

---

# Misvisende om kunnskapsgrunnlaget for MS-behandling

---

## DEBATT

KJELL-MORTEN MYHR

[kjell-morten.myhr@helse-bergen.no](mailto:kjell-morten.myhr@helse-bergen.no)

Kjell-Morten Myhr er professor i Nevrologi ved Universitetet i Bergen og overlege ved Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus. Han er senterleder for NorTrials hjernehelse og nestleder for Neuro-SysMed (forskningscenter for klinisk behandling). Han er medlem i Sykehusinnkjøps MS-spesialistgruppe og faglig leder i arbeidsgruppen knyttet til nasjonal faglig retningslinje for diagnostikk og behandling av multipel sklerose i regi av Helsedirektoratet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt midler til studier fra Klinbeforsk, Forskningsrådet, Horisont Europa og Helse Vest, konsultasjonshonorar fra Alexion, forelesningshonorar fra Novartis og Lundbeck og har deltatt i kliniske studier ved Haukeland universitetssjukehus organisert av Sanofi, Biogen, Roche og Otivio.

ØIVIND TORKILDSEN

Øivind Torkildsen er professor i nevrologi ved Universitetet i Bergen og overlege ved Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus. Han er koordinator for MS-fagnettverket i NorTrials hjernehelse og medlem i arbeidsgruppen knyttet til nasjonal faglig retningslinje for diagnostikk og behandling av multipel sklerose i regi av Helsedirektoratet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt midler til studier fra Klinbeforsk, Forskningsrådet og Horisont Europa, forelesningshonorar fra Teva, Roche, Novartis, Sanofi, Merck og Biogen samt rådgivningshonorar (advisory board) fra Merck. Han er medlem av Medlem av Nordic Neuroimmunology Merck Meeting, koordinator for EBV-MS i Horizon Europe og har deltatt i/koordinert kliniske studier ved Haukeland universitetssjukehus organisert av Sanofi, Biogen, Roche og Otivio.

---

## I Rognes debattinnlegg blir både vårt kronikkbudskap og kunnskapsgrunnlaget om effekt av MS-behandling og prognose fremstilt på en misvisende måte.

Vi støtter en åpen og kritisk faglig diskusjon om behandling av både multippel sklerose (MS) og Alzheimers sykdom. Det aktuelle debattinnlegget i Tidsskriftet [\(1\)](#) bidrar dessverre ikke til dette, fordi Rogne fremstiller vår kronikk i Dagens medisin [\(2\)](#) på en misvisende måte, både når det gjelder budskapet og kunnskapsgrunnlaget om effekt av MS-behandling og prognose. Dette er alvorlig, fordi det kan gi personer med MS inntrykk av at behandling ikke virker, og samtidig kan det villedde fastleger og nevrologer som har behandlingsansvar. Rognes debattinnlegg kan derfor ikke passere uten en oppdatering av kunnskap om MS-behandling og betydningen av kliniske studier i utvikling av ny behandling.

*«Det kan gi personer med MS inntrykk av at behandling ikke virker, og samtidig kan det villedde fastleger og nevrologer som har behandlingsansvar»*

---

## Feil i beskrivelse av innhold

I vår kronikk beskriver vi 30 års utvikling av MS-behandling, der tidlige moderate fremskritt har blitt fulgt av store terapeutiske gjennombrudd. Vi gir ingen anbefalinger om nye legemidler mot Alzheimers sykdom, og vi presiserer tydelig at den foreløpige effekten er begrenset og at mer forskning er nødvendig. Vi hevder heller ikke at dagens behandling av Alzheimer sykdom representerer et paradigmeskifte, men at den kan gi et håp for fremtiden. Samtidig erkjenner vi at enkelte personer med MS fortsatt opplever gradvis forverring og symptomer som ikke fullt ut kan lindres.

---

## Feil om effekten av MS-behandlinger

Rogne viser til UpToDate som støtte for påstanden om at de tidligste sykdomsmodifiserende MS-behandlingene ikke reduserer funksjonsnedsettelse. Dette er feil. UpToDate understreker at behandlingseffekt avhenger av sykdomstype, tidspunkt for behandlingsstart og valg av legemiddel. Med dette utgangspunktet er det godt dokumentert at selv den første MS-medisinen – interferon  $\beta$  – bremser funksjonstap og reduserer dødelighet [\(3–5\)](#).

Rogne hevder også at nyere og mer effektive behandlinger har kun begrenset effekt, noe som ikke stemmer. Selv om ingen behandling kurerer MS, viser forskning tydelig at tidlig og høyeffektiv behandling forsinker overgangen til

sekundær progressiv sykdom og reduserer permanent funksjonstap. Vi har selv dokumentert dette i studier der dagens strategi med tidlig høyeffektiv behandling ble sammenlignet med tidligere eskaleringsstrategier, hvor man startet med lavere effektive behandlinger og byttet til mer effektive ved sykdomsforverring (6). Tilnærmingen med tidlig høyeffektiv behandling reduserte risikoen for nye MS-attakker og lesjoner vist på magnetisk resonanstomografi (MR) med rundt 75–80 %, samtidig som funksjonstapet ble bremsset (6).

