorernas berättelse

- §11. Ansvarsfrihet för styrelsen
- §12. Årsavgift
- §13. Inkomna motioner och propositioner
a. Proposition om stadgeändring
- §14. Val av styrelseledamöter, verksamhetsrevisorer och ekonomiska revisorer
- §15. Val av valberedning
- §16. Övriga frågor
- §17. Mötets avslutande

Välkommen önskar
Karin Löwhagen, ordförande SFAI





Kom och träffa ETOS under SFAI & Anlva-veckan!

Av Eva Hannerz Schmidtke, ordförande, för ETOS styrelse, bitr överläkare, ANOPIVA, Akademiska Sjukhuset, Uppsala

När jag skriver detta är det eftermiddag den 20 juli, solen skiner, och jag hoppas att de flesta av er har en välförtjänt semester. Förberedelserna inför SFAI & Anlva-veckan har för oss pågått ett tag, och vi ser så mycket fram emot att träffa er i Stockholm.

I år har vi gjort en paus med vår kurs i Etik och det viktiga samtalet, och istället skapat en hel temadag för ETOS medlemmar, samt andra som är intresserade. Dagen äger rum den 22 september i Svenska Läkaresällskapets lokaler. Temat är en diskussion om hur vi kan behöva justera vår etiska kompass i en föränderlig omvärld där rollen för oss som hälso- och sjukvårdspersonal håller på att förändras.

Ni kommer att få lyssna till Märit Halmin, Jonas Zimmermann, Wiebke Falk, Martina Gustavsson och Lars Sandman som kommer att belysa ämnet ur både en internationell, nationell och filosofisk vinkel. Du hittar mer information på ETOS hemsida via sfai.se. Dagen

”

...VI SER SÅ
MYCKET FRAM
EMOT ATT
TRÄFFA ER
I STOCKHOLM”

är kostnadsfri, och lunch serveras till självkostnadspris.

Dessutom har vi som vanligt en session där ETOS och Anlva:s etiska råd samverkar för att föra fram aktuell forskning inom etik med olika infallsvinklar. I år kommer vi att diskutera

- altruism och villighet att vårda i relation till en pandemi

- tillgång till IVA platser kopplat till beslut och begränsningar rörande intensivvård hos COVID 19-patienter
- perioperativa behandlingsbegränsningar relaterat till sköra patienter med höftfrakturer
- förekomsten av behandlingsbegränsningar relaterat till patient och närståendes delaktighet
- hur sjukdomsgrad kan användas som bas för prioriteringsbeslut

Slutligen har vi vårt årsmöte klockan 09:10 på fredagen den 25 september, varmt välkommen dit för att höra om vad vi gjort det senaste året och planerar framöver.

Vi ser fram emot att ses!

Måste vi rikta om vår etiska kompass när omvärlden tränger sig på?

22 september, innan SFAI och Anlva mötet, anordnar ETOS en gratis medlemsdag i **Karolina Widerströmsalen** på Svenska Läkaresällskapet, i Stockholm.

Mellan klockan **09:30 och 16:00** diskutera vi med fyra talare (tre bekräftade) med olika infallsvinklar.

Märit Halmin. Intensivvårdsläkare på Södersjukhuset med erfarenheter bland annat från arbete i Gaza.

Jonas Zimmermann. ST läkare på NÄL, med erfarenheter av arbete i Ukraina.

Erik Wikström. ÖL på ANIVA Örebro, med erfarenheter från skolskjutningen.

Lunch serveras till självkostnadspris.

Boka din plats redan nu!

Medlemmar i ETOS har förtur. Maila till eva.schmidtke@akademiska.se



AnOpIVA - hjärtlösa? The second victim

SYMPOSIUM

SFAI & ANIVA
VECKAN
2026

Stockholm, onsdag 23 september kl 10:00

BROBYGGGARNA

En bro mellan utbildningsboken
och det vi gör till vardags

Tisdag 22/9 kl 08.45-16.15
Förmöte för studierektorer och ST-chefer

08:45-09:15 Frukost
09:15-10:30 Trängseln vid luftvägen - utbildning i konkurrens
Gemensam timme med chefer och ledare
10:30-11:00 Påfyllning av kaffe
11:00-12:00 Utbildningsboken på golvet - vad är EPA och varför behöver vi det?
12:00-13:00 Stående mingellunch
13:00-13:45 Frågor och svar om EPA, implementering på klinikerna
13:45-14:00 Bensträckare
14:00-14:45 Aktuella frågor för KVASt och studierektorer
IUP, BT, enkätsvar
14:45-15:15 Eftermiddagsfika
15:15-16:00 Föreläsning på aktuella frågor
16:00-16:15 Avslut och utvärdering
18:00-sent Middag på Sheraton

Individuell
Utbildningsplan

SFAI & Anlva
veckan

FIFTEENTH HEDENSTIERNA LABORATORY MASTERCLASS SYMPOSIUM

A physiological approach to

Cardiac Arrest

in Anaesthesia and Intensive Care

Uppsala, 23rd October 2026

Rolf Gedeberg (Uppsala, Sweden)
Cardiac arrest studies in Uppsala: how it began

Kjetil Sunde (Oslo, Norway)
How to make chest compressions effective

Alexis Topijan (Philadelphia, USA)
Pathophysiology of pediatric cardiac arrest

Per Nordberg (Stockholm, Sweden)
Is prehospital temperature management beneficial?

Rickard Lagedal (Uppsala, Sweden)
DISCO: Dance over for Non-STEMI cardiac arrest?

Stefan James (Uppsala, Sweden)
State of the art in post-ischemic cardiac management

Johanna Nordmark Grass (Stockholm, Sweden)
How to avoid cardiac arrest during intoxication

Marcus Skrifvars (Helsinki, Finland)
Does physiological management in the ICU matter?

Alexis Topijan (Philadelphia, USA)
Cardiac and neurological prognosis in children

Marion Moseby-Knappe (Lund, Sweden)
My best tools for neurological prognostication

Tobias Cronberg (Lund, Sweden)
What to do if my patient does not wake up?

Panel discussion for a better management of cardiac arrest

Organizing Committee: Robert Frithiof, Miklós Lipcsey, Gaetano Perchiazzi, Christian Rylander
hedenstiernasymposium.com



Från nybliven speci- l från höjden i den aust – att ändra allt i livet från en

Av Cecilia Sebghati Sparrfelt, Specialistläkare anestesi och intensivvård på Karolinska Universitetets Styrelseledamot SFAI-styrelsen.

Känslan av att vara ny på jobbet igen. Just när jag börjat känna mig lite bekväm i rollen som sen ST/ny specialist bestämde jag mig för att kasta mig ut i något helt nytt. Inte bara ett nytt jobb med nya rutiner, nya riktlinjer, nya kollegor, nya arbetsuppgifter (när gjorde ni senast en cervixundersökning på en gravid kvinna med värkar i en alldeles för tidig vecka, eller reponerade en fotled?), nytt journalsystem, nytt team, nya roller, ny arbetsmiljö, nya spädningar, nya läkemedel, utan allt i ett helt nytt land, med ett helt nytt språk att arbeta på och ett helt nytt sjukvårdssystem. Allt detta gjorde att jag som förväntat kände mig väldigt otillräcklig, många gånger väldigt dålig och ni vet känslan när man känner sig lite ”dum”.

