

# **Generalplan for Norsk nevrologisk forening**

**2014**

## **Innhold**

<b>Forord</b>	s. 3
<b>1. Innledning</b>	s. 4
<b>2. Det faglige grunnlaget for nevrologien</b>	s. 4
2.1 Nevrologiens identitet og det teknologiske paradoks	s. 4
2.2 Grensesnittet mot andre fagfelt	s. 5
2.3 Faglig plattform og kvalitetsressurser	s. 6
<b>3. Organisering og bemanning</b>	s. 7
3.1 Dagens organisering	s. 7
3.2 Fremtidige utfordringer	s. 8
3.3 Bemanning i nevrologien	s. 9
3.4 Nevrologiske sengeposter og overvåkningsplasser	s.10
3.5 Tverrfaglighet	s.10
<b>4. Utdanning</b>	s.11
4.1 Nevrologi i medisinstudiet	s.11
4.2 Turnustjeneste	s.11
4.3 Generelt om spesialistutdanningen i nevrologi	s.11
4.4 Spesialistregler i nevrologi	s.12
4.5 Etterutdanning av spesialister i nevrologi	s.12
<b>5. Forskning</b>	s.13
5.1 Internasjonale trender innen nevroforskning	s.13
5.2 Forskning i norsk nevrologi	s.14
5.3 Praktisk organisering av forskningsstillinger	s.14
5.4 Balansen mellom forskning og klinisk kompetanse	s.15
<b>6. NNFs samarbeidspartnere og kontaktpunkter utad</b>	s.15
6.1 Andre spesialiteter og faggrupper	s.15
6.2 Pasientorganisasjoner og Hjerterådet	s.16
6.3 Internasjonalt engasjement	s.16
6.4 Kommunikasjon med allmenhet og presse	s.17
6.5 Helsepolitikk	s.17
<b>7. Avslutning</b>	s.18

## Forord

Den første "Generalplan for Neurologi i Norge" ble utgitt av Norsk neurologisk forening i 1981. I 1998 besluttet årsmøtet i NNF å utarbeide en ny generalplan, som ble vedtatt året etter. Denne planen ble videre revidert og vedtatt i oppdatert utgave i 2006.

Neurologien er stadig i utvikling, og etter syv år har det igjen vært behov for en overordnet gjennomgang av foreningens virksomhet og målsetninger. I mars 2013 nedsatte årsmøtet en komité for å utarbeide ny generalplan for NNF. Et forslag ble presentert for årsmøtet 2014, som besluttet å gi styret fullmakt til å godkjenne planen etter en høringsrunde blant medlemmene. Generalplanen ble endelig vedtatt 26. september 2014.

Generalplankomitéen har bestått av Kjell Arne Arntzen, Morten Horn, Titto Idicula, Anette Storstein og Lasse Pihlstrøm. Sistnevnte har fungert som komitéens leder og kontaktperson overfor styret i NNF. Komitéen var tidlig i prosessen samlet til et møte i Legenes hus, mens det videre samarbeidet har vært basert på e-postkommunikasjon. Alle i komitéen har bidratt med å skrive utkast til kapitler i planen. Gjennom arbeidsprosessen har det vært jevnlig dialog med styret i NNF. Avslutningsvis har et forslag til ny generalplan vært tilgjengelig på foreningens nettsider, og alle medlemmer vært invitert til å komme med innspill.

I arbeidet med generalplanen har vi valgt å starte med blanke ark, snarere enn å oppdatere den eksisterende planen fra 2006. Vi har ønsket å vektlegge perspektiver som er relevante for NNF som fagmedisinsk forening, og knytte planens innhold tydelig til NNFs rolle og daglige virke.

Konkrete fagpolitiske saker preges gjerne av sammensatte hensyn og praktiske begrensninger. En generalplan gir derimot anledning til å tenke overordnet og i større grad ta utgangspunkt i rent faglige idealer. Denne typen prinsipielle refleksjoner preger den nye planen. I enkelte saker vil NNF ha et tydelig standpunkt. Samtidig drøfter planen også en rekke utfordringer og utviklingstrekk vi forventer vil få stor betydning i årene som kommer, uten at foreningens interesser går i noen entydig retning. Her håper vi generalplanen vil kunne inspirere til engasjement og diskusjon blant medlemmene og en reflektert holdning til de mange dilemmaene hvor fagfeltet vårt står overfor en krevende balansegang.

Det har vært interessant og inspirerende å arbeide med generalplanen. Vi håper dette dokumentet vil bli en fruktbar ressurs både for NNF, våre medlemmer og andre med interesse for norsk neurologi.

Oktober 2014  
På vegne av generalplankomitéen

Lasse Pihlstrøm

## 1. Innledning

Den mest komplekse struktur vi kjenner til, er vår egen hjerne. Dette organet er selve fundamentet for vår tilværelse som bevisste, unike og tenkende individer. Alle våre sanseinntrykk og erfaringer formidles til hjernen gjennom nervebaner, og fra hjernen kontrolleres våre bevegelser og handlinger via impulser til musklene. Diagnostikk og behandling av sykdom i dette systemet er nevrologiens primære ansvarsområde. Nervesystemets enorme kompleksitet og de eksistensielle dimensjonene som knytter hjernen så tett til essensen av det menneskelige, er særtrekk ved nevrologien som vekker både fascinasjon og nysgjerrighet.

Nevrologifaget spenner fra livslange behandlingsløp av kroniske tilstander til akuttinnleggelses der minuttene teller. Sykdom i nervesystemet rammer både unge og eldre. Fagfeltet omfatter en rekke sjeldne, alvorlige tilstander, men også folkesykdommer som hodepine og isjias, med stor betydning for sykefravær og samfunnsøkonomi. Nevrologiens tradisjonelle akademiske tilnærming gir en faglig ramme for å fremskaffe og anvende kunnskap om nervesystemet, ofte i samspill med andre fagområder. Høyspesialisert teknologi og ny molekylærbiologisk kunnskap veves stadig tettere sammen med den kliniske hverdagen. Dette gir oss store medisinske muligheter - og samtidig et stort ansvar.

Hvordan vi skal bruke vår kompetanse best mulig i et flerprofesjonelt fremtidig helsevesen, er ikke bare en ren medisinsk, men også en fagpolitisk problemstilling. Hensynet til nevrologiske pasienters beste bør være vår primære interesse. Som fagmedisinsk forening ser vi samtidig dette som naturlig knyttet til ønsket om å styrke norsk nevrologi og sikre en tilfredsstillende arbeidssituasjon for nevrologene.

Norsk nevrologisk forening (NNF) er fagets ansikt utad og har et ansvar for å forvalte nevrologiens interesser i det offentlige rom. Foreningen er også den mest sentrale møtearenaen for nevrologene. Generalplanen skal peke på oppgavene og utfordringene for norsk nevrologi de nærmeste fem til ti år, og fremheve hvilke konkrete målsetninger og holdninger NNF vil arbeide ut ifra. Nevrologien som *et fag i endring* er et gjennomgangstema i dette dokumentet. NNF ønsker å møte disse endringene med et offensivt faglig engasjement og et inkluderende miljø, som stimulerer til kontinuerlig refleksjon og diskusjon mellom medlemmene.