**«Selv om ingen behandling kurerer MS, viser forskning tydelig at tidlig og høyeffektiv behandling forsinker overgangen til sekundær progressiv sykdom og reduserer permanent funksjonstap»**

Rogne har rett i at personer med MS har redusert forventet levetid, men det er misvisende å hevde at behandling ikke har innvirkning på levetiden. Det kreves riktignok lang oppfølgingstid for å kunne vurdere effekten av de nyeste behandlingene, men flere studier, inkludert våre egne, indikerer tydelig effekt også på overlevelsen (3–5, 7–9). Forskjellene i forventet levetid mellom personer med MS og normalbefolkningen blir mindre, særlig hos dem som får tidlig diagnose og høyeffektiv behandling.

---

## Kliniske studier gir tidlig tilgang til ny behandling

Rogne problematiserer også vår og norske nevrologers deltakelse i kliniske studier initiert av legemiddelindustrien. Slike studier har imidlertid vært avgjørende for at norske personer med MS har fått tidlig tilgang på nye behandlinger, lenge før de ble en del av standardbehandlingstilbudet. Erfaringer fra dette arbeidet gjorde blant annet at vi i Norge tok i bruk B-celledepleksjon med rituksimab ti år før okrelizumab ble godkjent for bruk ved MS. Disse erfaringene har også bidratt til at norske nevrologer har utviklet en av verdens mest offensive behandlingsstrategier for MS i regi av Helsedirektoratet (10). Denne inkluderer også benmargstransplantasjon, selv om behovet for denne behandlingen er blitt mindre etter at mer effektive medisiner er kommet til.

Debattinnlegget inneholder i tillegg personrettede karakteristikk og insinuasjoner om inhabilitet og faglig integritet. Dette bidrar ikke til å belyse de medisinske problemstillingene som diskuteres. En meningsfull debatt må bygge på dokumentasjon og etterprøvbare faglige argumenter – ikke antydninger om personlige motiver.

Selv om MS-behandlingen har gjennomgått en revolusjon de siste 30 årene, er det fortsatt udekkede behov. Dette gjelder i enda større grad innen Alzheimerfeltet. Nettopp derfor er det viktig at faglig uenighet uttrykkes presist, nyansert og kunnskapsbasert, slik at vi bidrar til utvikling av bedre behandling og ny kunnskap.

---

## LITTERATUR

1. Rogne S. Dysfunksjonelt etisk regelverk. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0594. [CrossRef]
2. Myhr KM, Torkildsen Ø. Fra MS-revolusjonen til Alzheimer: En ny æra for behandling. Dagens Medisin 27.3.2025. <https://www.dagensmedisin.no/alzheimers-sykdom-ms-multippel-sklerose/fra-ms-revolusjonen-til-alzheimer-en-ny-aera-for-behandling/680859> Lest 12.1.2026.
3. Ng HS, Zhu F, Kingwell E et al. Disease-Modifying Drugs for Multiple Sclerosis and Association With Survival. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm* 2022; 9: e200005. [PubMed][CrossRef]
4. Kingwell E, Leray E, Zhu F et al. Multiple sclerosis: effect of beta interferon treatment on survival. *Brain* 2019; 142: 1324–33. [PubMed][CrossRef]
5. Goodin DS, Reder AT, Ebers GC et al. Survival in MS: a randomized cohort study 21 years after the start of the pivotal IFN $\beta$ -1b trial. *Neurology* 2012; 78: 1315–22. [PubMed][CrossRef]
6. Norborg H, Aarseth JH, Mannseth J et al. Effect of early highly effective treatment compared to an escalating treatment strategy in multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord* 2025; 103: 106702. [PubMed][CrossRef]
7. Sumelahti ML, Verkko A, Kytö V et al. Stable excess mortality in a multiple sclerosis cohort diagnosed 1970-2010. *Eur J Neurol* 2024; 31: e16480. [PubMed][CrossRef]
8. Willumsen JS, Grytten N, Aarseth J et al. Mortality and cause of death in multiple sclerosis in western Norway 1950-2021: a registry-based linkage study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2022; 93: 1154–61. [PubMed][CrossRef]
9. Lunde HMB, Assmus J, Myhr KM et al. Survival and cause of death in multiple sclerosis: a 60-year longitudinal population study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2017; 88: 621–5. [PubMed][CrossRef]
10. Helsedirektoratet. Multippel sklerose - Nasjonal faglig retningslinje. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/multippel-sklerose> Lest 12.1.2026.

---

Publisert: 14. januar 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0005

Mottatt 4.1.2026, godkjent 12.1.2026.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.