Första gången jag kände det var redan under introveckorna i Brisbane. Resan började med åtta dagars intensiv introduktion varav fyra dagar helikopter-



Winchträning

träning. Vi blev bland annat nedsänkta upp och ner under vattnet och fick ta oss ut samt fick vi lära oss att vinschas upp och ner från helikoptern. Därefter följde fyra dagar med kliniskt intro innehållande föreläsningar och scenarioövningar. Under sista scenariodagen körde de oss till en ö, där det fanns en liten by uppbyggd för att kunna öva i en ”verklig miljö”. En plats där ambulans, brandkår, polis och sjukvård kan öva individuellt eller tillsammans. Vi fick varsitt scenario och mitt utspelade sig inne i en nästan helt kolsvart byggnad med rök och extremt högt tjutande ljud. Det skulle imitera en industrilokal där en man fallit från hög höjd och nu blödde extremt och var väldigt skadad. I mörkret famlade jag och den paramedic jag övade med in, utan att vi knappt såg

eller hörde något annat än det höga tju-
tet. Vi bestämde oss snabbt för att denna
plats varken kändes säker eller enkel för
oss att arbeta i, så vi behövde prioritera
att få ut patienten så snabbt som möj-
ligt. Jag bedömde att luftvägen var ofri
– och det jag ville säga var att ”vi behö-
ver en svalgtub” – men ordet svalgtub på
engelska fanns inte i mitt vokabulär där
och då. Så mitt i all stress och tunghäfta
med engelskan så bedömde jag att luft-
vägen var fri men jag gjorde inget för
att åtgärda den (jag plockade inte ens ut
den uppenbara blodklump som fanns i
munnen). Vi fick ut patienten och strax
därefter får han ett traumatiskt hjärt-
stopp, vi resusciterade på marken utan-
för industrilokalen, men vår ”patient”
avled. Detta var en väldigt tuff start,
men det var lärorikt, och jag tog med
mig väldigt mycket från detta. Jag tän-
ker att, om det någon gång ska gå ”rik-
tigt” illa, så är det när vi övar och tränar,
eller hur? Även om det svider i ens lilla
inre ego – vi vill ju alltid vara så duk-
tiga och prestera på topp.

Jag tror alla vi inom denna speciali-
tet (och säkert yrke) är mer eller min-
dre högpresterande och har höga krav
på oss själva. Men vad skulle hända om
vi vågade lägga våra egon åt sidan lite
oftare? Det är inte meningen att vi all-
tid ska kunna och veta allt från bör-
jan? Vi behöver få chansen att lära oss,
och även när vi har massa års erfaren-
het och förväntas kunna saker behöver
vi tillåtas att ha ”dåliga” dagar. Dagar
då vi tvivlar på oss själva, dagar då vi
behöver extra stöd i våra bedömningar,
eller hjälp med de svåra sticket. Jag tän-
ker att vi som arbetsgrupp behöver våga
visa oss mer sårbara, vi är narkosläkare,
från andra förväntas vi många gånger
vara den som kommer och ”räddar upp”

”

VI ÄR DÄR FÖR ATT
HJÄLPA TILL MED
SITUATIONEN, INTE
FÖR ATT VI ÄR
MAGISKA SUPER-
HJÄLTAR, UTAN FÖR
ATT VI HAR ÖVAT,
OCH ÖVAT OCH
ÖVAT”



st i Stockholm till att arbeta raliensiska landsbygden dag till en annan

sjukhuset Huddinge, för närvarande "critical care doctor/ retrieval registrar" för LifeFlight, Queensland, Australien.

situationen, och jag tror vi alla upplevt hur ett lugn sprider sig i rummet när vi anländer samtidigt som allt ansvar "kastas" över på oss. Och vi är där för att hjälpa till med situationen, inte för att vi är magiska superhjältar, utan för att vi har övat, och övat och övat, på just de situationerna. Man blir bra på sådant man övar på och därför ingår det i vår utbildning och vidareutbildning att läsa och öva på just dom situationerna för att kunna hjälpa till på bästa sätt.

Tillbaka till jobbet och livet här i Australien. I januari kastade jag mig ut på ett av mina hittills största äventyr och utmaningar i livet. Jag ville pusha min comfort zone. Och efter ett par måna-

der här kan jag säga att det är något jag minst sagt gjort och fortsätter göra varje dag här. Drömmen om att arbeta prehospitalt på en helikopter i Australien väcktes redan första månadens in på min ST, så målet att komma hit var satt redan för flera år sedan. Processen att ta sig hit? Bland det vidrigaste jag gjort (jobbigare än att skriva EDAIC-tentan då denna process var en extremt långdragen plågsam stressfaktor utan dess like). Två dagar innan julafton fick jag besked att min ansökan från den australiensiska motsvarigheten till Socialstyrelsen blivit godkänd, alltså mindre än fyra veckor innan min anställning i Australien skulle starta. Alla ni kollegor som varit i Australien och genom-

”

**MAN BLIR
BRA PÅ SÅDANT
MAN ÖVAR PÅ”**

gått samma sak, ni vet precis vad jag pratar om. Och till alla er kollegor som hjälpt mig på vägen, allra största tack, utan er hade jag nog inte varit här idag, och ni vet vilka ni är.

Sammanfattningsvis är jobbet en blandning av akutsjukvård (med allt vad det innebär), critical care, prehospitalt sjukvård, intensivvård, anestesi, glesbygdsmedicin, flyg- och helikoptermedicin, och flygande intensivvårdstransportenheter och räddningsenhet. Men en stor del av jobbet är också transporter av stabila patienter – i denna enorma region, då kan man passa på att njuta av de vackra vyerna och se de spännande orterna man får besöka.

Det är spretigt och även för mig tog det rätt lång tid att förstå vad jobbet exakt innebär och innehåller och det är svårt att beskriva med bara några få ord. Förutom att transportera patienter med helikopter så arbetar vi lika mycket på ett flygplan. Vi bemannar också en akutläkarbil som stöttar ambulansverksamheten i staden. Det är en salig blandning av allt jag nämnt och man arbetar ibland med mycket långa avstånd, mellan patient och sjukhus. Området vi



Utsikt från flygplanet



Helikopter som landat

täcker är 350 000 kvadratkilometer, vilket är lika med hela Tysklands yta (!).

Vi arbetar 8 jourpass per 14 dagar, varje pass är mellan 10–14 timmar, en salig blandning mellan dagar och nätter. Inför varje jour så vet man aldrig om det kommer vara en vrickad fot på en 12-åring ute på en ö vi behöver hämta av logistikskäl, eller om det är dagen då vi behöver utföra ett komplicerat vinschjobb på ett berg, till två medvetlösas 30-åringar som fallit flera meter. Därför handlar jobbet mycket om att öva, och att vara förberedd både mentalt och fysiskt. Vi går själva igenom all utrustning dagligen, och vi övar ett scenario per dag tillsammans med den paramedic man arbetar med. En gång i veckan har vi utbildningsdag, då har vi simuleringsövning i grupp, diskuterar veckans lokala patientfall och ansluter till ett regionalt digitalt möte där intressanta fall som hänt i regionen diskuteras. Har man haft ett utmanande eller lärorikt fall förväntas man förbereda slides och presentera (över 50 läkare är med då).

Alla patientfall vi har blir noga granskade och våra ”supervisors” går igenom vilka läkemedel vi givit och vilka interventioner och beslut vi tagit för varje patient. När vi sedan diskuterar

fallen så får vi feedback och möjlighet att diskutera med kollegorna. I början tyckte jag detta var lite läskigt och kände mig lite ifrågasatt ibland – nu är jag bara tacksam för dessa tillfällen. Jag har släppt garden och inser att det finns så mycket att lära och dessa tillfällen gör oss bara bättre tillsammans, och det är också ganska skönt att man de gånger man inte varit säker på om man gjort ”rätt”, inser när de diskuteras i gruppen att de flesta hade gjort exakt samma sak, eller så får man nya insikter och kan lära sig hur man kunde gjort annorlunda. Förutom dessa regelbundna falldiskussioner så finns det dygnet runt en medicinsk koordinator, en erfaren läkare, lite som en bakjour, som vi förväntas ringa och konsultera i varje patientfall innan vi transporterar.