## 2. Det faglige grunnlaget for nevrologien

### 2.1 Nevrologiens identitet og det teknologiske paradoks

De siste tiårene har nevrologiens kunnskapsgrunnlag økt dramatisk. Store fremskritt innenfor fagfelt som nevroimmunologi, nevrofarmakologi, nevropatologi, nevrokirurgi og nevroradiologi har ført til nye diagnostiske og terapeutiske muligheter for viktige sykdomsgrupper som hjerneslag, multippel sklerose, Parkinsons sykdom, demens og epilepsi. Utviklingen innen genetik, molekylærmedisin og bioinformatikk forventes å åpne for mer målrettet diagnostikk, forebygging og individuelt skreddersydd behandling i tiden fremover. Nevrologene kommer til å bli stilt overfor en stadig større mengde avanserte data - både om den enkelte pasient og om diagnosene vi utreder og behandler.

Det tradisjonelle bildet av nevrologen er en lege som bruker tid med pasienten, både til samtale og undersøkelse. Nevrologens kjernekompetanse er evnen til å tolke sykehistorie og kliniske funn i lys av kunnskap om nervesystemets oppbygning og funksjon, og diagnostisere og behandle nevrologisk sykdom med dette som utgangspunkt. Dette idealet har dype røtter i faget vårt og bør stå sterkt også i fremtiden. Samtidig ser vi en utvikling innen radiologi og molekylærbiologi som gir stadig nye muligheter til å utvide diagnostikken med parakliniske undersøkelser. Nevrologien som fag bør utvikle en offensiv og reflektert holdning til disse mulighetene, slik at de kan utnyttes til beste for pasientene.

I møte med et stadig mer avansert og høyteknologisk helsevesen vil det paradoksalt nok bli et økende behov for klinisk kompetanse. Biokjemiske prøveresultater, radiologiske funn eller genetiske tester kan ofte gi like mange spørsmål som svar. Data må tolkes og forstås i lys av en relevant klinisk kontekst før informasjonen kan få praktisk nytte. Derfor vil det i fremtiden, mer enn noensinne, være behov for nevrologer som kan sette sykehistorie, funn og komplekse prøveresultater inn i en meningsfull sammenheng for den enkelte pasient.

## *2.2 Grensesnittet mot andre fagfelt*

Ideen om spesialisert medisin forutsetter at det trekkes opp grenser mellom ulike fag, selv om menneskets helse er en kompleks og integrert helhet. Noen ganger kan skillet mellom spesialiteter være uskarpt og kunstig, og ansvarsfordelingen avgjøres ofte av tradisjoner og praktiske omstendigheter. Andre problemstillinger vil naturlig og udiskutabelt falle innenfor et fags kjerneområde.

Det nevrologiske kjerneområdet omfatter somatiske tilstander som primært rammer hjerne, ryggmarg og perifere nerver, samt enkelte muskelsykdommer. Nevrologien har et naturlig hovedansvar når det gjelder diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom i nervesystemet. Pasienter som legges inn i sykehus med nevrologisk sykdom, bør primært behandles av nevrolog. Dette gjelder for eksempel ved akutt hjerneslag, der nevrologens rolle som hjernespesialist ikke vil kunne erstattes av andre. Andre eksempler på sykdomsgrupper der nevrologien bør ha en sentral rolle, er demens og svulster i nervesystemet, både ved diagnose og i oppfølgingsfasen.

Vi ser også at nevrologisk kompetanse er etterspurt i tilgrensende fagfelt, og kontaktpunktene mot andre spesialiteter er mange. Rehabilitering og smertebehandling er eksempler på områder der det er viktig og naturlig med en tverrfaglig tilnærming. NNF ønsker å stimulere til god faglig dialog og fruktbart samarbeid til beste for pasienter med sammensatte behov. Et helsepolitisk grep er bruk av såkalte kompetanseområder som arenaer for samarbeid mellom ulike profesjoner og spesialiteter i definerte deler av medisinen, for eksempel alders- og sykehjemsmedisin. Dette innebærer en formalisert etterutdanning av spesialister. Nevrologer vil være naturlige deltagere i mange kompetanseområder, og slik spesialkompetanse vil kunne være til berikelse for både den enkelte nevrolog og fagmiljøet, samt stimulere til forskning og faglig utvikling på tvers av spesialitetene. NNF har gitt høringsuttalelser ved opprettelse av flere kompetanseområder tidligere, og vi stiller oss i utgangspunktet positive til dette. Samtidig er det viktig at dette ikke må føre til en uformell subspecialisering som kan fragmentere det nevrologiske fagmiljøet.

Nevrologi og psykiatri har felles historiske røtter. Etter hvert som vi får mer detaljert kunnskap om hjernens funksjon, er det sannsynlig at vi også vil forstå det nevrobiologiske

grunnlaget for psykiatriske tilstander langt bedre enn vi gjør i dag. Dette vil på nytt føre nevrologi og psykiatri nærmere hverandre, og tydeliggjøre at skillet mellom disse spesialitetene i stor grad er pragmatisk og handler om tradisjon, arbeidsmetoder og organisering. NNF er opptatt av å ivareta et godt samarbeidsklima for fagutvikling i skjæringspunktet mellom psykiatri og nevrologi og en praktisk arbeidsdeling i helsevesenet som er til beste for pasientene.

En dagsaktuell utfordring er tilstander av omstridt natur som til dels defineres inn i nevrologiens fagfelt av andre aktører enn det nevrologiske miljøet. Når objektive markører og evidensbasert behandling mangler, samtidig som forventninger i befolkningen og kommersielle interesser spiller inn, kan det skape en krevende faglig balansegang. Innenfor slike områder er det spesielt viktig med en felles kunnskapsbasert tilnærming, selv om den praktiske håndteringen kan ha ulike regionale profiler. Det nevrologiske miljøet bør også være nærmest til å avgjøre på faglig grunnlag om en bestemt tilstand faller innenfor vår spesialitets kompetanse- og ansvarsområde.

### 2.3 Faglig plattform og kvalitetsressurser

Norsk nevrologi bør vektlegge en felles faglig plattform av høy kvalitet. NNF har et kvalitetsutvalg som er ansvarlig for utgivelsen av *Veileder i akuttnevrologi*, samt oppdatering og vedlikehold av den elektroniske veilederen *Nevro-NEL*. NNF ønsker å utvide dette arbeidet med bred representasjon fra det nevrologiske fagmiljøet slik at innholdet i *Nevro-NEL* kan godkjennes som nasjonale retningslinjer. Det er opprettet en referansegruppe for kvalitetsutvalget der alle sykehusavdelinger er bedt om å delta, men den enkelte nevrolog har også et individuelt ansvar for å bidra med sin spesialkompetanse i denne typen dugnadsbasert arbeid.

