

## E. Hem svarer:

Jeg har sjelden fått så mye respons på noe jeg har skrevet som på denne artikkelen om moteord (1). Mange lesere har gitt uttrykk for det samme som Vold, Sundby og Filseth. Ergrelsen over moteordene kan bli så sterk at det gir seg kroppslig ubehag, som allergiske reaksjoner og kvalme, slik Vold og Filseth nevner. En trøst er det at disse ordene går av moten etter hvert. For eksempel var det moderne for 50–60 år siden å hilse med ordene *see you later*, ev. med tillegget *alligator*. Nå er den formelen steindød. Forsøker man seg på dette i dag, er man garantert fiasko, ifølge Finn-Erik Vinje. Ingenting er så ute som moten av i forgårs (2).

Når vi blir oppmerksom på et ord, en uttryksmåte eller en uttale som vi oppfatter som et avvik, da synes vi at vi hører det i ett sett. Når man først får øyne og ører opp for en språklig særegenhet, møter man den bak hvert hjørne (3). Det kan være plagsomt når slike ord får det til å rykke i vårt språklige nerveapparat. Men det gir også mulighet til å trene vår kritiske sans. Dersom tekst eller tale inneholder mange moteord, bør varselklokkene ringe. Kanskje er det en svadagenerator som står bak (4).

## Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem (f. 1970) er dr.med. og assisterende redaktør i Tidsskriftet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Litteratur

1. Hem E. Styr unna moteordene. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1128–9.
2. Vinje F-E. Moderne språk. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2002; 76.
3. Vinje F-E. Psykologisk. I: Finn-Erik Vinjes blogg 28.5.2012. [www.finnerikvinje.no/blog/?p=14466](http://www.finnerikvinje.no/blog/?p=14466) [17.6.2012].
4. Svadagenerator. Språkrådet. [www.sprakrad.no/nb-NO/Klarspråk/sprakhjelp/Le-og-lar/Svadagenerator/](http://www.sprakrad.no/nb-NO/Klarspråk/sprakhjelp/Le-og-lar/Svadagenerator/) [17.6.2012].

## Tema: Ryggmargsskader

I tre nummer har Tidsskriftet prisverdig viet ryggmargsskader stor oppmerksomhet (1). Artiklene har vært velformulerte og oversiktlige og viser at gruppen ved Nevrologisk avdeling ved Haukeland universitetssykehus har all mulig kompetanse for å drive rehabilitering av spinalskader. Det samme gjelder miljøene ved St. Olavs hospital og Sunnaas sykehus.

Alle tre vil gjerne kalles «spinalenheter», noe som nok kan være kontroversielt. «Comprehensive spinal unit» ble definert av sir Ludwig Guttmann ved Stoke-Mandeville Hospital under den annen verdenskrig. Fra den gang og til i dag betyr «spinalenhet» noe mer enn et sted der ren opptrening etter skaden foregår. Den skandinaviske paraplyorganisasjonen for medisinsk personell som driver med ryggmargsskadebehandling (SMSOP/NoSCoS), og tilsvarende organisasjon for ryggmargsskadede pasienter (NORR), angir i sin definisjon av «spinalenhet»: «Till en sådan enhet förs den skadade personen direkt från skadeplatsen och behandlas där såväl i akutfasen som i uppträningsfasen. De årliga kontrollerna sköts eller dirigeras därifrån under resten av livet.» (uttalelse fra SMSOP og NORR, Göteborg 1991).

Det avgjørende punktet her er hvem som har ansvaret fra skadeøyeblikket. I dag blir ryggmargsskadede lagt inn i lokale kirurgiske avdelinger. Avhengig av hvor du er i landet blir 50–90 % av pasientene operert i akuttstadiet med «stabiliserende» inngrep på bruddstedet i columna. Dette til tross for at det så langt jeg kjenner til ikke finnes noen god prospektiv undersøkelse som viser at operasjoner, sammenliknet med konservativ behandling, fører til et bedret funksjonelt sluttresultat (2, 3). Tvert om er det rimelig grunn til å mistenke forverring ved inngrep som kan svekke mikrosirkula-

sjonen i medulla. Blodtrykket blir senket og man utsettes for anestesimidler etc. i en meget vulnerabel fase av en mulig regenerasjon av nevronalt vev (4, 5). I store undersøkelser i USA og Canada ble effekten av prednisolon i akutfasen vurdert (6). Langt de fleste pasientene ble også operert. Den bedringen som ble vist, kan like gjerne tolkes slik at prednisolon beskyttet pasientene mot de forventninger som et inngrep kunne representere.