Vad är det för patienter jag träffar? Alla möjliga, i alla åldrar och alla tänkbara tillstånd. Jobbet är en blandning av rent prehospitalt arbete där vi flyger för att hämta patienter direkt från olycksplats/deras hem, men det är också mycket transporter mellan sjukhus/hälsofaciliteter. Många gånger när vi kommer till ett ”sjukhus” är det långt ute på glesbygden med extremt varierande kunskap om hur man tar hand om kritiskt sjuka patienter (ofta väldigt liten). Det är inte helt ovanligt att det bara finns

en sjuksköterska och ingen läkare. Därför vet vi aldrig vad vi kommer fram till även om det är transporter mellan ”sjukhus”. För mig var detta en av de största utmaningarna att förstå i början – i mitt huvud förväntade jag mig att en viss patient med ett visst tillstånd så är vissa saker ”alltid gjorda”, och när jag kom fram och skulle ta rapporten från läkaren så förutsatte jag vissa saker – men jag har fått lära om. Och det är inte för att de är dåliga, det är för att de inte har träningen, kunskapen eller resurserna. Då är det faktiskt lite häftigt att jobba på en enhet som ”flyger” dit resurserna i stället, vi är som en intensivvårdsenhet på hjul som kommer dit med de resurserna som behövs, ibland inte mer än vår egen närvaro.

Något som slagit mig, som jag inte alls hade förväntat mig, är hur utbredd låg socioekonomisk status är här. Det var inte riktigt något jag tänkt på innan eller föreställt mig. Jag jobbar i centrala Queensland som täcker ett stort ”rural” område och majoriteten av patienterna här som behöver vår vård är mycket sjuka. Jag har sett tillstånd hos väldigt unga patienter med sjukdomsförloppet som gått väldigt långt och som följd har utvecklat komplikationer som vi knappt ser hemma. Så som 22-åringen med akut astmaanfall inte långt ifrån hypoxiskt hjärtstopp med helt ”silent

”

**VAD ÄR DET FÖR
PATIENTER JAG
TRÄFFAR? ALLA
MÖJLIGA, I ALLA
ÅLDRAR OCH ALLA
TÄNKBARA TILL-
STÅND”**

chest” på grund av underbehandling eller snarare helt utebliven behandling i sin astma. Eller 33-åringen med endast ett ben och blind på det ena ögat på grund av komplikationer till sin diabetes. Eller 40-åringen med hjärtstopp på



grund av en stor STEMI. Detta är bara några få exempel. Med låg socioekonomisk status följer inte bara sjukdomar, utan också mycket alkohol, droger och olyckor, vilket är väldigt sorgligt eftersom det är sådant som många gånger hade kunnat förhindras.

Trots att vi täcker in mer än 350 000 km² så finns närmaste angiolog 620 km bort. Det är för långt att flyga med helikopter (görbart men något vi helst undviker). Därför flyger vi patienter flera gånger i veckan med jet-flygplan tillsammans med en sjuksköterska och en läkare till Brisbane för att de ska kunna få PCI när det behövs sekundärt till trombolys. Antalet hjärtinfarkter som trombolyseras är därför otroligt stort. Men hur galet är det inte att det inte finns möjlighet till PCI i denna enorma region med så stort upptagningsområde? Hur många fler liv hade man kunnat rädda? Och framför allt undrar jag hur mycket bättre morbiditet man kunnat få för fler patienter?

Det finns så mycket att berätta om detta jobb, mina tankar, upplevelser och allt annat runtomkring detta men jag tror jag pausar här.

Förutom att jag kastades in i ett helt nytt jobb på ett nytt språk, så kastades jag också in i ett nytt liv. Jag flyttade från storstadslivet i min 1:a på Kungsholmen till att dela ett hus med två för mig okända personer i en förort till en stad

med bara 60 000 invånare. Jag behövde köpa min första bil någonsin, något jag är stolt över att jag gjorde helt på egen hand. Några av aktiviteterna som finns i denna stad är rodeo (det finns till och med ett gymnasium för de duktigaste här där deras inriktning är "bull riding"- no joke), trivia på den lokala puben varje onsdag, och line dancing på torsdagar. Eller så tar man sig med bil 30 minuter till stranden.

Även om det tagit tid så har jag funnit mig en riktigt fin vardag här som jag verkligen uppskattar. Jag ser det som en rikedom att jag får uppleva och prova även detta liv som är extremt olik det jag annars lever hemma i Stockholm, där jag pendlar till jobbet dagligen, har oändlig med val av restauranger och barer och allt annat vad storstadsliv innebär. Här tar jag bilen till gymmet på 10 min, nästan ingenting är längre bort än 10 min med bil, parkering finns (nästan) alltid precis framför dit man ska och bilköer vet jag knappt vad de är längre.

När jag inte jobbar så njuter jag av den magiska utsikten över trädtoppar, berg och fåglar som flyger förbi i alla möjliga färger och storlekar från terrassen till huset som jag delar med mina roomies (som också blivit mina vänner). Jag har fått möjlighet att ta upp ett gammalt intresse som ligger mig extremt varmt om hjärtat, ridning och jag har en liten ponny som jag får rida. Även

om staden är rätt liten finns det några riktigt bra caféer, tyvärr finns inte så många bra restauranger men det finns ett väldigt fint museum, oändligt med otrolig natur, och 30 min bort med bil så finns havet. Och kollegorna här är så

”

**KOLLEGORNA HÄR
ÄR SÅ BRA, DE ÄR
EN STOR ANLEDNING
TILL ATT JAG
VARJE DAG LÄNGTAR
EFTER ATT GÅ
TILL JOBBET”**

bra, de är en stor anledning till att jag varje dag längtar efter att gå till jobbet - man jobbar i små team- man hinner lära känna alla, och jobbar med alla om och om igen, vilket är en stor fördel och stor skillnad från jobbet hemma på ett stort sjukhus. Flygteamet här utgörs av läkare, paramedic, pilot, aircrew officer och en rescue crew officer.

Men är det saker jag saknar hemma? Jajjemensan. Är det saker som jag uppskattar mer hemma än här? Jajjemensan. Har det varit tufft att flytta själv? Väldigt. Jag har fortfarande många månader kvar av detta äventyr, så jag har lång tid kvar på mig att utvärdera. Det jag vill nu är att njuta fullt ut och vara här och nu, och lära mig så mycket som möjligt.

Har ni frågor eller funderingar nås jag på Instagram @doctor.seashell eller på mejl cechael.sparrfelt@gmail.com. Alla tankar, kloka råd eller frågor uppskattas och är mer än välkomna!

Kram från Australiens höjder och glesbygd

Fingernot: Detta är mina egna tankar och reflektioner ur mitt perspektiv och det finns alltid flera sidor och perspektiv av allt, men detta är del av mitt perspektiv. Patientfallen är något omtvistade för att göra dem än mer oidentifierade. Men siffrorna är sanna.



