

## **Strategiskt möte för neurologin, onsdag den 23/3 2005: Sammanfattande kommentarer och synpunkter**

### **Inledning (Jan Lycke)**

Vid senaste årsmötet för Svenska Neurologföreningen, den 7 maj 2004 i Malmö, föreslogs att styrelsen för SNF skulle kalla verksamhetschefer och akademiska företrädare för svensk neurologi till ett endagarsmöte för att diskutera neurologins strategiska frågor. Dessa berör vår disciplins ställning och avgränsning mot andra specialiteter, rekryteringen av nya läkare till neurologin, neurologins organisation samt möjligheter att i samklang med den vetenskapliga utvecklingen förändra disciplinens innehåll.

Neurologins avgränsning mot andra specialiteter har varit en återkommande fråga som i samband med revisioner av specialistutbildningen och specialiteternas indelning 1965, 1985 och nu ånyo 2003, ifrågasatt neurologin som en självständig disciplin. I den senaste utredningen ”Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter- en översyn (Socialstyrelsen 2003-107-1)” föreslås att specialiteterna indelas i bas-, gren- och tilläggs-specialiteter. Antalet specialiteter minskas enligt förslaget från 62 till 53 och antalet bas-specialiteter föreslås bli 29 stycken. Neurologin placerades efter remissvar och påtryckningar som bas-specialitet inom gruppen neurospecialiteter. Därmed infriades en viktig aspekt för neurologins vidkommande, vilken även var ett av incitamenten för utredningen, d.v.s. en harmonisering av den svenska specialistindelningen med fr.a. övriga Norden och EU. Neurologin utgör inom EU en betydande och självständig disciplin utan förankring i intern medicin. I de europeiska rekommendationerna från UEMS (europeiska föreningen för medicinska specialiteter) saknas invärtes medicin som obligatorisk randutbildning under specialistutbildningen i neurologi. Utvecklingen av disciplinen har istället lett fram till ett allt närmare samarbete mellan de olika neurospecialiteterna. I praktiken saknas starka bindningar till invärtesmedicin. I Sverige består kopplingen mot intern medicin huvudsakligen i de organisatoriska förhållanden som råder för länsneurologin. Neurologer utanför regionsjukhusen har oftast sin anställning vid intern medicinska kliniker. SNF har därför i sitt remissvar hävdat, i motsats till utredningens förslag, att det saknas skäl till att i kommande revisioner av målbeskrivningarna markera närheten till invärtesmedicin. Neurologin uppfyller alla de kriterier som man i utredningen anger som väsentliga för att avgränsa en specialitet.

- Neurologin har en kunskapsbas, som i varierande grad delas av övriga neurospecialiteter, och har ett specifikt kunskapsområde vilket gör disciplinen avgränsbar från andra specialiteter.
- Neurologin ansvarar för stora patientgrupper där de senaste årens utveckling givit upphov till nya diagnostiska och terapeutiska genombrott.
- Neurologin är en garant för att patienter med neurologiska sjukdomar får korrekt diagnos, uppföljning och behandling.

Grunden för en framtida hög kvalitet i specialistutbildningen i neurologi är att disciplinen framöver kvarstår som bas-specialitet. Detta är också en förutsättning för att kunna rekrytera nya läkare till neurologin samt till framtida forskarutbildning och forskning i neurovetenskap. I en kompletterande utredningen ”Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter- Konsekvenser för den medicinska forskningen m.m.” föreslås förändringar som skall beakta de negativa konsekvenserna som uppträder vid en förlängning av specialistutbildning med gren- respektive tilläggs-specialitet. För att minska risken för att forskarutbildningen respektive den kliniska forskningens attraktionsvärde avtar föreslås att

forskarutbildningen och ST-utbildningen till viss del integreras med varandra. Synergistiska effekter kan då uppnås. Detta ligger i linje med den utveckling som skett inom neurologin. Få discipliner har genomgått en så omvälvande utveckling under de senaste decennierna som neurologin. Exempel är den nya behandlingen av epilepsi, Parkinsons sjukdom, migrän, stroke och MS samt landvinningar inom neuroradiologin där fr.a. MR-undersökningen förbättrat diagnostiken samt möjligheten att utvärdera insatt terapi. Utvecklingen är en direkt konsekvens av nya neurovetenskapliga framsteg, den kliniska forskningen och att man inom den neurologiska specialiteten på kort tid kunnat införliva den nya kunskapen i den kliniska verksamheten.