Gjennom styrets arbeid med høringsuttalelser og korrespondanse med ulike helseaktører bidrar NNF også til utformingen av andre former for faglige retningslinjer og veiledere. Dette vil ofte foregå i regi av Helsedirektoratet, men kan også utgå fra andre institusjoner eller organisasjoner. NNF ønsker å ha en offensiv holdning til denne typen arbeid og søke å sikre en bred og balansert forankring i det nevrologiske fagmiljøet der dette er aktuelt.

En stadig viktigere ressurs for kvalitetskontroll og fagutvikling i moderne medisin er ulike typer registre. Det eksisterer i dag nasjonale registre for flere ulike nevrologiske sykdommer. Gode og fullstendige registerdata fra større befolkningsgrupper er en langsiktig investering som er svært verdifull for kvalitetssikring og forskning. NNF vil oppfordre medlemmene til å bidra etter beste evne til at nasjonale registre for nevrologisk sykdom blir så fullstendige som mulig. I utgangspunktet stiller NNF seg positiv til etablering og bruk av denne typen registre. Samtidig er det viktig at fagmiljøene som driver disse, anerkjenner den arbeidsbyrden som registrering medfører, og legger vekt på å synliggjøre verdien av arbeidet i den kliniske hverdagen. Det er også avgjørende at medisinske registre ivaretar pasientautonomi og personvern hensyn. Eventuelle gevinster må alltid balanseres opp mot dette. Spesielt gjelder dette ved sjeldne sykdommer, der persondata ofte er vanskelige å anonymisere.

Ved siden av de store nasjonale registrene vil det også ofte være aktuelt å opprette lokale registre. For eksempel vil det være nyttig å holde en systematisk oversikt over bruken av utprøvende behandling ved en nevrologisk avdeling. Med stadig nye terapeutiske muligheter

også ved sjeldne sykdommer, der kliniske studier er små, vil denne typen arbeid bli enda viktigere i årene som kommer.

Pasienters ønske om å medvirke selv til oppfølging og monitorering av egen sykdom preger i stadig større grad klinikerens hverdag. Det kroniske forløpet ved mange nevrologiske sykdommer gjør dette spesielt aktuelt. Nettbasert pasientregistrering av symptomer og elektronisk kommunikasjon med helsevesenet vil kunne spille en vesentlig rolle i vårt fag i fremtiden. NNF mener det er viktig å samarbeide med pasientorganisasjonene og stimulere til bruk av kvalitetssikrede, ikke-kommersielle verktøy for å sikre at denne utviklingen gjør bruk av pasientenes egne ressurser på en faglig tilfredsstillende måte.

Det eksisterer en rekke nasjonale kompetansetjenester for ulike nevrologiske tilstander. Dette er institusjoner som finansieres direkte fra sentrale helsemyndigheter med det formål å bygge opp og spre kompetanse om et bestemt felt innen medisinen. Slike kompetansetjenester driver ikke med pasientbehandling, men fungerer som overordnet rådgivende organer. NNF mener det er viktig at kompetansetjenestene blir mest mulig tilgjengelige for klinikere i hele landet, slik at kompetansearbeidet kan nyttiggjøres i den daglige pasientbehandlingen. Når kompetansetjenester ikke selv skal drive behandling, forutsetter dette en god kommunikasjon og et tydelig nærvær overfor resten av fagmiljøet. Mange av kompetansetjenestene er av tverrfaglig karakter. NNF vil arbeide for at nevrologi er tilstrekkelig representert der dette er naturlig. NNF støtter også nasjonale fagpaneler, slik som "Bergenkonferansen" for cerebrovaskulær sykdom, som er organisert i samarbeid med alle universitetssykehusene i Norge.

NNF arrangerer hvert år den nasjonale nevrologikonferansen Nevrodagene. Dette er det mest sentrale møtepunktet for landets nevrologer, og bør fortsette å være en kombinasjon av formidling av oppdatert klinisk kunnskap og presentasjon av forskningsresultater. Nevrodagene er også en arena for utveksle meninger, knytte kontakter og introdusere yngre leger i miljøet. Det bør derfor legges til rette for at så mange som mulig kan delta på dette arrangementet.

### **3. Organisering og bemanning**

#### *3.1 Dagens organisering*

Norsk nevrologi har tradisjonelt vært et sykehusfag supplert med et fåtall praktiserende spesialister og ordninger med ambulerende nevrolog på enkelte lokalsykehus. Alle fylker unntatt Finnmark har minst én nevrologisk avdeling (Vedlegg 1). Avhengig av lokalisering skjer akuttinnleggelser enten direkte til nevrologisk spesialavdeling eller til lokal indremedisinsk avdeling. Det er vanlig å ha to vaktsjikt, med lege i spesialisering i forvakt og overlege i bakvakt. Avdelingsstørrelsen varierer betydelig mellom sykehus. De fleste avdelingene disponerer en egen sengepost, noen har også tilknyttet slagpost og rehabiliteringspost. Som regel tilbyr avdelingene også nevrofysiologiske tjenester, enten gjennom avdelingens overleger eller organisert i egen enhet med spesialister i klinisk nevrofysiologi.

Noen av avdelingene har universitetstilknytning og deltar i undervisningen av medisinstudenter. Spesialsykehuset for epilepsi er en spesialisert avdeling som blant annet har landsfunksjon for utredning og behandling av komplekse epilepsier. Enkelte nasjonale behandlingstjenester er også delt mellom avdelinger, slik som Flerregional behandlingstjeneste for dyp hjernestimulering.

Det har de siste år blitt flere praktiserende nevrologer utenfor sykehus, hovedsakelig i de store byene. Dette omfatter både avtalespesialister som har driftsavtale med helseforetakene, og private spesialister uten slik avtale, der pasientene betaler utredning selv, eventuelt gjennom forsikring. Enkelte steder har praktiserende nevrologer utenfor sykehus organisert seg i egne spesialistsentra, til dels med nevrofysiologisk service og andre spesialtilbud.

