av pasientene. Medikamentene tolereres ofte godt (2), og ved rett risikostratifisering kan en med rett valg av legemiddel med rimelig sikkerhet unngå alvorlige komplikasjoner. Denne utviklingen fortsetter og forandrer sannsynligvis i stor grad framtidsutsiktene for pasienter med MS.

Det er ikke foretatt noen placebokontrollert studie av HSCT, og heller ikke noen sammenlignende studie mot etablert behandling. Siden etablerte monoklonale antistoffer har betydelig effekt, må en slik studie inkludere mange pasienter for å avklare om HSCT er bedre eller dårligere. Frykten for komplikasjoner ved HSCT har så langt hindret dette. Observasjonsstudiene viser lovende resultater for pasienter med svært aktiv attackpreget MS (3). Disse er imidlertid små og mangler kontrollgruppe, og resultatene er derfor beheftet med betydelig usikkerhet. De gir ikke svar på om HSCT er mer effektiv eller har færre bivirkninger enn etablert behandling. Videre har vi sikker informasjon fra mange års oppfølging av tusenvis av pasienter om at risikoen ved etablert behandling er liten, og sannsynligvis lavere enn ved HSCT – selv om dødeligheten ved HSCT nå er lav.

I denne situasjonen kan vi ikke se at det er etisk riktig å tilby HSCT framfor etablert behandling. Vi opplever imidlertid at enkelte pasienter med attackpreget MS fortsetter å ha alvorlige angrep til tross for optimal behandling. Vi arbeider derfor aktivt for å tilby HSCT til disse pasientene, og har allerede begynt å få noe erfaring med dette ved Haukeland universitetssykehus. Vi ønsker å gjøre dette på en måte som bidrar til økt kunnskap om denne behandlingsformen, slik at vi kan gi best mulig tilbud til våre pasienter.

Trygve Holmøy
trygve.holmoy@medisin.uio.no
Kjell-Morten Myhr
Lars Bø

Trygve Holmøy (f. 1960) er overlege og professor ved Nevrologisk avdeling, Akershus universitetssykehus, og sitter i referansegruppen for Nasjonal kompetansetjeneste for multipel sklerose.

Kjell-Morten Myhr (f. 1963) er professor og overlege ved Nevrologisk avdeling Haukeland universitetssykehus. Han er registeransvarlig og tidligere leder for Nasjonal kompetansetjeneste for multipel sklerose.

Lars Bø (f. 1964) er overlege og professor ved Haukeland universitetssykehus og leder av Nasjonal kompetansetjeneste for multipel sklerose.

Interessekonflikter: Forfatterne har mottatt kompensasjon for deltakelse i klinisk utprøving av legemidler, forskningsstøtte, forelesningshonorar eller reisestøtte fra Allergan, Amgen, Bayer Pharma, Biogen Idec og Genzyme/Sanofi Aventis, Merck Serono eller Teva, og har eller har hatt tillitsverv i MS-forbundets fagråd, Multiple Sclerosis International Federation (MSIF), European Academy of Neurology (EAN) Subspecialty Scientific Panel of Multiple Sclerosis, eller European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis (ECTRIMS).

Litteratur

1. Rogne S. Uetisk av nevrologene ikke å tilby pasienter med multipel sklerose cytostatikabehandling med autolog stamcellestøtte. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1931–2.
2. O'Connor PW, Oh J. Disease-modifying agents in multiple sclerosis. Handb Clin Neurol 2014; 122: 465–501.
3. Burman J, Iacobaeus E, Svenningsson A et al. Autologous haematopoietic stem cell transplantation for aggressive multiple sclerosis: the Swedish experience. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2014; 85: 1116–21.