Utsikt från helikoptern



Rapport från WHO Academy möte om simulering i WHO Academy Headquarters, Lyon,

Av Michelle Chew, Professor, Överläkare PMI, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge, michelle.chew

Det strategiska mötet mellan WHO Academy och SESAM samlade representanter från WHO, Society for Simulation in Europe (SESAM) samt aktörer inom vårdutbildning, patientsäkerhet och krisberedskap. Syftet var att diskutera hur simulering kan integreras mer systematiskt i hälso- och sjukvårdssystem för att stärka patientsäkerhet, beredskap, kompetensutveckling och livslångt lärande. Evenemanget kombinerade huvudföreläsningar, demonstrationer och en faciliterad workshop med fokus på implementering, samverkan och hållbarhet.

Ett centralt budskap var att simulering redan har ett väletablerat pedagogiskt värde. Den viktigaste utmaningen är därför inte längre att visa att simulering fungerar, utan att implementera den i större skala och som en naturlig del av vårdens system, policyer och förbättringsarbete. Deltagarna betonade behovet av att gå från enskilda utbildnings-

aktiviteter till hållbara strukturer som stödjer kontinuerligt lärande, teamträning och systemförbättring.

Simulering som verktyg för beredskap och systemresiliens

Mötet lyfte simulering som ett viktigt verktyg för krisberedskap och systemresiliens. Erfarenheter från beredskapsövningar, bland annat i Ukraina, visade att komplexa kriser kräver samordnade insatser över flera sektorer och att mänskliga och organisatoriska faktorer ofta är lika avgörande som tekniska färdigheter. Beredskap bör därför utvecklas som en kontinuerlig praktik, integrerad i den dagliga verksamheten, snarare än som enstaka övningar.

Simulering och patientsäkerhet: från evidens till implementering

Patientsäkerhet var ett annat centralt tema. WHO:s Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 erkänner simulering som en strategi för att förbättra



patientsäkerheten. Simulering kan bidra till att identifiera latenta säkerhetshot, stärka teamkommunikation och testa vårdprocesser utan risk för patienter. Samtidigt betonades vikten av att koppla simuleringsinsatser till tydliga utfallsmått, kvalitetsförbättring och kliniskt relevanta scenarier.

WHO Academy presenterade sitt arbete med kvalitetssäkrat, evidensbaserat och kompetensstyrt livslångt lärande. Academy använder strukturerade pedagogiska modeller, lärandevetenskap och kontinuerlig uppföljning för att skapa skalbara utbildningsprogram med mätbara resultat. Detta kopplades till behovet av att göra simulering tillgänglig även i miljöer med begränsade resurser.

Ett konkret exempel var WHO:s Basic Emergency Care-program (BEC), som har implementerats i mer än 100 länder. Programmet fokuserar på tidig handläggning av akuta tillstånd såsom andningssvårigheter, förändrat medvetandetilstånd och chock. WHO har utvecklat en hybridmodell som kombinerar portabla lärandelaboratorier, simuleringsbaserad regelbunden träning och implementeringsverktyg för kvalitetsförbättring.



Academy – SESAM strategiskt inom hälso- och sjukvård

France, 15 Juni 2026

@ki.se

Simuleringsdemonstration

Deltagarna deltog i en simuleringsdemonstration baserad på ett scenario med terroristattack. Övningen belyste betydelsen av multidisciplinär samordning, kommunikation, systemberedskap och simulering som verktyg för att identifiera latent säkerhetshot.

Resultat från workshop: praktiska åtgärder för de kommande 12–24 månaderna

Deltagarna identifierade flera realistiska prioriteringar

- Utveckling av gemensamma utbildningsvägar.
- Framtagande av implementeringsverktyg.
- Internationell samordning av kompetensramverk.



- Större fokus på utfall snarare än enbart utbildningsmetoder.
- Samverkan genom organisationer såsom World Alliance for Health-care Simulation.

Möjliga partner som identifierades inkluderade WHO Academy, Society for Simulation in Europe (SESAM), European Union of Medical Specialists/Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), Network of Accredited Clinical Skills Centres in Europe (NASCE) och vetenskapliga sällskap såsom ESICM och SFAI.

Under workshopdelen identifierades flera förutsättningar för framgångsrik integrering av simulering i vården: hållbar finansiering, tillgång till utrustning och simuleringsmiljöer, fler utbildade instruktörer, train-the-trainer-program, interprofessionellt deltagande, ledningsstöd och skyddad tid för träning. Deltagarna betonade också behovet av gemensamma kompetensramverk, tydliga utfallsmått och internationell samordning.

Slutsats

Mötet avslutades med en tydlig samsyn: nästa steg för simulering inom hälso- och sjukvård är att gå från evidens till implementering. För att simulering ska få verklig systempåverkan behöver den integreras i vårdens ordinarie strukturer, stöddas av ledarskap och policy, och följas upp med mätbara effekter på kompetens, patientsäkerhet och beredskap.

Mötet gav också upphov till flera strategiska möjligheter för ESICM genom samtal med ledningen för WHO Academy, WHO Global Health Emergency Corps och SESAM.

”

**SIMULERING
KAN BIDRA TILL
ATT IDENTIFIERA
LATENTA
SÄKERHETSHOT”**

Min reflektion efter denna dag är att SFAI har en viktig möjlighet att bidra aktivt till den fortsatta diskussionen om simulering inom hälso- och sjukvård. Simuleringsverksamheten i Sverige är relativt välutvecklad, men präglas fortfarande av bristande nationell samordning. Det är därför angeläget att bättre tillvarata och synliggöra den kunskap och erfarenhet som redan finns, inte enbart för att möta våra egna utbildnings- och utvecklingsbehov, utan också för att bidra till en mer jämlik, rättvis och hållbar hälso- och sjukvård globalt.

ESICM representerades vid WHO Academy–SESAM Strategic Meeting av

- Michelle Chew (representerade ESICM och SFAI, Sverige)
- Andrew Conway Morris (representerade ESICM och ICS, Storbritannien)
- Olfa Hamzaoui (representerade ESICM och SRLF, Frankrike)
- János Szederjesi (representerade ESICM och SRATI, Rumänien)
- Melania Istrate (ESICM)





SYA Presenterar

BRÄNN SKADE DAGEN

13 november
UPPSALA



Fysiskt och digitalt deltagande
Anmälan öppnar inom kort!

TAASK MASTERCLASS

Kurs på 3 dagar för specialtläkare, ST-läkare och anestesist-ssk.
Fullskaliga simuleringar. Handledda återkopplingar. Luftvägsworkshop.
ST mål som berörs: A1, C5, C9.

- 🇸🇪 TAASK Masterclass 93 6-8 oktober 2026 Stockholm
- 🇸🇪 TAASK Masterclass 94 10-12 november 2026 Karlstad
- 🇸🇪 TAASK Masterclass 96 8-10 december 2026 Göteborg



www.taask.nu

**Träning i Allvarliga Anestesiologiska
Situationer och Kriser**

TAASK EXPRESS

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

- 🇸🇪 TAASK Express 95 24-26 november 2026 Trelleborg
- Sista dag för kursledare att registrera kursdatum för VT26: 1 sept 2026.



**AKUT NEFROLOGI & DIALYS
INOM INTENSIVVÅRD
23-25 nov 2026
Karolinska Universitetssjukhuset
Anmälan via www.stairs.se**

Avgift: 11.000 SEK (11.500 SEK ej SFAI-medlem)
Anmälan senast 2026-10-01

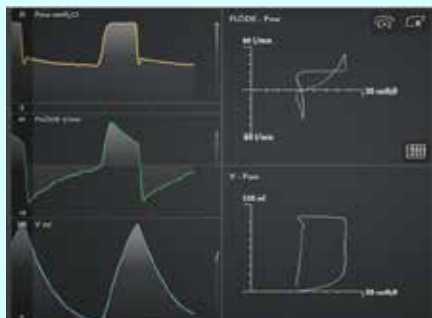
Kursbeskrivning

Kursen berör främst kontinuerlig njursättningsterapi inom intensivvården. Vi går igenom de olika dialysmodaliteterna, indikationer för akut dialys, och hur man ordinerar kontinuerlig dialys i adekvat dos. Under kursen diskuteras vanliga komplikationer, för- och nackdelar med antikoagulantia vid dialys. Kursen berör även basal njurfysiologi, diagnostik och klassifikation av akut njurskada, det senaste gällande akut njurskada inom intensivvården och perioperativt.