Temaartiklene inneholdt ingen vurdering av akuttbehandlingen av spinalskader. Jeg kunne tenke meg å provosere de aktuelle miljøene til å gi en slik oppdatering. Samtidig kunne de da forsvare sin bruk av betegnelsen «spinalenhet» all den stund de ikke tar totalansvaret for sine pasienter. Hvis de så gjør, må de ta imot de skadede, selv vurdere indikasjoner for videre behandling og argumentere med inngrepskåte kirurger. Da ville vi også få «comprehensive spinal units», som internasjonal forskning til fulle har dokumentert er den beste organiseringen av behandlingen av ryggmargsskader.

## Ragnar Stien

ragnarstien@hotmail.com

Ragnar Stien (f. 1938) er pensjonert nevrolog. Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Litteratur

1. Tidsskrift for Den norske legeforening. Tema: Ryggmargsskade. <http://tidsskriftet.no/tema/Ryggmargsskade> (26.6.2012).
2. Donovan WH. Operative and nonoperative management of spinal cord injury. A review. Paraplegia 1994; 32: 375–88.
3. El Masri W. Management of traumatic spinal cord injuries: Current standard of care revisited. ACNR 2010; 10: 37–40.
4. El Masri W. Traumatic spinal cord injury: The relationship between pathology and clinical implications. Trauma 2006; 8: 29–46.
5. Hagen EM, Rekand T, Grønning M et al. Kardiovaskulære følgetilstander etter ryggmargsskade. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1115–20.
6. Bracken MB, Shepard MJ, Collins WF et al. A randomized controlled trial of methylprednisolone or naloxone in the treatment of acute spinal cord injury (NASCIS II). N Engl J Med 1990; 322: 1405–11.

## E.M. Hagen og medarbeidere svarer:

Vi takker Ragnar Stien for kommentarer til vår temaserie om ryggmargsskader.

Artikkelserien er ikke fullstendig. Flere viktige områder er ikke dekket, som akuttbehandling, urologiske komplikasjoner og forandringer i seksuallivet.

Behandlingen av ryggmargsskadede ved Haukeland universitetssykehus følger til enhver tid rådende internasjonale retningslinjer. Pasienten innlegges ved Nevrokirurgisk avdeling eller Ortopedisk avdeling for initial stabilisering og behandling. Vi har tidlig kommunikasjon mellom avdelingene, og rehabiliteringen starter mens pasienten enda ligger på akuttavdelingen. Vi er gjennomgående fornøyd med den kirurgiske behandlingen og vurderingene som gjøres av våre kirurger og opplever ikke at pasienter blir unødig operert. Ved behov for respiratorbehandling får pasientene oppfølging også fra Lungeavdelingen (landsfunksjon for respiratorbehandling). Pasientene kommer til Spinalenheten når de er stabilisert og kan motta tverrfaglig rehabilitering. Pasienter med tetraplegi får vurdering med tanke på håndkirurgi (Nasjonalt behandlingsteneste for funksjonsforbedrende kirurgi ved tetraplegi). Pasientene får tilbud om livslang oppfølging. Vi mener derfor at vi har en «comprehensive spinal cord unit».

I 1980-årene viste studier at metylprednisolon ga en klar bedring av sensoriske utfall, men uten effekt på motoriske utfall. Bivirkningene av høye doser metylprednisolon har gjort at de kliniske retningslinjene fra Consortium for Spinal Cord Medicine (1) og de nevrokirurgiske retningslinjene (2) angir bruk av høydose metylprednisolon som et behandlingssalternativ snarere enn en standard behandling.

>>>