S. Rogne svarer:

Multipel sklerose (MS) er en alvorlig sykdom hvor gjennomsnittlig levetid er redusert med 8–10 år (1, 2). Jeg og mange MS-pasienter ønsker derfor den mest effektive behandlingen, HSCT, som kan stoppe sykdommen (3, 4) og som ikke er farligere enn de mest effektive bremsemedisinene. Bremsemedisinene påfører de

aller fleste uttalte livskvalitetssenkende bivirkninger (5, 6) og kan ikke stoppe sykdommen. Det er også usikkert om de reduserer fremtidig funksjonstap (7, 8). Dette gjenspeiles i Holmøy og nevrologkollegaenes beskrivelse av bremsemedisinens nåværende og fremtidige egenskaper, der de bruker ord som «sannsynligvis», «i stor grad», «stabilisere», «kan» og «en betydelig andel». MS-pasienter risikerer hele tiden invalidiserende angrep, og når bremsemedisinene har så usikker effekt og så store bivirkninger, er HSCT et soleklart førstevalg for mange. Hematologene, som utfører HSCT, ønsker at flere får behandlingen, men nevrologene holder igjen.

Nevrologenes sterke preferanse for bremsemedisinene mener jeg skyldes påvirkning fra legemiddelfirmaene som produserer disse. Legemiddelfirmaene samarbeider tett med nevrologene, finansierer deres studier av sine bremsemedisiner, og kan påvirke forsknings- og behandlingsvalg. Nevrologene opplyser i sitt svar at de ikke har forsket på HSCT fordi det ikke har lyktes å skaffe finansiering. Problemstillingen illustreres av de oppgitte interessekonfliktene i nevrologenes svar.

MS-forbundet og MS-pasientene har ikke registrert at norske nevrologer har vært pådrivere for HSCT eller for finansiering av HSCT. For å få fortgang i etablering av HSCT, har seksjonsoverlegen ved hematologisk seksjon (Haukeland) bedt Kunnskapssenteret om en metodevurdering. Til tross for bremsemedisinens betydelige livskvalitetssenkende bivirkninger, har nevrologene utført svært få studier for å belyse dette. Jeg mener uttalelsen «Medikamentene tolereres ofte godt» viser at nevrologene bagatelliserer bremsemedisinens bivirkninger. Opptil 45 % av MS-pasientene klarer ikke å bruke etablert bremsemedisinbehandling (9–11).

Behandling med monoklonale antistoffer har ikke vist tilnærmet like god behandlingseffekt som HSCT (4). Studier på HSCT har alltid manglet finansiering, og antallet HSCT-behandlede er derfor begrenset. Det er ikke utført observasjonsstudier på HSCT av MS-pasienter med kortvarig sykdom og lav til moderat sykdomsaktivitet. Nevrologene kan derfor ikke argumentere mot at disse får HSCT med den begrunnelsen at MS-pasienter med kortvarig og hissig sykdom har best effekt. Det er godt mulig at MS-pasienter med kortvarig sykdom og lav til moderat sykdomsaktivitet har best effekt av HSCT.

Dagens etablerte bremsemedisinbehandling er av gode grunner ikke godt etablert. Jeg er uenig i nevrologenes begrunnelser for å HSCT-behandle kun fem til ti MS-pasienter årlig. Omtrent 350 personer får MS hvert år i Norge. HSCT peker seg ut som den klart beste behandlingen, og helsemyndighetene må snarest mulig legge til rette for at langt flere kan få HSCT. HSCT er langt rimeligere enn bremsemedisinbehandling, og vil antakelig også gi store samfunnsøkonomiske besparelser. Jeg mener nevrologenes behandlingspraksis gavner legemiddelfirmaene på bekostning av MS-pasientene og de regionale helseforetakene som betaler for bremsemedisinene.

Sigbjørn Rogne
Sigbjorn.Rogne@unn.no

Sigbjørn Rogne (f. 1965) er spesialist i fordøyelsessykdommer og i geriatri og arbeider som rådgivende lege ved Legeavdelingen, Medisinsk klinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Interessekonflikter: Han har selv multipel sklerose.