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

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

ST kurs i Ventilatorbehandling
Akademiska sjukhuset, Uppsala
19 – 23 april 2027



Grundläggande fysikbegrepp, lungfysiologi, lungfunktion och lungmekanik samt ingående genomgångar om funktioner och moder vid olika ventilationstekniker och sjukdomstillstånd.

Sista ansökningsdag 31 oktober 2026.
Kursavgift 11.900 kr + moms.

Anmälan via denna länk (Mkon, Malmö)
<https://st-kurs-i-ventilatorbehandling.mkon.se/>

Välkomna!

Eyla Mohlin, kurskoordinator: eyla.mohlin@uu.se
Gaetano Perchiazzi, kursledare: gaetano.perchiazzi@uu.se
Christian Rylander, kursledare: christian.rylander@uu.se

HUR DET VERKLIGEN FUNGERAR

En kurs i anestesilogisk farmakologi

10-12 maj, 2027

Ersta Konferenscenter, Stockholm



En farmakologikurs skräddarsydd för anestesilogier, både ST och erfarna specialister.

Hur fungerar egentligen receptorer, jonkanaler, second messengers, inward rectifying potassium channels..... Behöver jag kunna så mycket cellbiologi för att få mitt induktionsmedel att bita? Vad säger det oss att fentanyl har en terminal halveringstid på åtskilliga timmar? Vilka är de nyare farmakokinetiska begreppen som beskriver egenskaperna hos läkemedel i anestesilogisk verksamhet? Är de rent av enklare än de traditionella?

Upprinnelsen till denna kurs var att initiativtagarna länge önskat att själva få gå en sådan. Karolinska Institutet, Karolinska Universitetssjukhuset och SFAI riktar sig till dig som är nyfiken på vad man idag vet om "HUR DET VERKLIGEN FUNGERAR". Ambitionen är att ge en djup insikt utan att det krävs omfattande förkunskaper och utan att det blir så torrt och tråkigt som klassisk farmakologi ibland framställs.

Dag 1: Basala farmakologiska principer för hur droger verkar.
Dag 2: Anestesilogisk farmakologi i periferia nervsystemet.
Dag 3: Anestesilogisk farmakologi i centrala nervsystemet.

Anmälan senast 31 mars 2027.
Vid fullsatt kurs stänger anmälan tidigare. www.hurdetverkligenfungerar.se

Vid frågor kontakta Cecilia Kallin
cecilia.kallin@regionstockholm.se
Perioperativ Medicin och Intensivvård,
Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Pris exkl. moms: 10.000 SEK för SFAI-medlem
11.000 SEK för icke medlem.

Lars I Eriksson & Malin Jonsson Fagerlund

www.hurdetverkligenfungerar.se

Train The Trainers

Att bedöma i klinik



Eric S. Holmboe, MD

President and Chief Executive Officer, Intealth

Karolinska Universitetssjukhuset och Karolinska Institutet arrangerar en tvådagarsutbildning i klinisk färdighetsbedömning.

Kursen ges under ledning av Professor Eric Holmboe, en av världens absoluta experter inom Clinical Assessment. Efter denna kurs ska du självständigt kunna planera och genomföra kurser i klinisk bedömning för ST-handledare och ST-läkare.

De metoder som presenteras under kursen lämpar sig såväl för grundutbildning, AT/ BT-utbildning samt ST-utbildning. Det centrala är bedömningar i klinisk lärandemiljö.

Eric Holmboe kommer att vara Din personliga handledare och finnas tillgänglig för Dig som stöd.

Datum: 3-4 dec 2026

Plats: Stockholm

Kursavgift: 5.000 SEK exkl. moms

Sista anmälningsdag: 1 nov 2026

Anmälan görs via: www.stairs.se

Kursledare: Bijan Darvish, Jonas Nordquist

Språk: Engelska

Kontakt: cecilia.kallin@regionstockholm.se



PRESENTERAR

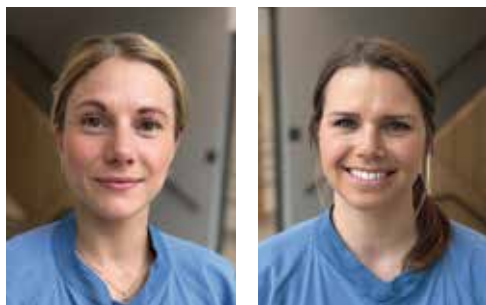
Luftvägs kursen

8-11 december 2026

på Universitetssjukhuset
i Örebro

Anmälan och detaljer under:





SYA – mer än bara en styrelse!

Av Cechael Sebghati Sparrfelt och Emelie Dickman Kahm, båda specialisläkare på FO Perioperativ Medicin och Intensivvård, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm. emelie.dickman-kahm@regionstockholm.se cechael.sebghati-sparrfelt@regionstockholm.se

Under Sveriges Yngre Anestesiologers (SYA) årsmöte i april var tiden inne för oss att lämna styrelsen. Med denna text skulle vi vilja tacka för vår tid i SYA och hoppas kunna inspirera fler kollegor att engagera sig i anestesioch intensivvårdssveriges rika föreningsliv.

I mars 2023 blev vi båda invalda i SYA:s styrelse, Emelie som ordförande och Cechael som ledamot och SFAI-representant. Vi kom från olika bakgrunder där Emelie inte hade någon tidigare erfarenhet av styrelsearbete, och Cechael var något av en styrelseveteran med flertalet tidigare engagemang både fackligt och under läkarprogrammet. Gemensamt för oss båda var att vi gick in i arbetet med nyfikenhet, höga ambitioner och mycket ödmjukhet. Det är nu tre år sedan och vilken resa det har varit.

Arbetet med SYA:s styrelse har tagit mycket tid, det ska vi inte sticka under stolen med. Det har varit regelbundna möten kvällstid, ändlöst chattande i olika trådar gällande projekt som SYA drivit, mejlande samt skrivande av dokument och protokoll. Men allt detta har varit otroligt givande, på ett sätt som det är svårt att sätta ord på.

Vi har fått chansen att under SFAI- & AnIva-veckan, tillsammans med fantastiska styrelsekollegor, sy ihop symposium, testa nya koncept så som Kunskapsstafetten och rodla ihop det uppskattade sociala evenemanget SYA-puben i totalt fyra olika städer. Mest minnesvärt är SYA:s symposium från 2024, "Ingrepp eller övergrepp, och till vilket pris?" om prioriteringar i sjukvården. SYA satsade högt och lyckades få med flera stora namn till panelen, bland annat vår dåva-

”

MEST ÄR VI TACKSAMMA FÖR DEN TID VI FÅTT TILLBRINGA TILLSAMMANS MED SYA:S MEDLEMMAR”

rande sjukvårdsminister Acko Ankarberg (Cechael minns att det kändes något obekvämt att få SMS från Säpo). SYA har alltid försökt välja teman till sina symposier som är samhällsaktuella och styrelsen har inte varit rädd för att tala om sådant som kan upplevas obekvämt. Därför blev vi stolta när panelen under symposiet unisont och uppmuntrande uttryckte att de ansåg SYA modiga som valt detta viktiga ämne och med den titeln.