### *3.2 Fremtidige utfordringer*

NNF er forberedt på at faget vårt vil møte betydelige organisatoriske utfordringer i årene som kommer. Flere av disse kan tenkes som akser, der motstridende behov og tendenser trekker i hver sin retning. Her vil det være viktig å finne frem til en riktig balansegang. NNF har som mål å bidra til en konstruktiv debatt og refleksjon rundt disse spørsmålene og påvirke sentrale beslutningsprosesser til våre pasienters og medlemmers beste. Nedenfor omtales noen aktuelle akser som berører organiseringen av fremtidens nevrologitjenester:

- Sentrum - periferi: Flere forhold ved norsk nevrologi trekker i retning av økt sentralisering av nevrologitjenesten. Nevrologien får et økende innslag av kompliserte behandlingstilbud med tendens til subspecialisering og behov for spesialiserte tilleggstjenester (særlig nevreradiologi). Utviklingen med økt befolkningstetthet rundt de store byene bidrar til denne trenden. Mot dette står endringen av nevrologi i retning av et akutfag, der nevrologiske tjenester bør tilbys allerede i akuttmottaket, og uten forsinkende mellomledd. Denne trenden taler for at nevrologien snarere bør desentraliseres og etableres på lokalsykehusnivå. En mer utstrakt bruk av telemedisin og elektronisk kommunikasjon mellom landets store og små nevrologiske avdelinger vil potensielt kunne binde fagmiljøet mer sammen i fremtiden på tross av store geografiske avstander. NNF vil oppfordre til at det utvikles effektive og brukervennlige IT-løsninger for videokonferanser, overføring av radiologiske bilder og lignende.
- Subspecialisering - generell nevrologi: Økt kunnskapsmengde og mer detaljert innsikt i nevrologiske sykdommer, mer kompliserte behandlingsmetoder, funksjonsfordeling mellom sykehus og de enkelte spesialisters egne interesser er faktorer som fremmer tendenser til subspecialisering også i nevrologien. Mot dette står behovet for generell nevrologisk kompetanse for vaktgående spesialister og et fullverdig nevrologitilbud også ved mindre avdelinger med relativt få overleger.
- Privat - offentlig nevrologitilbud: Utviklingen i moderne nevrologi peker i retning av mer akuttnevrologi og vaktarbeid på de offentlige sykehusene. Planlagt virksomhet ved sykehusavdelingene forventes å bli mer dominert av personellkrevende, kompliserte behandlingsmetoder. Dette bidrar til å skape et behov for vanlige, polikliniske nevrologitjenester, som ikke nødvendigvis må foregå på sykehus. Aktuelle politiske føringer åpner også for styrking av tjenestetilbudet utenfor sykehus. Et uavklart spørsmål er hvordan en slik utvikling vil påvirke rammene for



spesialistutdanning og forskning. NNF er åpen for at det opprettes flere avtalehjemler i nevrologi der det er behov for det. Det bør imidlertid være en forsiktig økning av avtalenevrologer for å unngå at sykehusene tappes for spesialister. Det vil være positivt om nevrologer utenfor sykehus samarbeider nært med avdelingene og etablerer inkluderende kontaktpunkter, for eksempel med felles faglige møter. Deler av nevrologiutdannelsen bør kunne tas i nevrologisk spesialistpraksis utenfor sykehus.

- Spesialisthelsetjeneste - fastlegens ansvar: Nevrologisk spesialistarbeid har tradisjonelt omfattet både diagnostikk og oppfølging av kroniske/langvarige sykdommer i nervesystemet, slik som epilepsi, bevegelsesforstyrrelser og nevropatier. Økt fokus på de mest kompliserte tilstander og behandlingsformer kan svekke muligheten til å følge opp enklere nevrologiske tilstander. Samtidig innebærer Samhandlingsreformen at en større del av ansvaret skal ligge hos fastlegen. God kommunikasjon mellom fastlege og nevrolog kan legge til rette for at avklarte nevrologiske tilstander med stabilt forløp i større grad kan følges opp i primærhelsetjenesten. Imidlertid er prevalensen av mange progredierende nevrologiske sykdommer såpass lav at den enkelte fastlege ikke kan forventes å ha erfaringsgrunnlag og oppdatert kunnskap om disse tilstandene. Også i fremtiden må derfor mange pasientgrupper fortsatt ha oppfølging hos nevrolog.

### *3.3 Bemanning i nevrologien*

Nevrologi og klinisk nevrofysiologi er blant de spesialiteter som har hatt den sterkeste økningen i antall spesialister i 11-års perioden 2000-2011. Antall yrkesaktive spesialister i nevrologi i Norge i 2011 var 340, en økning på 67 % fra 2000. Antallet kliniske nevrofysiologer var 33, en økning på 94 %. Nevrologer og kliniske nevrofysiologer utgjør 2,5 % av alle norske spesialister (til sammenligning utgjør indremedisin 10 % og psykiatri 8,6 %). I perioden 2000-2011 ble det årlig godkjent ca 20 spesialister i nevrologi. Nevrologdekningen i Norge ligger nå på nesten 7 nevrologer per 100 000 innbyggere.

Det fremtidige behovet for spesialister i nevrologi avhenger av flere forhold. Nevrologiske sykdommer rammer i stor grad eldre pasienter og vi må forvente økende behov med befolkningsutviklingen. Eksempelvis regner man med en dobling av antallet tilfeller av demens frem mot 2050 og 50 % økning av antall tilfeller av hjerneslag mot 2030. Samtidig står nevrologien ovenfor en stor terapeutisk utvikling. Det er grunn til å forvente økt behov for diagnostikk og spesifikk terapi for store grupper pasienter som tidligere bare har fått generell, støttende behandling. Over flere år har nevrologiske avdelinger merket effekten av nye behandlingsmuligheter innen blant annet hjerneinfarkt og multippel sklerose.

Behovet for nevrologisk kompetanse er derfor økende. Legeforeningen har beregnet en netto tilvekst av spesialister i nevrologi (nye spesialister, med fratrukk for pensjonsavgang) på 25 % fram mot 2030. Konvertering av utenlandske spesialistgodkjenninger kommer i tillegg til denne økningen. En forsiktig fremskriving tilsier likevel at med dagens utdanningstakt vil behovet for nye nevrologer i 2030 være omtrent dobbelt så stort som tilveksten.

Stillingsstrukturen i norske sykehus er i endring. I henhold til tariffoppgjøret fra 2014 skal leger i spesialisering ansettes i faste stillinger. I tillegg vil opphøret av nasjonal kvotefordeling av sykehusenes legestillinger fra 2013 kunne påvirke antall stillinger ved nevrologiske avdelinger. Med slike endringer blir det viktig ikke å undervurdere behovet verken for utdanning av spesialister eller antall sykehusstillinger.

NNF vil arbeide for å øke utdanningstakten av nevrologer for å sikre et fullverdig nevrologisk helsetilbud av høy kvalitet til alle landets pasienter. Det bør tilsiktes at den medisinske behandlingen av pasienter med nevrologiske sykdommer ikke skal ha store regionale forskjeller. Akutt slagbehandling er i dag et eksempel på hvordan organisasjonsstruktur og geografi får stor betydning for pasientenes behandlingsforløp. NNF ønsker at alle pasienter som legges inn på sykehus med nevrologisk sykdom, skal tilses av nevrolog så tidlig som mulig, og helst som første spesialist. Dette kan bety at det vil bli behov for å opprette nye, separate avdelinger på sykehus som i dag ikke har nevrolog i vaktjeneste. Alle sykehus med akutfunksjon bør ha tilgjengelig nevrologisk spesialistkompetanse.

### *3.4 Nevrologiske sengeposter og overvåkningsplasser*

I somatisk spesialisthelsetjeneste har det vært en generell reduksjon i heldøgns sengeplasser og økt bruk av dagbehandling og poliklinisk behandling. Dette gjelder også nevrologien. Den økende kompleksiteten i nevrologisk diagnostikk og behandling setter imidlertid denne trenden på prøve. Ikke minst vil utviklingen av nevrologisk service legge premisser for effektive utredningsløp for nevrologiske sykdommer.