Trots att sjukdomar som drabbar nervsystemet tillhör en av de dominerande sjukdomsgrupperna så har neurologi av historiska skäl varit en relativt liten disciplin i Sverige. I Europa är antalet neurologer/invånare betydligt fler och endast i ett fåtal länder, däribland Irland och Storbritannien, är antalet neurologer/invånare färre. Jämfört med våra nordiska grannländer är antalet neurologer ca hälften så stort/invånare. Dessutom har neurologkliniker endast funnits vid region- och universitetssjukhusen medan länsneurologer varit anställda vid intern medicinska kliniker ofta i en mer konsultativ roll. Detta har inneburit att resurserna har fokuserats på diagnostiskt svårare och ofta ovanliga tillstånd. Neurologen har varit diagnostiska "frimärkssamlare" medan stora patientgrupper inte fått ta del av neurologisk kompetens. Den "nya neurologin" med bättre diagnostiska och terapeutiska möjligheter har ställt allt större krav på neurologisk kompetens vilket även gäller akutsjukvården. Det är vår skyldighet att informera allmänheten om de nya möjligheterna som neurologin nu kan erbjuda. Tidig adekvat intervention är ofta avgörande för den fortsatta sjukdomsutveckling med förbättrade möjligheter till bibehållna funktioner och goda levnadsvillkor vilket kan få stora hälsoekonomiska effekter. Fortsatt tillväxt av disciplinen är således avgörande för att möta patienternas behov och samhällets krav på medicinsk kompetens och kostnadseffektiva insatser.

I den ständigt pågående omstruktureringen av svensk sjukvård, i jakt på ökad kontroll över stigande sjukvårdskostnader, måste nya medicintekniska utvecklingar, nya behandlingsmöjligheter och behovet av en tillfredställande arbetsmiljö vägas in. Detta gäller fr.a. discipliner som neurologi där utvecklingen är omfattande och sker med mycket hög hastighet. Det är då viktigt att värna om en mångsidig och högkvalitativ medicinsk grund-, ST- och vidareutbildning liksom att slå vakt om en framtida framstående klinisk forskning. Drastiska förändringar av utbildningen, ändrade villkor för den kliniska forskningen eller förändringar av sjukvårdsorganisationen, kan var och en för sig få oanade konsekvenser för svensk neurosjukvård.

Med detta som bakgrund finns här sammanställt de sex olika presentationerna och de synpunkter som framkom vid SNF:s strategiska möte. Ett mycket stort intresse och engagemang visades från verksamhetschefer, akademiska företrädare och från SNF:s styrelse. Varje strategisk fråga introducerades av en moderator som också ledde den efterföljande diskussionen. De prioriterade frågorna för mötet var: akutneurologi, strokesjukvård, länsneurologin, kvalitetsarbete, utbildningsfrågor och klinisk forskning. Syftet med mötet var att lyfta upp dessa kärnfrågor till en vidare diskussion, utbyta ideer och erfarenheter för att få ett nationellt helhetsgrepp. Vi får se detta som en början på ett långsiktigt förändringsarbete. Jag hoppas att denna sammanfattning kan tjäna som underlag och bli utgångspunkt för opinionsbildning och vidare arbete lokalt, regionalt och nationellt. Detta kan förhoppningsvis leda till att stärka neurologins position inom svensk sjukvård, utbildning och forskning.

Vid mötet deltog:

**Från SNFs styrelse och utskott**

Jan Lycke, ordförande

Magnus Andersson, facklig sekreterare

Peter Mattson, vetenskaplig sekreterare

Marco Brizzo, övrig ledamot

Kristina Källen, övrig ledamot

Svend Marup-Jensen, övrig ledamot, länsneurolog representant

Sten Fredrikson, ordförande SNFs utbildningsutskott

Sven Pålhagen, ordförande SNFs kvalitetsutskott

**Akademiska företrädare**

Jan Hillert, Stockholm

Bo Norrving, Lund

Lars Forsgren, Umeå

Jan Malm, Umeå

Sten-Magnus Aquilonius, Uppsala

Carsten Wikkelsö, Göteborg

Lars Rönnbäck, Göteborg

Birgitta Söderfeldt, Linköping

**Verksamhetschefer**

Lennart Persson, Göteborg

Lars-Olof Ronnevi, Stockholm

Mats Andersson, Linköping

Hans Naver, Uppsala

Irena Westergren, Lund

**Svensk Neurologi, rekryteringsläget**

**Moderator Magnus Andersson**

Färsk statistik från Svenska Läkarförbundets kansli visar att det i Läkarförbundet finns 373 medlemmar som är specialister i neurologi och under 65 år. Det motsvarar 24100 invånare per neurologspecialist, förutsatt att alla neurologerna är yrkesverksamma i Sverige. Det har inte lyckats att få fram färsk jämförande statistik från övriga Europa, men tillgängliga siffror från EFNS visar att vi är få neurologer per invånare, endast de Brittiska öarna har färre neurologer relativt sett. De övriga skandinaviska länderna förefaller ha ungefär dubbelt så många neurologer per invånare jämfört med Sverige. Åldersprofilen visar att, indelat i femårsgrupper, den största gruppen är 51-55 år (79 st). Jämfört med hela läkarkåren i Sverige är vi neurologer i medeltal något yngre så vitt jag kan se. Exakta siffror på antalet ST läkare kunde ej lämnas, men en uppskattning från närvarande kliniker visade att det finns ca 60 personer under ST utbildning i neurologi i Sverige, troligen är en för låg skattning. Vissa mötesdeltagare efterfrågade en inventering av antalet tjänster och ST-läkare, SNF får överväga detta. Jan Hillert tog upp att många neurologer arbetar inom andra specialiteter tex Rehabiliterings medicin samt inom industrin, SNF bör även se till dessa gruppers intressen.

## **Akutneurologi och stroke**

**Moderator: Bo Norrving och Jan Malm**

Akut Neurologi och Stroke är två viktiga områden inom neurologi. Grupperna omfattar stora patientkohorter och vården av dessa står inför omfattande organisatoriska och terapeutiska förändringar. Såväl Akut Neurologi som Stroke är stora processlinjer och därför också viktiga för Neurologin ur ett administrativt perspektiv. Figur 1 visar inläggningar under jourtid för några olika specialiteter.

Neurologins medverkan i den akuta strokevården varierar vid landets sjukhus. Internationellt handläggs akuta stroke i allmänhet av neurologer, och den svenska situationen där 80 % av akut stroke vårdas inom internmedicin är unik. Förvisso finns det stora beröringsfält med internmedicin kring riskfaktorer och bakomliggande/samtidiga sjukdomar, men mötet framhöll vikten att stroke skall ses som en neurologisk sjukdom med tanke på de kliniska manifestationerna och dessas betydelse i diagnostik, vård och rehabilitering. Sammantaget svarar stroke den näst största sjukdomsbördan totalt av alla sjukdomar (Olesen & Leonardi. The burden of brain diseases in Europe. Eur J of Neurol 2003;10:471-77).

Dagens neurologiska kliniker innefattar såväl akut som elektiv verksamhet. Om Neurologin förlorar de akuta patientgrupperna kommer detta att innebära problem: Blir neurologi en attraktiv specialitet? Kommer vi att kunna rekrytera nya specialister? Kan en neurologklinik utan akutverksamhet utbilda neurologspecialister? Kan en neurolog handlägga de svåra sjukdomstillstånden om denne aldrig sett de enkla (jfr att handlagt krampanfall/vara ansvarig för komplicerad epilepsi)? Blir läkare som inte haft akutverksamhet "sämre" specialister? Blir klinikerna storlek tillräcklig för att kunna säkra en stabil bemanning året runt?

Neurologins organisation och förutsättningar är olika vid utbildningssjukhus och länssjukhus. Under mötet fokuserades diskussionen främst på regionsjukhus-perspektivet, eftersom de mest genomgripande organisationsförändringarna inom akuta vården är högaktuella vid dessa enheter just nu.

Mötet uttryckte enhälligt att Neurologföreningens har en viktig roll att värna Neurologins roll i den akuta sjukvårdsverksamheten. Det övergripande målet är att det skall finnas en hög neurologisk kunskapsnivå/standard i det akuta omhändertagandet så att diagnostiska misstag minimeras och behandlingsmöjligheter tillvaratas. Logistiken skall också vara effektiv med syfte att undvika tidsfördröjning och dubbelarbete. Ett adekvat neurologiskt akutomhändertagande kan för många patienter vara avgörande för den fortsatta prognosen.