Något som varit oerhört lärorikt var att från grunden sy ihop utbildningar på mellan en och fyra dagar i internatform, hitta inspirerande och engagerade föreläsare samt organisera roliga sociala aktiviteter i sann SYA-anda. Detta har tagit oss inte bara på en geografisk resa från norrskan i snörika Kåbdalis i norr till natursköna försommardagar i Arild i Skåne, utan även vidare utanför sjukhusvärldens gränser då vi under SYA:s utbildningsdagar givits möjlighet att samverka och interagera med representanter från industrin.

Sammanfattningsvis vill vi tacka för att vi fick förtroendet att tillsammans med kloka styrelsekollegor verka för att göra ST-utbildningen och allas vår arbets-

miljö ännu bättre. Vi är tacksamma för det stora nätverk vi knutit med kollegor från hela Sverige och att vi fått bidra till att ena vår specialitet över landet. Vi har givits perspektiv på hur olika vår kliniska vardag och ST-utbildning kan se ut beroende på upptagningsområde och vilket sorts sjukhus man arbetar på. Men mest är vi tacksamma för den tid vi fått tillbringa tillsammans med SYA:s medlemmar och de utmaningar och insikter de generöst delat med sig av till oss i styrelsen att arbeta vidare med.

Det har verkligen varit en ära att få sitta i SYA:s styrelse, och som ni läst har vi fått erfarenheter, kunskaper och vänner för livet. Stafettpippen är nu överlämnad till andra nyfikna kollegor och vi ser mycket fram emot att få fortsätta följa SYA och det fantastiska arbete som styrelsen gör.

Tack för oss! Och om du funderar på att söka till någon av SFAI:s många delföreningar, tveka inte, gör det!



Cechael Sebghati Sparrfelt och Emelie Dickman Kahm tackar för en inspirerande och rolig tid i SYA:s styrelse!



SYA:s styrelse har fått nya medlemmar!

Av Agnes Elmberger och Awad Smew, båda ST-läkare Karolinska Sjukhuset, Stockholm

Sveriges Yngre Anestesiologer, SYA, är SFAI:s delförening för ST-läkare och specialister med upp till fem års kliniskt arbete. Föreningen arbetar för att utveckla ST-utbildningen och anordnar bland annat utbildningsdagar – i höst Brännskadedagen 13/11 i Uppsala och kursdagar under våren. Under SFAI-veckan 2026 anordnas SYA:s symposium "AnOpIVA – Hjärtlösa? The second victim" och den uppskattade SYA-puben. SYA samarbetar också med bland annat KVASt för att stärka utbildningskvaliteten inom anesthesi och intensivvård. Genom representation i bland annat Nordic Young Anaesthesiologists (NYA) och European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC) bidrar SYA även till internationellt erfarenhetsutbyte och samarbete.

Under våren har vi gjort nya inval i styrelsen och presenterar här nedan våra nya ledamöter. Har du tankar eller idéer kring ST-utbildningen eller vill engagera dig i SYA? Ta gärna kontakt med någon i styrelsen – kontaktuppgifter finns på sfai.se.



AGNES ELMBERGER

ST-läkare i anesthesi och intensivvård vid Karolinska Universitetssjukhuset

Solna, och forskare på Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik, Karolinska Institutet.



UNDER SFAI-
VECKAN 2026
ANORDNAS SYA:S
SYMPOSIUM
"ANOPIVA – HJÄRT-
LÖSA? THE SECOND
VICTIM"

Agnes är ursprungligen från Stockholm där hon också läste läkarprogrammet och gjorde sin forskar-AT, och är nu inne på sitt andra år som ST-läkare. Under studietiden började hon forska och disputerade 2021 med en avhandling inom medicinsk pedagogik med fokus på pedagogisk fortbildning och förändringsarbete inom verksamhetsförlagd utbildning. Agnes är fortsatt aktiv inom den medicinpedagogiska forskningen på KI, och har ett starkt driv för att förbättra utbildning och lärande inom vården med särskilt intresse för organisation och ledarskap.

I SYA tar Agnes över rollen som sekreterare och representant i NYA (Nordic Young Anaesthesiologists) liksom

SFAI:s Fortbildningsgrupp, och ser fram emot att jobba med övriga styrelsen för att utveckla ST-utbildningen och bevaka SYA-medlemmarnas intressen.



AWAD SMEW

ST-läkare i anesthesi och intensivvård på Karolinska Universitetssjukhuset Solna, och postdoktoral forskare

vid enheten för klinisk epidemiologi, Institutionen för medicin Solna, Karolinska Institutet

Awad arbetade tidigare som underläkare på Anestesi- och intensivvårdskliniken på Danderyds sjukhus i Stockholm och är efter AT och doktorandstudier ST-läkare på Karolinska universitetssjukhuset. Han kombinerar klinisk tjänstgöring med forskning som postdoc vid Karolinska Institutet, där hans aktuella forskningsfokus är inom obstetrisk anesthesi och intensivvård.

Awad är särskilt intresserad av forskningsfrågor; hur man kan arbeta för att bättre introducera yngre kollegor till forskning, skapa möjligheter för att kombinera klinisk verksamhet med forskning och synliggöra den forskning som görs i anesthesi- och intensivvårds-Sverige.

I SYA är Awad vice ordförande tillika representant i ESAIC (European Society of Anaesthesiology and Intensive Care).

Manusstopp för SFAI-tidningen nr 4 2026 är **12 oktober**
Glöm inte att skicka in material i god tid till: tidningen@sfai.se





Cardiac arrest in perioperative and critical care settings: epidemiological and interventional studies

Sammanfattning av vetenskaplig avhandling

Cardiac arrest occurring in perioperative and critical care settings represents rare but critical and understudied subsets of in-hospital cardiac arrest. Understanding their epidemiology is essential for prevention, outcome improvement, and informed discussions on treatment limitations. In parallel, few pharmacologic adjuncts to advanced life support for cardiac arrest have demonstrated convincing benefit, underscoring the need for translational research. Non-catecholamine inodilator agents such as milrinone and levosimendan, widely used in perioperative and intensive care, are potential candidates for further evaluation during cardiopulmonary resuscitation.

This thesis comprises two nationwide epidemiologic studies, one experimental large-animal study, and one clinical pilot-trial protocol. The overall aim was to investigate epidemiologic aspects of perioperative cardiac arrest (PO-CA) and cardiac arrest occurring in the intensive care unit (ICU-CA) in Sweden, and to explore the potential role of non-catecholamine inodilators as adjuncts to advanced life support.

The impact of surgical timing, i.e., whether a procedure is conducted out-of-hours vs. during office hours, on the occurrence of PO-CA was assessed in a cohort of more than 1.5 million surgeries between 2019 and 2023, collected from the Swedish Perioperative Register. Overall, PO-CA occurred in 2.5 per 10,000 procedures, with a subsequent 30-day mortality of 42.5 %.

Among non-cardiothoracic, non-obstetric emergency surgical cases, the crude odds ratio for PO-CA out-of-hours vs. during office hours was 1.31 (95 % confidence interval [CI] 1.00–1.70), but surgical timing was not independently associated with PO-CA after adjustment.

Temporal trends in ICU-CA incidence and mortality were investigated in a cohort of more than 230,000 admissions recorded in the Swedish Intensive Care Registry between 2011 and 2017. Overall, ICU-CA occurred in 16.1 per 1,000 admissions, with no significant adjusted annual trend. Among first admissions during the study period, crude 6-month mortality after ICU-CA was 73.1 %, and adjusted mortality odds decreased by 6 % per year (95 % CI 2–10 %).