Et tilbakevendende tema i nevrologien er behovet for dedikerte nevrologiske overvåkningsplasser. Et slikt tilbud blir stadig viktigere med mer kompliserte behandlingsformer, særlig innen slagbehandlingen. Gamle dagers overvåkningsmåter ("i korridoren utenfor vaktrommet") er ikke lenger akseptable, verken av faglige, personverns-, brannverns- eller hygieniske hensyn. NNF mener derfor at avdelinger som tar imot pasienter med akutte nevrologiske problemstillinger, vil ha behov for sengeplasser som er formelt avsatt for nevro-overvåkning.

### *3.5 Tverrfaglighet*

Nevrologer på sykehus jobber i tverrfaglige team, både på sengepost og poliklinikk. Fordelingen av oppgaver internt i teamet vil være delvis fleksibel og avhengig av kompetanse og kunnskap, selv om nevrologen har det overordnede medisinsk-faglige ansvaret. Eksempelvis kan omsorgen for pasienter med kroniske ryggplager ivaretas av erfaren fysioterapeut, og spesialsykepleiere i ALS-team kan få en sentral rolle i oppfølging av denne pasientgruppen. Såkalt *oppgaveglidning* av mer spesialiserte nevrologfunksjoner skisseres av noen som en mulig løsning på et fremtidig gap mellom bemanning og behov. Dette har imidlertid samtidig konsekvenser for den faglige kvaliteten i pasientarbeidet og påvirker hvordan leger tilegner seg kompetanse som er viktig i vaksituasjoner.

NNF anser fleksible løsninger innenfor tverrfaglige team som mer fremtidsrettet og mer hensiktsmessig for pasientene enn en oppgaveglidning der nevrologens arbeidsoppgaver delegeres på permanent basis til andre yrkesgrupper. Vi er også svært skeptiske til den "omvendte oppgaveglidningen", hvor stadig mer merkantile rutiner pålegges legene, med det resultatet at pasientrettet arbeid blir satt under sterkt press.

## 4. Utdanning

### 4.1 Nevrologi i medisinstudiet

Som en av de store kliniske disipliner er nevrologi en viktig del av grunnutdanningen i medisin i Norge. De fire fakultetene har ulike studiemodeller og er derfor vanskelig sammenlignbare. Fakultetene har imidlertid et samarbeid om hvor høyt "listen bør ligge" med hensyn til hvilket nivå vi forventer at uteksaminerte medisinske kandidater skal ha innen nevrologi. Grunnstudiet vektlegger undersøkelsesteknikk i betydelig grad, fordi slike ferdigheter er avgjørende for å gjennomføre et klinisk resonnement og anvende nevrologisk kunnskap korrekt. Terapeutiske muligheter innen nevrologi og nevrokirurgi bør også ha en stor plass i grunnstudiet.

NNF er opptatt av at det må gis tid til å følge opp og undervise medisinstudenter ved nevrologiske avdelinger og poliklinikker i den kliniske hverdagen. Et godt tilrettelagt og interessant møte med nevrologien i avdelingene, på forelesninger og i gruppeundervisning vil føre til flere og bedre søkere til nevrologiske stillinger etter endt studium. NNF oppfordrer nevrologer til å lage gode forskningsprosjekter innen nevrologi, som kan være egnet for medisinstudenter og forskerlinjestudenter.

### 4.2 Turnustjeneste

Det har frem til i dag ikke vært mulig å avtjene noen deler av turnustjenesten ved nevrologiske avdelinger. Etter Helse- og omsorgsdepartementets forskrift fra 2012 er ikke lenger turnustjeneste obligatorisk for å få autorisasjon, men første obligatoriske del av legers spesialistutdanning. Den nye ordningen er søknadsbasert i tråd med arbeidslivets regler. Turnus for leger er som tidligere 18 måneder, med 12 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjeneste. Læringsmål og veiledning blir videreført som i tidligere.

NNF arbeider for at man skal kunne avtjene deler av turnustjenesten ved en nevrologisk avdeling. Det ligger spesielt godt til rette for dette ved de stedene hvor sykehustjenesten er tredelt. Det er foreløpig ikke åpnet opp for dette i den nye modellen, men NNF vil fremover fortsatt være en pådriver for at arbeid ved nevrologiske avdelinger også kan inngå i turnustjenesten.

### 4.3 Generelt om spesialistutdanningen i nevrologi

Målet for spesialistutdanningen i nevrologi er å utdanne spesialister som på selvstendig grunnlag skal kunne utrede, vurdere og behandle nevrologiske sykdommer. En spesialist i nevrologi skal ha tilstrekkelig kunnskap og erfaring til å gå i bakvakt på en nevrologisk avdeling med akuttfunksjon. Det forutsettes en bevisst holdning til kvalitetssikring av spesialistarbeidet slik at det utføres innenfor etisk aksepterte og faglig tilfredsstillende normer.

Den økende mengden kunnskap og behandlingsmuligheter innen de fleste medisinske fagfelt skaper behov for leger med spisskompetanse, og dette gjelder også innen nevrologi. NNF mener at en slik fordypning innen særskilte interessefelt best gjøres innenfor rammene av

spesialiteten nevrologi slik den er i dag, og at det ikke er ønskelig med noen formell subspesialisering. Vi tror på verdien av bred kunnskap og vaktkompetanse som et essensielt faglig fundament for nevrologen, i tillegg til eventuell særlig kunnskap innen et smalere område.

Nevrologi som fagfelt har de siste årene utviklet seg til i større grad å bli et akutfag. Dette innebærer økt vaktbelastning for leger i spesialisering (LIS), og mindre tid til poliklinisk virksomhet og direkte supervisjon fra overleger. I tiden framover blir det derfor viktig å prioritere tid til oppfølging av LIS, både med personlig supervisjon på sengepost eller poliklinikk, men også i form av fordypningstid og veiledning. Morgen- og røntgenmøtene har tradisjonelt sett fungert som en god arena for tilbakemelding på vaktarbeid og utveksling av erfaringer i utredning og behandling av pasienter. Det oppfordres til å opprettholde møteplasser der både LIS og overleger er tilstede. Veiledning av LIS bør foregå etter Legeforeningens mal for dette.

#### *4.4 Spesialistregler i nevrologi*

De gjeldende generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger ble vedtatt av Helse og omsorgsdepartementet i 2009 og kan leses på Legeforeningens nettsider under spesialistregler. Kravene til spesialistgodkjenning i nevrologi består i hovedtrekk av 4½ års tjeneste ved nevrologisk avdeling (sengepost/poliklinikk), hvor inntil 1 år kan erstattes av relevant sideutdanning, og i tillegg ½ års tjeneste ved nevrokirurgisk avdeling. Videre kreves det godkjent kursutdanning på til sammen 220 timer og godkjent attestasjonsskjema for utførte ferdigheter. Minst 18 måneder av tjenesten i nevrologi må utføres ved en godkjent gruppe 1-avdeling. Fullstendig beskrivelse av kravene til spesialistutdanningen i nevrologi er vedlagt (Vedlegg 2).