Akutläkare kommer rimligen att bli en ny tilläggspecialitet, och sannolikt bemanna akutmottagningen på såväl det stora som det lilla sjukhuset. Neurologens roll på akutmottagningen kommer därför rimligen att förändras. Mötet framhöll att det inte behöver vara en nackdel att akutläkare gör en första "grovsortering" vilket kan medföra kortare ledtider, men det är angeläget att neurologin medverkar i att ta fram gränssnitt och samarbetsformer för det fortsatta omhändertagandet. Neurologerna måste vara med i dessa diskussioner. Grundprincipen att akuta stroke-patienter skall läggas in direkt på strokeenhet (på regionsjukhusen i regel inom neurologin) är viktig att beakta. Akuta neurologiska övervakningsenheter är en viktig hörnsten i "den nya neurologin" och förväntas få ökad betydelse.

Eftersom utbildningsnivån bland akutmakare och internmedicinare sannolikt är h8gre p1 l1nssjukhus j1mf8rt med universitetssjukhus b8r Neurologf8reningen svara f8r utbildning i Akut Neurologi och Stroke. Vid m8tet diskuterades ocks1 att att neurologer b8r engageras i utvecklingsarbete kring Akut Neurologi och Stroke. Det 1r angel1get att definiera den neurologiska kompetensniv1n f8r de akt8rer som medverkar i den akuta handl1ggningen av neurologiska fr1gest1llningar. Marco Brizzi, Malm8 presenterade ett prelimin1rt f8rslag kring detta (bilaga 1), vilket fick starkt st8d av m8tet.

M8tet framh8ll att ett rimligt krav fr1n Neurologf8reningen 1r att det finns en dygnet runt bemannad jourlinje i Neurologi inom varje region. Det 1r viktigt en s1dan jourlinje optimeras f8r att ge ett bra arbetsklimat f8r s1v1l fram- som bakjour och att kompetens och utbildningsniv1 h1lls h8g f8r att jourlinjer ska f1 ett h8gt status mot angr1nsande jourlinjer i neurokirurgi, anestesiologi, internmedicin och akutmedicin. S1lunda framh8lls att i framjouren inte b8r ing1 vikarierande kandidater eller oerfarna l1kare under randutbildning. Neurologf8reningen b8r arbeta f8r ett 8kat samr1d mellan de olika universitetsklinikerna f8r att optimera jourkedjan avseende arbetsb8rda, vilka som ska ing1 i jourlinjen, hur bakjour ska st8dja framjour vid tung arbetsbelastning mm. 1ven f8r bakjouren 1r utbildningsniv1 viktig, och ett behov av kurser i Akut Neurologi och Stroke p1 postgraduate niv1 framh8lls. NIVA-klubben 1r en s1dan form av vidareutbildning d1r intresserade neurologer, neurokirurger och neuroanestesiologer 1rligen tr1ffas f8r att diskutera.

### **Sammanfattning**

- Akut neurologi och stroke 1r viktig verksamhet f8r en universitetsklinik i Neurologi. Neurologf8reningen b8r arbeta f8r att denna verksamhet stadf1sts och utvecklas.
- Neurologf8reningen b8r samverka med Akutl1karf8reningen f8r att best1mma nationella gr1nssnitt mellan specialiteterna och samordna utbildning.
- Marco Brizzis f8rslag till kompetensniv1er b8r diskuteras, redigeras och eventuellt bli ett officiellt dokument i Neurolog- och Akutl1karf8reningarnas regi.
- Neurologf8reningen b8r arbeta f8r att det finns en dygnet runt bemannad jourlinje i Neurologi inom varje region.
- Neurologf8reningen b8r arbeta f8r att skapa vidareutbildning i Akut Neurologi anpassad f8r s1v1l fram- som bakjour.
- Neurologklinikerna b8r skicka representanter till de 1rliga NIVA-klubbsm8tena.

### **Svensk L1nsneurologi**

#### **Moderator Svend Marup Jensen**

Svend beskrev den l1nsneurologiska verksamheten som heterogen: fr1n sjukhus med en neurolog till st8rre enheter med 6-7 specialister. Generellt 1r den neurologiska verksamheten underlagt internmedicinska kliniker vilket i n1gra fall fungerar bra men i m1nga fall ger anledning till m1nga konflikter och missf8rst1nd. Verksamhetsf8retr1dare f8r internmedicin ser oftast felaktigt neurologin som en internmedicinsk subspecialitet och kunskapen om neurologins s1regenhet och speciella arbetsformer saknas i n1gra fall. Att neurologer inte kan delta i internmedicinska jourverksamheten ger p1 n1gra st1llen anledning till att neurologer inte uppfattas som likv1rdiga deltagare i klinikens verksamhet. Man delar sin tid mellan akutverksamhet, konsultationsverksamhet och vanlig neurologmottagning. Behovet