Milrinone was evaluated as an adjunct to advanced life support in a porcine model of ischemic cardiac arrest. It did not improve intra-arrest or post-resuscitation hemodynamics compared with placebo, with findings suggesting systemic vasodilation.

Finally, building on preclinical evidence for intra-arrest levosimendan, a protocol was developed for a randomized controlled pilot trial aiming to assess clinical effects in refractory out-of-hospital cardiac arrest.

Altogether, this thesis spans epidemiologic mapping, mechanistic exploration, and early clinical translation. The findings refine contemporary knowledge of PO-CA and ICU-CA in Sweden, and inform the future development and evaluation of pharmacologic interventions in cardiac arrest.

Delarbeten

- I. Flam B, Mårtensson J, Jonsson Fagerlund M, Djärv T, Larsson E, Eriksson J. Perioperative cardiac arrest and the impact of surgical timing: a nationwide cohort study. *Resuscitation*. 2025 Oct;215:110737.
- II. Flam B, Andersson Franko M, Skrifvars MB, Djärv T, Cronhjort M, Jonsson Fagerlund M, Mårtensson J. Trends in Incidence and Outcomes of Cardiac Arrest Occurring in Swedish ICUs. *Crit Care Med*. 2024 Jan 1;52(1):e11–e20.
- III. Flam B, Al-Saadi J, Grankvist R, Nyman J, Lundberg J, Weitzberg E, Mårtensson J, Djärv T, Jonsson Fagerlund M, Rysz S. Milrinone in ischaemic cardiac arrest: a randomised placebo-controlled porcine study. Submitted.
- IV. Rysz S, Flam B, Hedberg M, Galmén K, Mårtensson J, Djärv T, Jonsson Fagerlund M. Levosimendan in Cardiac Arrest (LeiCA): Protocol for a Randomized, Double-Blind, Phase II Clinical Trial. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2026 Jan;70(1):e70159.

Av Benjamin Flam,
bitr. överläkare, med dr,
Perioperativ Medicin
och Intensivvård,
Karolinska Universitets-
sjukhuset, Stockholm,
benjamin.flam@ki.se



Fotograf Ulf Sirborn,
Bildmakarna KI

SFAI-tidningen inte är en vetenskaplig tidskrift med peer-review-förfarande, endast översiktlig granskning sker. Eventuella frågor hänvisas till ansvarig författare.



Denna artikel är ursprungligen publicerad i Läkartidningen augusti 2026, återpubliceras med tillstånd.



Tidig dubbel sekventiell defibrillering vid hjärtstopp utanför sjukhus – en randomiserad pilotstudie

Av Akil Awad Med dr. Ansvarig för DoubleD-studien, Specialistläkare, MIVA / Vo Kardiologi, Södersjukhuset och Gabriel Riva, Med dr. Ansvarig för DoubleD-studien, Biträdande Överläkare, Vo Kardiologi, St:Görans sjukhus, båda Stockholm

Autoreferat av vetenskaplig artikel

Årligen drabbas cirka 1 200 personer i Sverige av hjärtstopp utanför sjukhus med ventrikelflimmer (VF) och endast en tredjedel överlever. Den avgörande behandlingen är defibrillering, men alla svarar inte på detta och överlevnaden sjunker för varje misslyckat försök. Kvarvarande VF efter tre defibrilleringar benämns refraktärt VF, en grupp där effektiva behandlingar saknas. 2022 visade en klusterrandomiserad studie⁽¹⁾ att dubbel-sekventiell defibrillering (DSD) – där två defibrillatorer, en i sedvanligt anterior-lateralt läge och en i anterior-posteriort läge, med två chocker inom en sekund – mer än dubbade 30-dagarsöverlevnaden vid refraktärt VF. Om DSD även skulle kunna gynna en bredare patientgrupp, det vill säga innan VF hunnit bli refraktärt, är okänt.

DoubleD pilot⁽²⁾ är världens första studie som utvärderar tidig DSD vid hjärtstopp. Detta var en randomiserad kontrollerad studie inom ambulanssjukvården i VGR och Halland. Vuxna patienter med pågående HLR och minst en genomförd defibrillering i standardläge randomiserades på patientnivå (3:1) till tidig DSD eller fortsatt standarddefibrillering, under förutsättning att två ambulanser med manuella defibrillatorer fanns på plats. Syftet var att utvärdera genomförbarhet och säkerhet av

tidig DSD inför kommande huvudstudien.

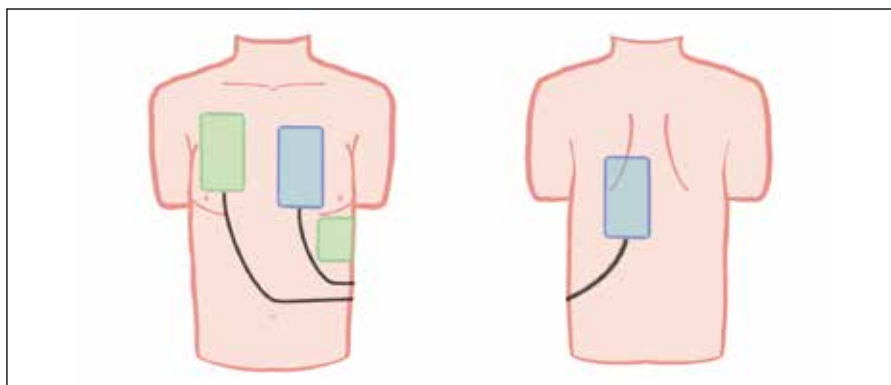
Mellan juni 2024 och april 2025 inkluderades 40 patienter, 29 till DSD och 11 till standardbehandling. 80 procent randomiserades innan tredje defibrilleringen, det vill säga innan VF blivit refraktärt, och följsamheten till protokollet var mycket god. Inga tekniska problem eller allvarliga säkerhetshändelser observerades. En trend till högre 30-dagarsöverlevnad sågs i DSD-gruppen (41 % vs 9 %), men skillnaden var inte statistiskt signifikant och studien var inte designad för att jämföra överlevnad.

Slutsatsen i denna pilot är att tidig DSD är genomförbart och förefaller säkert. Resultaten ligger till grund för den internationella huvudstudien DoubleD,

som startade september 2025, ska inkludera 916 patienter och där 30-dagarsöverlevnad är primärt utfallsmått (NCT07174986). Ifall tidig DSD visar sig vara gynnsamt kan det snabbt implementeras till låg kostnad.

REFERENSER

- 1) Cheskes S, Verbeek PR, Drennan IR, McLeod SL, Turner L, Pinto R, Feldman M, Davis M, Vaillancourt C, Morrison LJ, Dorian P, Scales DC. Defibrillation Strategies for Refractory Ventricular Fibrillation. *N Engl J Med*. 2022 Nov 24;387(21):1947-1956. doi: 10.1056/NEJMoa2207304
- 2) Riva G, Nordkvist EB, Magnusson C, Claesson A, Jonsson M, Israelsson J, Nordius C, Barret K, Sidebottom DB, Martner P, Cavefors O, Tenning A, Wibring K, Waldemar A, Edholm G, Awad A. Feasibility of early double sequential defibrillation in out-of-hospital cardiac arrest: the double-D randomised pilot trial. *Heart*. 2026 Jun 30;heartjnl-2026-327905. doi: 10.1136/heartjnl-2026-327905.