Litteratur

1. Myhr K, Beiske AG, Celius EG et al. Nasjonale faglige retningslinjer for diagnostikk, attack- og sykdomsmodifiserende behandling av multipel sklerose. Nasjonale faglige retningslinjer 2011: 18.
2. Scalfari A, Knappertz V, Cutter G et al. Mortality in patients with multiple sclerosis. Neurology 2013; 81: 184–92.
3. Berner I. Stamcellstransplantasjon gjorde Ida fri frå MS. Sveriges radio 2013.
4. Burman J, Iacobaeus E, Svenningsson A et al. Autologous haematopoietic stem cell transplantation for aggressive multiple sclerosis: the Swedish experience. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2014; 85: 1116–21.
5. Baldo BA. Side effects of cytokines approved for therapy. Drug Saf 2014; 37: 921–43.

>>>

6. Glanz BI, Musallam A, Rintell DJ et al. Treatment satisfaction in multiple sclerosis. *Int J MS Care* 2014; 16: 68–75.
7. Molyneux PD, Kappos L, Polman C et al. The effect of interferon beta-1b treatment on MRI measures of cerebral atrophy in secondary progressive multiple sclerosis. *European Study Group on Interferon beta-1b in secondary progressive multiple sclerosis. Brain* 2000; 123: 2256–63.
8. Rovaris M, Comi G, Rocca MA et al. Short-term brain volume change in relapsing-remitting multiple sclerosis: effect of glatiramer acetate and implications. *Brain* 2001; 124: 1803–12.
9. Portaccio E, Zipoli V, Siracusa G et al. Long-term adherence to interferon beta therapy in relapsing-remitting multiple sclerosis. *Eur Neurol* 2008; 59: 131–5.
10. Klauer T, Zettl UK. Compliance, adherence, and the treatment of multiple sclerosis. *J Neurol* 2008; 255 (suppl 6): 87–92.
11. Twork S, Nippert I, Scherer P et al. Immunomodulating drugs in multiple sclerosis: compliance, satisfaction and adverse effects evaluation in a German multiple sclerosis population. *Curr Med Res Opin* 2007; 23: 1209–15.

Re: Fortsatt stor mangel på turnusplasser

I denne artikkelen blir vi fortalt at i underkant av 500 søkere ikke hadde fått turnusplass per september 2014 (1), men mangelen på turnusplasser er ikke så stor som man her kan få inntrykk av. 220 av søkerne på turnusstilling med oppstart høsten 2014 hadde eksamen fra før 2014 (2). Dette etterslepet kommer til å bli redusert med årene. Det har i mange år vært ventetid på gjennomføring av turnustjenesten, og dette var en av begrunnelsene til å endre til søknadsbasert turnustjeneste. Av de 474 søkerne som ikke fikk turnusplass, var det 73 søkere som også hadde søkt i tidligere søknadsrunder. Av disse var åtte søkere med norsk utdanning og 41 med norsk

nasjonalitet. Men det var bare seks kvalifiserte søkere som ikke var i relevant helsefaglig arbeid pr. 1.9.14 (2).

Det er ikke lenger krav om turnustjeneste for å bli ansatt i legestilling i Norge. Det er derfor feil å påstå at halvparten av medisinerstudentene står uten turnusplass i september. En turnuslege er ikke student, men autorisert norsk lege, som kan velge mellom en rekke legestillinger i påvente av turnusstilling. Min konklusjon er derfor at sykehusene bør prioritere å opprette flere stillinger for leger i spesialisering (LIS) framfor flere turnusstillinger. Det er urealistisk å tro at vi kan få begge deler samtidig. Vi trenger først og fremst flere spesialister med norsk utdanning, og det står mange dyktige leger og venter på LIS-stilling i Norge. Kanskje noen kunne kartlegge lengden på denne køen?

Oddmund Suhrke

osuhrke@gmail.com

Oddmund Suhrke (f. 1953) er assisterende kommuneoverlege i Arendal kommune.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Jarandsen ØR. Fortsatt stor mangel på turnusplasser. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 2009.
2. Helsedirektoratet. Turnus for leger – Statusrapport nr. 3: søknadsrunden våren 2014. IS-2241. Oktober 2014.