överskrider oftast tillgången på tid, många kommer i svåra prioriteringsfrågor och tvingas välja bort vissa sjukdomsgrupper, stroke och demenssjukdomar är exempel. Det är viktigt att tjänstgöring inom länsneurologisk verksamhet ingår som obligatorisk del i ST-utbildningen inom neurologi - även för ST-läkare på regionkliniker. Mötet anser att det finns för få länsneurologer, att deras arbetsuppgifter bättre ska definieras, och att utbytet med regionklinikerna ska underlättas vad gäller deltagande i forskning, fortbildning osv. Marco föreslog att länsneurologen ska delta i processer men inte behöva göra allt praktiskt arbete. Man efterfrågade statistik över tillgång av länsneurologer.  
Svend Marup-Jensen

## **Kvalitetsarbete inom svensk neurologi**

### **Moderator Sven Påhlhagen**

SNF vill tydliggöra och värna om en *god neurologisk vård* för alla på lika villkor vilket betyder en vård kännetecknad av hög standard avseende *kompetens, tillgänglighet* och *kontinuitet* för alla medborgare. Detta är det yttersta kvalitetsmålet för all hälso- och sjukvård och eftersträvas kunna genomföras inom övergripande prioriteringar och ekonomiska ramar. En neurologisk vård där hela tiden strukturförändringar och ekonomiska nedskärningar balanseras mot en strikt konsekvensbeskrivning utifrån vårdens innehåll och kvalitet ställt emot beskrivna behov och möjligheter. Detta kräver att det finns system för planering, utförande, uppföljning och fortlöpande utveckling av kvaliteten i verksamheten.

SNF har i skriften *Neurologi 2000* ställt samman ett policydokument med förutom handlingsprogram för de främsta neurologiska diagnoserna även innefattande tydliga och brukbara *kvalitetsindikatorer*. Dessa är viktiga för att kunna avläsa förändringsprocessen i hälso- sjukvården med förutsättningar som förändras fortlöpande. I Läkaresällskapets Prioriteringskommitté har SNF deltagit som en av föreslagna specialitetsgrupper i framtagandet av en nationell matris till stöd för *vertikal prioritering*, dvs. inom diagnos- eller närliggande diagnosgrupper. Inom föreningen råder samstämmighet att utformning av och innehållet i den efterföljande konsekvensbeskrivningen är avgörande för det fortsatta faktiska prioriteringsarbetet.

I satsningen på kvalitetsfrågor avser SNF samverka med stöd till uppbyggnad av system för kontinuerlig kvalitets- och resultatuppföljning. En verksamhetsuppföljning som kan beskriva både vårdprocesser och dess resultat och som kan bli föremål för medicinsk revision enligt en modell som finns under utarbetande inom Enheten för Medicinsk Kvalitetsrevision (EMK), en nyetablerat gemensamt organ för Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet som ersatt det tidigare Medicinska Kvalitetsrådet.

I det fortsatta kvalitetsarbetet avser SNF aktivt samarbeta med EMK samt med Socialstyrelsen för stöd till pågående men också till utveckling av nya nationella kvalitetsregister inom neurologisk sjukvård.

## **Aktuella utbildningsfrågor inom neurologi**

### **Moderator Sten Fredrikson**

Utbildningsfrågor får allt större uppmärksamhet på alla nivåer – grundutbildning, ST-utbildning och vidareutbildning av specialister. Den kraftigt ökande kunskapsmassan inom neurologin behöver spridas effektivt och anpassas till olika mottagares behov. Det har även uppmärksammats (Eur J Neurol 2003;10:471-477) att sjukdomar i nervsystemet står för cirka en tredjedel av "burden of disease" i europeisk sjukvård, varför utbildningsresurser bör ställas i proportion till detta.

Inom **grundutbildningen** i neurologi vid Sveriges universitet används nu en gemensam lärobok och det finns ett gemensamt core curriculum som är utarbetat tillsammans av kursansvariga på de olika studieorterna. Detta core curriculum i neurologi publicerades nyligen i Läkartidningen (2004;101:2261-63). Det pågår studieplansförändringar på flera studieorter i landet och det är därför viktigt att ha definierat vad som kan anses vara minimikrav på omfattning av grundutbildningen i neurologi. På europeisk nivå pågår arbete med att definiera minimistandard för grundutbildning i neurologi och där anges minst fem veckors kurstid, 72 timmars undervisningstid och minst 14 egna patienter som täcker de vanligaste stora sjukdomsområdena.