Placering av defibrilleringsplattor vid dubbel-sekventiell defibrillering (DSD)

Skicka gärna in referat av dina vetenskapliga arbeten för publicering här i SFAI-tidningen. Skicka till: tidningen@sfa.se

TACTICAL TRAUMA 26

SUNDSVALL

WORKSHOP 2 NOV, KONFERENS 3-4 NOV

VÄRLSDSLEDANDE EXPERTER

STATE OF THE ART

ALL THINGS TRAUMA, WITH A TACTICAL TWIST

Chris Hicks, Karim Brohi, Tim Nutbeam, Caroline Leech, Ewoud ter Avest, Harriet Tucker, Jakob Stensballe, Uriah Popp, Tatjana Dill, Iryna Rybinkina, Ross Moy, Stephen O'Neill, Nathalie Pattyn, Eric Benoit, Travis Allnutt, Eric Acevedo, Karina Damsgaard, Jörgen Melau, Michael Mølmer, Lionel D, Phil Keating, Iain Beardsell, Aebhric O'Kelly Luca Carenzo, Claire Park, Michael Jarosz, Gareth Grier, Matthieu Langlois m.fl. !

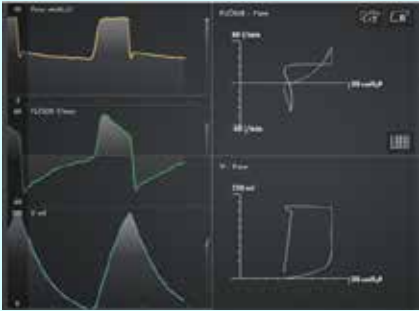
150 BILJETTER

WWW.TACTICALTRAUMA.SE

ST kurs i Ventilatorbehandling

Akademiska sjukhuset, Uppsala

19 – 23 april 2027



Grundläggande fysikbegrepp, lungfysiologi, lungfunktion och lungmekanik samt ingående genomgångar om funktioner och moder vid olika ventilationstekniker och sjukdomstillstånd.

Sista ansökningsdag 31 oktober 2026.
Kursavgift 11.900 kr + moms.

Anmälan via denna länk (Mkon, Malmö)
<https://st-kurs-i-ventilatorbehandling.mkon.se/>

Välkomna!

Eyla Mohlin, kurskoordinator: eyla.mohlin@uu.se
Gaetano Perchiazzi, kursledare: gaetano.perchiazzi@uu.se
Christian Rylander, kursledare: christian.rylander@uu.se

Modern Luftvägshantering

för specialistläkare

SFAIÖP-originalen sedan 1997

12 - 16 oktober 2026
Friibergh Herrgård
nära Stockholm/Uppsala

Internatkurs i stimulerande herrgårdsmiljö

Föreläsningar
Workshops
Grupparbeten
Falldiskussioner

Ansökningar från 16 februari



Mer info och anmälan

TRAUMARESUSCITERING

Stockholm 26-30 april 2027

Karolinska Universitetssjukhuset

För ST-läkare och specialister inom anestesi och intensivvård, kirurgi, ortopedi samt akutsjukvård.

Anmälan senast 2027-03-01
www.traumarummet.se

Kursavgift 13 000 sek exkl. moms

Foto: Felix Gerlach

Innehåll

Kursen ger en teoretisk och praktisk genomgång av multidisciplinär handläggning av traumapatienter med fokus på resuscitering. Centrala teman är luftvägshantering, massiv traumatisk blödning, initial diagnostik och åtgärder för att stabilisera patienten. Undervisningen sker i form av interaktiva föreläsningar och praktiska workshops, exempelvis kirurgisk luftvägshantering på biologiska preparat, FAST-ultraljud och thoraxdränläggning.

Kursledare: Bjarni Arnason, Staffan Olheden, Pierre Sundin

Kursadministration
Cecilia Kallin
cecilia.kallin@regionstockholm.se




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

2026

SFAIs Forskningsforum

Datum: 22 september

Plats: Stockholm

SFAI & Anlva-veckan

Datum: 22–24 september

Plats: Stockholm Waterfront

Vad händer med vår etiska kompass när omvärlden skakar?

Datum: 22 september

Plats: Stockholm, Svenska

Läkarsällskapet

TAASK OP Express 92 Stockholm (Swedish)

Datum: 22 september

Plats: Karolinska Universitets-
sjukhuset i Huddinge, CAMST

Skånekursen i obstetrisk anestesi

Datum: 28 september–1 oktober

Plats: Skånes universitets-
sjukhus, Lund

TAASK Masterclass 93 Stockholm (Swedish)

Datum: 6–8 oktober

Plats: CAMST Huddinge

Modern luftvägshantering för speci- alistläkare

Datum: 13–16 oktober

Plats: Friibergh Herrgård,
Örsundsbro

ST-kurs i allmän intensivvård

Datum: 19–23 oktober

Plats: Skånes Universitets-
sjukhus, Lund

ST-kurs: Grundläggande anestesi

Datum: 2–6 november

Plats: Skånes Universitetssjukhus
Lund

TAASK Masterclass 94 Karlstad (Swedish)

Datum: 10–12 november

Plats: KTC, Centralsjukhuset,
Karlstad

SFAIs Intensivvårdsmöte

Datum: 11–13 november

Plats: Sigtuna

SYAs kursdag – Brännskadedagen

Datum: 13 november

Plats: Uppsala

Kurs i Regional Anestesi I – KIRA I

Datum: 16–17 november

Plats: Västerås, Västmanlands sjuk-
hus, Kliniskt träningscentrum

Akut nefrologi & dialys inom inten- sivvård 2026

Datum: 23–25 november

Plats: Karolinska Universitets-
sjukhuset, Solna

TAASK OP Express 95 Trelleborg (Swedish)

Datum: 24–25 november

Plats: Operationsenheten
lasarettet Trelleborg

Ultraljudskurs

Datum: 30 november–1 december

Plats: Karolinska Universitets-
sjukhuset, Solna

Nationell Bakjournalkurs i Anestesiologi och Intensivvård

Datum: 30 november 2026,
12 mars 2027

Plats: Akademiska sjukhuset,
Uppsala

Train the trainers

Datum: 3–4 december

Plats: Stockholm

TAASK Masterclass 96 Göteborg (Swedish)

Datum: 8–10 december

Plats: KTC, Östra Sjukhuset

ST-kurs: Luftväg, Örebro

Datum: 8–11 december

Plats: Örebro, Universitets-
sjukhuset

2027

Kurs i Ekokardiografi och Lungultra- ljud inom Anestesi och Intensivvård

Datum: 25 jan–16 april

Plats: Malmö Universitet

Kurs i thoraxanestesi och intensivvård

Datum: 8–12 mars

Plats: Karolinska Universitets-
sjukhuset, Solna

Akuta förgiftningar

Datum: 15–17 mars

Plats: Uppsala

ST-kurs i Obstetrisk anestesi

Datum: 15–18 mars

Plats: Karolinska Universitets-
sjukhuset, Solna

ST kurs i Ventilatorbehandling

Datum: 19–23 april

Plats: Uppsala

Traumaresuscitering

Datum: 26–30 april

Plats: Karolinska Universitets-
sjukhuset, Solna

Hur det verkligen fungerar

Datum: 10–12 april

Plats: Ersta Konferenscenter,
Stockholm

SYAs kursdagar – En sjuk natt

Datum: 19–21 maj

Plats: Mellansverige

SFAI & Anliva veckan

Med nobel kunskap i livets tjänst



● 23-25 september 2026

Stockholm Waterfront

Bankett på Münchenbryggeriet

Boka din plats – alla andra kommer att vara där