Spesialistreglene i nevrologi har over tid endret seg i takt med utviklingen i faget. Blant annet har attestert ferdighetsliste og kurs i psykiatri/nevropsykologi blitt obligatorisk siden forrige generalplan fra 2006. Spesialitetskomiteen i nevrologi har en sentral rolle i å overvåke spesialistutdannelsen og foreslå endringer. Helsedirektoratet overtok ansvaret for behandling av søknader om spesialistgodkjenning fra 1. oktober 2011. Oppgaven var tidligere delegert til Legeforeningen og spesialitetskomiteene. Innholdet i spesialistutdanningen i nevrologi har ikke blitt påvirket av denne endringen.

Helsedirektoratet utarbeider nå forslag til ny spesialitetsstruktur etter oppdrag fra HOD. Det kan innebære en endring av de generelle spesialistreglene. Hva dette vil innebære konkret for fagområdet nevrologi, er ikke mulig å si i dag. Spesialisteksamen i nevrologi kan være et av temaene man må være forberedt på å diskutere og ta stilling til videre framover. NNF vil arbeide for å få innflytelse på endringer som vil berøre spesialisering innen nevrologi. Vi mener også at spesialitetskomiteen fortsatt bør ha en sentral rolle i utformingen av nevrologiutdannelsen.

#### *4.5 Etterutdanning av spesialister i nevrologi*

Det har fram til i dag ikke vært noe formelt program for etterutdanning av nevrologer i Norge. Legeforeningen utarbeidet i 2001 en egen "policy" for etterutdanning av legespesialister. Her heter det at:

”Legeforeningen vil arbeide for en synliggjøring og dokumentasjon av legenes etterutdanning som ledd i livslang læring. Legeforeningen vil på nåværende tidspunkt ikke arbeide for innføring av et system med obligatorisk etterutdanning og regodkjenning av spesialister. Et norsk system for en mer formalisert etterutdanning må følge internasjonal utvikling og etableres samtidig med at dette skjer internasjonalt. Konsekvenser for legene og alle juridiske aspekter må være utredet. En formalisert etterutdanning vil bedre synliggjøre og dokumentere spesialistenes deltagelse i utdanningsaktiviteter og vil samtidig styrke legenes rettigheter til etterutdanning og ansvarliggjøre arbeidsgiverne. Legeforeningen anbefaler at helsemyndighetene, universitetene, arbeidsgiverne og Legeforeningen samarbeider om å bedre rammevilkårene og den faglige og pedagogiske tilrettelegging av legers videre- og etterutdanning.”

Med bakgrunn i dette utviklet Legeforeningen i 2007 et nettbasert verktøy (LEIF) til hjelp for å dokumentere etterutdanningen av legespesialister systematisk. Hovedpoenget med dette er at legen før årets start skal analysere sin arbeidssituasjon og identifisere behov for etterutdanning og yrkesmessig utvikling. Ut fra dette lages mål for etterutdanningen i året som kommer, og en finner frem til egnede etterutdanningsaktiviteter. Når legen lager en slik plan, bør hun eller han også forsøke å se 3-5 år fremover. Planen evalueres ved slutten av hvert år. NNF vil på sikt arbeide for mer systematisk etterutdanning i nevrologi, både når det gjelder rettigheter og plikter.

Det foregår også et arbeid internasjonalt med overnasjonal sertifisering av nevrologspesialister. NNF er i dialog med søsterorganisasjoner i utlandet angående *European Board Examination in Neurology* ([www.euems-neuroboard.org](http://www.euems-neuroboard.org)), som er en prøve som ferdige nevrologspesialister kan melde seg opp til. Denne typen eksamen har foreløpig fått liten oppmerksomhet i det norske nevrologimiljøet, men vil kunne få større betydning på sikt med økende faglig internasjonalisering.

I tillegg til generell sertifisering og etterutdanning, kan det også bli aktuelt med en mer formalisert utdanning innen bestemte nevrologiske ferdigheter. Nevrosonologi er et eksempel på et felt der flere andre land har mer strukturerte rammer omkring opplæringen enn hva vi har i Norge. NNF støtter en utvikling som sikrer høy kvalitet på de spesialiserte prosedyrene som utføres av nevrologer her i landet.

NNF oppfordrer sykehusavdelinger til å prioritere at både LIS og overleger kan delta på nasjonale og internasjonale kongresser. Dette er sentrale arenaer for fagutveksling både når det gjelder forskning og pasientbehandling. Her har muligheten for støtte fra eksterne aktører falt bort i senere år, og dette gjør det nødvendig med finansieringsordninger fra arbeidsgiver.

## **5. Forskning**

### *5.1 Internasjonale trender innen nevroforskning*

Begrepet "hjernens tidsalder" har blitt brukt om vår egen samtid. På begge sider av årtusenskiftet ble det brukt store ressurser på en multinasjonal forskningsinnsats for å

kartlegge det humane genom. Nå forventes en omfattende kartlegging av hjernen å bli det neste vitenskapelige prosjektet innen biologi og medisin av tilsvarende dimensjoner. Både USA og EU har lansert store hjerneforskningsprogrammer der det bevilges store summer over mange år for å nå ambisiøse mål. Det er derfor sannsynlig at vår grunnleggende kunnskap om hvordan hjernen fungerer vil øke betydelig i tiden som kommer.

Disse store internasjonale forskningsprogrammene vil i utgangspunktet ha sine røtter i basal neuroforskning, snarere enn klinisk neurologi. Vi tror likevel de illustrerer en tidstypisk entusiasme og nysgjerrighet knyttet til hjernens kompleksitet og sårbarhet, som vi også vil merke ringvirkninger av i vårt eget fag.

### *5.2 Forskning i norsk neurologi*

Når kunnskapsmengden øker, blir også faget vårt mer komplekst. Det krever kompetanse og innsikt å tolke forskning og omsette vitenskapelige resultater i bedret pasientbehandling. Denne kunnskapen trenger vi ved neurologiske avdelinger i Norge. Dette gjelder på flere nivåer. Dels er det viktig at den enkelte lege kan lese, forstå og anvende forskningsresultater. Videre er det et mål å ha sterke forskningsmiljøer ved norske avdelinger, som selv bidrar til å bringe vitenskapen videre, og representerer et kontaktpunkt mellom den internasjonale kunnskapsfronten og den kliniske hverdagen.

Det har i mange år vært en sterk tradisjon for tett akademisk tilknytning i norsk neurologi. Størstedelen av forskningsaktiviteten vil naturlig skje ved universitetsklinikkene. Mange av forskningsgruppene her er veletablerte på et høyt internasjonalt nivå innen sine felt. Verdifull forskning foregår imidlertid også ved mindre neurologiske avdelinger. NNF mener det er ønskelig om avstanden oppleves liten mellom de store forskningsmiljøene og det brede lag av klinikere, der begge sider kan ha mye å vinne.