Inom **ST-utbildningen** i neurologi finns flera frågor som bearbetas. Innehållet i specialistutbildningen följer nu den svenska Utbildningsboken som finns tillgänglig sedan flera år. I ett försök att harmonisera eller standardisera den europeiska neurologutbildningen har ett core curriculum för specialisttjänstgöring utarbetats och kommer att publiceras i Eur J Neurol senare i år. Ur innehållet kan noteras att fem års utbildning efter legitimation, varav 36 månader neurologi är minimitid och att 200 timmars kurstid föreslås. Detta dokument kan ses som en ramrekommendation, men nationella utbildningsplaner lär även fortsättningsvis förekomma. Vid senaste mötet för europeisk specialistutbildning i neurologi diskuterades "superspecialisering" inom

ex epilepsi, rörelserubbningar etc. Den dominerande åsikten är att ST-utbildningen ska vara så neurologiskt bred som möjligt. "Superspecialisering" kan ske när man är specialist.

Det har varit svårt att hitta en optimal lösning för utvärdering av ST-läkare och ST-läkarutbildningen. Kontinuerlig utvärdering under utbildningstiden används i många länder, med så kallade logg-böcker där alla patienter som handlagts noteras av ST-läkaren inför regelbunden genomgång med handledare. Detta system anses ha fördelen att ST-läkaren tydligt kan påvisa om han/hon inte fått möjlighet att se en viss del av neurologin. Vid rundfrågning i Sverige visar sig detta system inte vara systematiskt genomfört på någon av universitetsorterna.

Beträffande sidoutbildning föreslås att viss flexibilitet kan tillåtas inom de tidigare rekommenderade tidsramarna. I ett europeiskt perspektiv är det viktigt att notera att invärtesmedicin är frivillig sidoutbildning, och fokus ligger istället på angränsande neurospecialiteter.

Inom **vidareutbildning** av specialister diskuteras om CME-system ska införas. Det anses vara en nationell angelägenhet och stora variationer förekommer mellan olika länder i Europa. Det har framförts att CME-systemet kan vara till hjälp för enskilda läkare att påvisa behovet av att få delta i utbildningsaktiviteter. I England har man infört ett mycket komplicerat utvärderingssystem av specialister med årlig genomgång av läkares aktiviteter och vart femte

år sker ”recertification”. Ett sådant system kräver stora personella och ekonomiska resurser och nyttan (cost-benefit) är inte klarlagd.

## **Klinisk Forskning**

### **Moderator Lars Forsgren**

Lars Forsgren inledde med en kort översikt, bl. a. över vilka organ som har ansvar, inklusive finansiering, av forskning. Offentlig sektor i form av stat, landsting svarar delvis för basfinansieringen. Därtill kommer Vetenskapsrådet och statliga stiftelser och myndigheter såsom Vårdalstiftelsen, VINNOVA, FAS och Formas. SBU och Socialstyrelsen finansierar delvis sammanställningar och etablerandet av vetenskapliga register (kvalitetsregister). En ökande andel av forskningsfinansieringen kommer från övriga externa anslagsgivare - lokala/nationella/internationella stiftelser och fonder. En speciell form av forskning är uppdragsforskning, främst i form av kliniska prövningar.

Begreppet ”klinisk forskning” berördes. Vad som menas med klinisk forskning finns inte officiellt definierat. Man kan dock säga att klinisk forskning är detsamma som patientnära forskning. Detta kan beskrivas som forskning som utgår från sjukdomar och som kräver patientmedverkan. Forskning som görs utan att patienten medverkar i någon fas av forskningsprocessen är inte att betrakta som klinisk forskning, även om denna forskning i ett längre perspektiv kan få klinisk betydelse.

Finns ett avtagande intresse för klinisk forskning? Det vet vi inte. Situationen kan säkert vara olika på olika ställen. I de fall där ett avtagande intresse finns kan det bero på bristande incitament (lön, status, meritvärde), att man inte ser värdet av klinisk forskning, ökade krav inom yrkes- och privatlivet, samt att det ökande inslaget av grundforskning i den kliniska forskningen medför en del problem (även om mix av grund- och klinisk forskning i sig är en positiv utveckling).

Hur kan den kliniska forskningen inom neurologi optimeras så att fler vill bli och förbli forskande neurologer som bidrar till ny kunskap och förbättrad neurologisk sjukvård? Viktigt för detta är att lyfta fram den kliniska forskningen som en naturlig del av neurologin – åtminstone inom all universitetssjukhusbaserad neurologi men även i viss mån inom länsneurologi. Klinisk forskning och förväntningar på deltagande i denna bör lyftas fram vid anställningsintervjuer och i återkommande utvecklingssamtal. En anpassning av mål och förväntningar bör göras till den enskilde individens situation. Begränsande faktorer i form av tid, fysiskt utrymme, ekonomi mm bör identifieras. De akademiskt anställda kliniska forskarna med handledande funktion bör årligen träffas för att på olika sätt utveckla/underlätta den kliniska forskningen inom neurologi. Birgitta Söderfeldt underströk behovet av träffar enligt ovan.

Ett problem är att forskarutbildningen för många blir aktuell ganska sent, efter en lång grund- och specialistutbildning. Jan Lycke berättade att det finns signaler om att försöka integrera specialist utbildningen och forskarutbildningen och så att forskarutbildning därigenom tidigareläggs. Sten-Magnus Aquilonius och Jan Hillert påpekade att det idag finns möjlighet till forskar-AT och forskar-ST som är bra alternativ för att möjliggöra forskning redan under utbildningstiden.

## **Sammanfattning, slutsatser**

### **Moderator Jan Lycke**

Mötet avslutades med sammanfattande kommentarer och en övergripande diskussion. Det framhölls att det är viktigt att nu gå vidare och att detta sker på flera fronter. Mötet kan ses som en utgångspunkt för vidare diskussion och opinionsbildning lokalt vid den egna kliniken, institutionen, i sjukvårdsregionen och i olika nationella sammanhang. Målet är att stärka neurologins ställning inom svensk sjukvård, utbildning och forskning. Det framhölls att det är viktigt att svensk neurologi finns representerad och får inflytande i olika organisationer och grupperingar där beslut tas och resurser fördelas. Ett sådant forum är t.ex. Hjärnfonden där ytterligare neurologisk representation är önskvärd. Vidare bör det etableras bättre samverkan med övriga discipliner inom neurosjukvård, rehabiliteringsmedicin och med handikapporganisationer för att skapa opinion och lyfta upp neurosjukvårdens och neurovetenskapens roll och värde.

Vad kan då konkret lyftas fram från mötet?

- Det råder bred enighet om att vi inom neurologin måste aktivt arbeta vidare med de strategiska frågorna.
- Neurologin måste slå vakt om och utveckla sin roll inom stroke och akutneurologi. Ett akutneurologiskt nätverk skall etableras.
- Länsneurologernas kontaktytor och utbyte med universitets- och regionsjukhusen bör ökas. Bemanningen ökas och arbetsinnehållet bör inriktas mer på neurologins kärnområden.
- Kvalitetsarbetet bör fortskrida och kvalitetsregister etableras som en naturlig del i svensk neurosjukvård.
- Utbildningen är en av hörnpelarna för att disciplinen skall utvecklas vidare och attrahera nya läkare och forskare. Hög kvalitet och hög internationell standard måste eftersträvas. Detta gäller på såväl grund-, ST- och vidareutbildningsnivå.
- Den kliniska forskningen spelar stor roll såväl för att vidareutveckla disciplinen som att attrahera nya medarbetare till neurologin. Den snabba utvecklingen inom neuroområdet har delvis varit en effekt av att nyvunnen kunskap snabbt kan etableras i kliniken. Det är viktigt att möjligheterna och resurserna skapas för att även framöver integrera forskningsverksamhet och kliniskt arbete.

Detta dokument får tjäna som ett arbetsmaterial där det går att hämta information, goda ideer och synpunkter som kan komma att användas för opinionsbildning och vid strategiska överväganden. Mötet är också en gemensam manifestation där företrädare för neurologin givit uttryck för vilka frågor som har störst dignitet och i vilken riktning vi skall kraftsamla. Det är vår förhoppning att vi långsiktigt kan förbättra neurologins ställning i Sverige. I detta arbete behöver vi allas hjälp!

Göteborg 2005-04-29

Jan Lycke, ordf. SNF