### *5.3 Praktisk organisering av forskningsstillinger*

Forskning tar tid. Leger som ønsker å bygge en forskerkarriere ved siden av klinisk arbeid, vil ofte bruke mye tid på vitenskapelig arbeid før spesialiseringen i neurologi er avsluttet. I denne fasen av yrkeslivet kan det derfor bli en del motstridende interesser, skiftende arbeidsforhold og usikkerhet om fremtiden for den enkelte. Målet om høy vitenskapelig kompetanse i neurologiske avdelinger vil imidlertid ikke bli nådd dersom det ikke legges til rette for at leger kan bruke tid på både forskning og klinikk. NNF vil argumentere for at avdelinger bør vise fleksibilitet når de utformer bemanningsplaner, og ivareta det langsiktige behovet som forskningsaktivitet representerer.

Mange unge leger i neurologien involveres i forskning gjennom doktorgradsarbeid (ph.d.). Dette organiseres ofte som et treårig løp med fulltids forskning, eller noe lenger med undervisning eller klinisk arbeid ved siden av. Ph.d. har verdi både i kraft av resultatene som produseres og læringen for den enkelte kandidat. Samtidig er det verdt å merke seg at doktorgraden også kan sees som en utdanning, som fortrinnsvis skal brukes i videre vitenskapelig arbeid. Å legge til rette for forskningsaktivitet for leger utenfor professorstillinger og doktorgradsløp vil være mer krevende for den enkelte avdeling. NNF mener likevel det er viktig at dette prioriteres, både for å utvikle nye forskertalenter og for å integrere forskning tettere i den kliniske hverdagen. Det bør være mulig for både overleger og

leger i spesialisering til å kombinere klinisk arbeid med forskning etter endt ph.d., for eksempel i eksternt eller internt finansierte postdoc-stillinger.

#### *5.4 Balansen mellom forskning og klinisk kompetanse*

Samtidig som forskning er en sentral del av moderne nevrologi, bør ikke oppmerksomheten rundt det vitenskapelige bli ensporet og gå på bekostning av de praktiske, kliniske sidene ved faget vårt. I de daglige møtene med nevrologiske pasienter er det *den gode kliniker* som utgjør en forskjell. Å tilegne seg klinisk erfaring tar også tid. Egenskapene som kreves for å bli en god kliniker og en god forsker, vil ikke alltid være de samme. Alle leger bør gjennom spesialistutdanningen tilegne seg basiskunnskap om forskning og kunne lese vitenskapelige artikler med nødvendig kritisk blikk. Det bør likevel ikke være et mål at *alle* skal drive med forskning selv. Moderne nevrologi utvikler seg til et mangfoldig fag der det vil være rom og behov for mange slags leger. Rigide prinsipper som at "alle overleger skal ha doktorgrad", tror vi faget vil være lite tjent med. Noen vil ha mye å tilføre sin arbeidsplass også ved å rendyrke sine ferdigheter som kliniker, samtidig som forskningen gjøres best av de som har en sterk og genuin interesse for den. Der vitenskapelige prestasjoner er målbare og lett får oppmerksomhet og anerkjennelse, bør vi legge vekt på at også klinisk legearbeid på høyt nivå blir sett og verdsatt.

## **6. NNFs samarbeidspartnere og kontaktpunkter utad**

### *6.1 Andre spesialiteter og faggrupper*

Nevrologer er avhengige av et nært samarbeid med andre spesialister. Spesielt tett er forholdet til klinisk nevrofysiologi. Fra et faglig ståsted bør det ideelt sett være spesialist i klinisk nevrofysiologi ved alle sykehus med nevrologisk avdeling. Ved mindre sykehus utføres i dag nevrofysiologiske undersøkelser av nevrologer med praksis fra klinisk nevrofysiologisk laboratorium. Det er ønskelig at kliniske nevrofysiologer også har klinisk nevrologisk bakgrunn og at laboratoriene er knyttet nært opp mot nevrologiske avdelinger. Nevrologer og nevrofysiologer vil ha nytte av hyppige møtepunkter i arbeidsdagen, for eksempel i form av felles morgenmøter eller undervisning. Dette nære samarbeidet tilsier at NNF bør ha nær kontakt med Norsk forening for klinisk nevrofysiologi og samarbeide konkret i saker der dette er naturlig.

Moderne nevrologisk utredning og behandling er avhengig av tett samarbeid også med en rekke andre fagfelt. Sentrale samarbeidende spesialiteter er blant annet nevreradiologi, nevrokirurgi, nevropatologi, fysikalsk medisin og medisinsk genetikk. I neste rekke kan vi også nevne indremedisin, urologi, ortopedi, oftalmologi, revmatologi, geriatri, allmennmedisin og psykiatri. I ulike sammenhenger vil NNFs arbeid foregå i kontakt med andre fagmedisinske foreninger. NNF er opptatt av å ha en god og fruktbar dialog med andre spesialiteter.

Nevrologisk behandling kan ikke gjennomføres uten godt samarbeid med andre faggrupper innenfor helsevesenet. Både akutte og kroniske nevrologiske tilstander vil ofte kreve utstrakt tverrfaglig samarbeid med sykepleiere, fysioterapeuter, logopedier, ergoterapeuter,

uroterapeuter, nevropsykologer og andre. NNF vil også ha kontaktpunkter med disse faggruppens foreninger.

Det er de siste årene blitt etablert en egen toårig videreutdanning for sykepleiere i nevrofagene. Spesialkompetanse hos sykepleiere i nevrologiske avdelinger er en styrke for samarbeidet og for pasientbehandlingen og vil bidra til å holde erfarne sykepleiere i vårt fagområde.

NNF ønsker også å stimulere til kontakt mellom klinisk nevrologi og miljøer innenfor basal nevroforskning. Her mener vi begge parter vil ha mye å vinne på å samarbeide og utveksle erfaringer seg i mellom. Basalforskere vil også være naturlige samarbeidspartnere for NNF i prosjekter som handler om å formidle kunnskap om hjernen til et bredere publikum.

## *6.2 Pasientorganisasjoner og Hjernerådet*

For de fleste vanlige nevrologiske sykdommer finnes det veldrevne nasjonale pasientorganisasjoner med stor oppslutning. Disse gjør et viktig arbeid og har stor verdi for nevrologiske pasienter. Det er viktig at NNF har en god og aktiv dialog med pasientorganisasjonene.

Hjernerådet er en organisasjon som har som formål å arbeide med saker av felles interesse for alle som har befattning med hjernesykdommer og/eller studier av hjernefunksjoner. NNF er medlem av Hjernerådet, og dette er et forum der vi kommer sammen med en lang rekke pasientorganisasjoner og foreninger for ulike faggrupper.

## *6.3 Internasjonalt engasjement*

NNF engasjerer seg også utenfor landets grenser og deltar i flere internasjonale organisasjoner. En nøkkelforening i denne sammenhengen er European Academy of Neurology (EAN) hvor NNF er medlem. EAN ble formelt grunnlagt i juni 2014 ved en sammenslåing av European Neurological Society (ENS) og European Federation of Neurological Societies (EFNS). EAN blir den viktigste plattformen for NNFs samarbeid med søsterorganisasjoner internasjonalt. Den amerikanske nevrologiforeningen American Academy of Neurology (AAN) er også en viktig aktør i internasjonal nevrologi. Alle verdens nasjonale nevrologiforeninger har også et felles forum gjennom World Federation of Neurology (WFN), der også NNF er medlem. For å fremme kunnskap og fagutvikling både generelt og innen enkelttemaer i nevrologien kan NNF også samarbeide med organisasjoner som eksempelvis European Brain Council (EBC) og European Stroke Organization (ESO).

Nevrologi er et fagfelt der det er store forskjeller i behandlingstilbud i ulike deler av verden. En viktig del av NNFs internasjonale engasjement bør derfor handle om solidaritet med kolleger i land med mindre ressurser. Vi bør ha respekt for de utfordringene nevrologiske leger og pasienter møter der ressursene bare er en brøkdel av hva vi er vant til her i Norge. NNF er gjennom EAN involvert i et utvekslingsprogram med mål om å spre kompetanse til land med mindre utbygget nevrologitjeneste.



#### *6.4 Kommunikasjon med allmenhet og presse*

NNF representerer norske nevrologer utad. Vi ønsker å profilere våre medlemmer som engasjerte og dyktige leger innenfor et interessant og viktig fagfelt med stor betydning for folkehelsen. NNF ønsker å nå ut med nyttig og saklig informasjon om hjernen, nervesystemet og allment relaterte tema innen nevrologi. Det er ønskelig at NNF er synlig i media og markerer nevrologers rolle der dette er naturlig.

NNF har en egen hjemmeside knyttet til Legeforeningens nettsider og profiler på de sosiale nettstedene Facebook og Twitter. Det er et mål å holde disse sidene oppdatert med relevant informasjon både for egne medlemmer og andre som søker informasjon om vår forening.

En gang i året arrangeres Hjerneuken, som er en viktig anledning for nevrologien til å markere seg på forskjellige måter. Styret i NNF står for den nasjonale koordineringen og promoteringen. Gjennomføringen ivaretas i stor grad av de enkelte avdelinger, som avholder åpne forelesninger og arrangementer om temaer som er av allmenn interesse. NNF har nylig besluttet å styrke arbeidet med Hjerneuken ved å nedsette en dedikert komité.

#### *6.5 Helsepolitikk*

En sentral del av det daglige styrearbeidet i NNF dreier seg om å gi høringsuttalelser og delta på møter om saker som angår helsepolitiske forhold. NNF ønsker å være aktive i dette arbeidet. I saker som angår nevrologi, er det viktig at vi markerer oss som premissleverandører når politiske beslutninger fattes.

Helsevesenet står foran en rekke utfordringer, og helse står høyt på den nasjonale politiske agendaen. Vi forventer at det i kommende år vil åpnes nye debatter som i stor grad vil involvere nevrologisk praksis. Med mange nye muligheter for diagnostikk og behandling blir også valgmulighetene flere for leger, pasienter og samfunn. Mange behandlingsvalg innen vårt fag vil ha en etisk dimensjon. NNF ønsker å bidra til en bred samfunnsdebatt om sentrale etiske veivalg i helsevesenet. Samtidig er det en krevende gråsoner mot de rent faglige spørsmål, der vi vil holde på at det primære ansvaret for en medisinsk beslutning bør ligge hos legen.

Til nevrologien hører en rekke sjeldne sykdommer der nye terapeutiske muligheter nå er i ferd med å åpne seg, slik som enzymerstatning og genteknologi. Nye høyteknologiske metoder for å gjenopprette funksjon etter nevrologisk skade er også under utvikling. Mange nye behandlingsmuligheter av denne typen vil være svært kostbare for samfunnet og helsevesenet, og vi forventer et langt større press for å prioritere helsetjenester i fremtiden. NNF ønsker å bidra med en saklig og faglig stemme i debatter om prioritering. Vi mener det er viktig at helsetilbudet utformes slik at de regionale forskjellene blir minst mulig, spesielt ved særlig kostbare eller sjeldne behandlinger.

Det offentlige ordskiftet om helseøkonomi domineres ofte av enkle modeller der operasjonskøer og ventetider blir de sentrale målestokkene for produksjon og kvalitet. Denne typen debatter speiler imidlertid bare en begrenset del av helsevesenets reelle utfordringer. NNF mener at en bredere og mer nyansert virkelighetsbeskrivelse bør legges til grunn for politiske diskusjoner om helseorganisering og prioritering, der man også tar andre pasientgruppers behov med i betraktningen, slik som kronisk syke.

## 7. Avslutning

Norsk nevrologi har opplevd en stor og gledelig tilvekst av nye kolleger gjennom de siste tiårene. Dagens nevrologer kommer fra en mangfoldig bakgrunn i inn- og utland og møter et fag som blir stadig mer komplekst, der mange utviklingstrekk går i retning av oppdeling og subspecialisering. Dette kan gjøre det utfordrende å ta vare på samholdet og identitetsfølelsen i faget vårt.

NNF ønsker å være et samlingspunkt for leger i norsk nevrologi og legge til rette for både faglig og sosialt fellesskap mellom våre medlemmer. De årlige Nevrodagene står her i en særstilling og har en viktig samlende funksjon. NNF vil prioritere Nevrodagene høyt også i fremtiden. Kongressen skapes av medlemmers bidrag og deltakelse, og her har alle kolleger i nevrologien et ansvar for å slutte opp om foreningens mest sentrale arrangement.

Når medisinen og helsevesenet står foran store endringer, ønsker NNF at *nevrologen* fortsatt skal være en gjenkjennelig og tydelig fagperson, med en veldefinert rolle overfor pasienter med sykdom i nervesystemet. Våre pasienter og samarbeidspartnere bør kunne vite hva de får når de møter en nevrolog. Det er sannsynlig at kolleger med ulike særinteresser i økende grad vil tilegne seg ulik kunnskap. Like fullt bygger faget vårt på en helhetlig og overordnet forståelse av hjernens oppbygning og funksjon, mekanismene bak sykdom i nervesystemet og symptomene hos nevrologiske pasienter. Dette fundamentet gir oss muligheten til å forstå, støtte og hjelpe hverandre, på tvers av ulike fordypningsområder.

I en fremtid med mange vanskelige beslutninger, både av organisatorisk, faglig og etisk art, bør vi stå samlet som fagmiljø, argumentere sammen for pasientenes og fagets beste og fungere som korrektiv og samtalepartnere for hverandre. Nevrologien har sterke røtter, men er også i stor grad fremtidens fag. Vi som arbeider i et slikt inspirerende fagfelt, har grunn til å føle oss privilegerte.