

»Det finns en 'app' på vänt« ... och andra exempel på språkmissbruk

Läkares språk bör spegla den läkaretiska hållningen



PELLE GUSTAFSON, chefläkare, Patientförsäkringen LÖF, Stockholm; medicinsk redaktör



MICHAEL WILCZEK, AT-läkare, Capio S:t Görans sjukhus, Stockholm; medicinsk redaktionschef; båda Läkartidningen michael.wilczek@lakartidningen.se

Epileptiker eller patient med epilepsi? Höftfraktur eller kvinna med höftfraktur? Hur vi väljer att uttrycka oss spelar roll. Ordval kan få konsekvenser, positiva eller negativa. Många gånger används uttryck och benämningar mer eller mindre rutinmässigt eller efter hur vi lärt oss, men kanske inte alltid med tanke på konsekvenserna.

Vi har alla hört och använt uttryck som »diabetikern som sköter sig dåligt«, »jag har en höftfraktur att operera i kväll«, »det finns en 'app' på vänt och som bör tas snart« och »reumatikern« när vi egentligen menat något annat. Vi kunde ha valt att i stället uttrycka oss som »patienten som har svårigheter att sköta sin diabetes«, »jag har en kvinna med höftfraktur att operera i kväll«, »pojken med appendicit måste opereras snarast« eller »kvinnan med reumatoid artrit«.

I stället för att under ronden referera till patienten på »fyran« hade vi kunnat tala om Anna som fått en sängplats där. Och nog finns det en distinktion mellan »en etyiker« och »en person med alkoholmissbruk«.

Huvudrollsinnehavaren får biroll

Det finns många exempel, och fenomenet är inte nytt utan har diskuterats i minst 30 år [1]. Frågan om avhumaniserande språkbruk uppmärksammades nyligen i tidskriften Clinical Orthopaedics and Related Research, vars redaktion lovade att arbeta aktivt mot sådant språk [2].

Det kan tyckas konstigt att det inte har hänt mer med vårt professionella

språk under dessa decennier. Patientcentrering som begrepp har visserligen fått mer gehör och har introducerats i grundutbildningen, men hur omsätts det i praktiken? Patienten, som bör ha huvudrollen i det medicinska dramat, förpassas ofta till en biroll till förmån för en sjukdom, ett organ eller ett rum när vi diskuterar handläggning, dokumenterar i journaler eller skriver vetenskapliga rapporter. I PubMed finns många artiklar om hur läkare kommunicerar med patienter, men väldigt få som kommenterar hur läkare kommunicerar om patienter.

Kommunikation påverkar ångestnivå

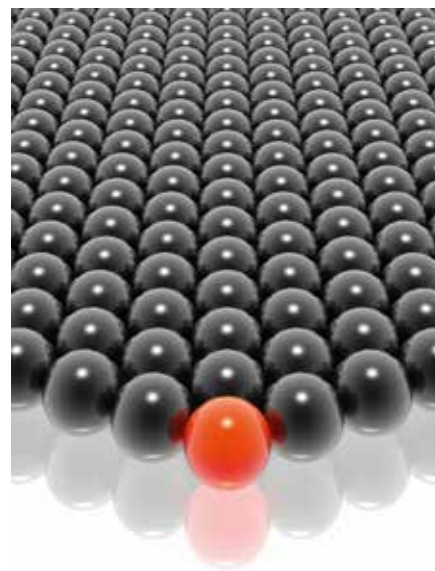
Vår kommunikation med patienterna lämnar definitivt en del att önska. I en studie av drygt 80 amerikanska ST-läkare uppskattade 88 procent att de använde lekmansspråk då de talade med patienter och 48 procent att de lät patienterna återberätta vad som sagts med egna ord. När detta testades i ett standardiserat patientmöte visade det sig dock att läkare i snitt använde tvåjargonguttryck i minuten och att endast 22 procent bad patienterna återkoppla information [3].

I samtal inför behandling med implanterbar defibrillator visade det sig att oförklarad medicinsk terminologi användes i 15 av 22 samtal [4]. En kvalitativ studie bland patienter med artros visade bristande förståelse för vanligt förekommande begrepp samt att olika sätt att beskriva ett och samma tillstånd hade olika känsloladdning [5]. Ovanstående genomgångar utgör bara några exempel.

Interventionsstudier har visat att hur läkare kommunicerar påverkar patienternas ångestnivå [6, 7]. Ändå används evidensbaserade rekommendationer för hur vårdpersonal bör kommunicera med patienter sällan.

Förkortningar – risk för missförstånd

Undersökningar har visat att läkare vid receptförskrivning använder förkortningar och uttryck som inte kan anses vedertagna, med risk för exempelvis fel-



En patient är inte ett med sin diagnos, utan en människa med en egen historia, en egen berättelse.

Illustration: Colourbox

aktig dosering [8]. Inom professionen används och skapas kontinuerligt nya förkortningar och uttryck, vilket försvårar förståelsen.

Tydligast blir nog detta problem över ämnesgränserna; tex kan röntgenläkare eller redaktörer på en bred medicinsk tidskrift stöta på samma förkortning – men med helt olika betydelser – från olika specialiteter. Undersökningar visar att långt ifrån alla förkortningar är vedertagna och att de heller inte alltid förstås av kollegor inom ämnet [9-11]. Bland övrig vårdpersonal är förståelsen ännu sämre [11].

I den vetenskapliga litteraturen har man diskuterat problemet sedan 1960-talet. Trots att man upprättat

SAMMANFATTAT

Medicinsk jargong och den medicinska förkortningssjukan är exempel på språkfenomen som försvårar förståelse och kommunikation.

Många gånger är den medicinska jargongen avhumaniserande.

Läkare borde använda ett språk som speglar vårt etiska förhållningssätt, dvs att det är personer – inte tillstånd – vi förhåller oss till och som vi botar, ger lindring och tröstar.

standarder för godkända förkortningar och i de flesta fall ber att allt annat skrivs ut, kvarstår problemet.

En artikel med den fyndiga rubriken »TAC: AOITROMJA? (the acronym conundrum: advancing or impeding the readability of medical journal articles?)« redogör för denna diskussion [12].

I Läkartidningen skyr vi ämnesinterna, icke-vedertagna förkortningar.

Språket kan göra oss till bättre läkare

Det finns många skäl till att vi läkare bör låta vårt språk vara specifikt och tydligt och försöka minimera missförstånd. Detta gäller i den enskilda konsultationen såväl som i kollegiala diskussioner och vetenskaplig rapportering.

Språket bör anpassas till målgruppen. Det gör oss troligen till bättre läkare om det tydligt framgår av vårt språk att vi inser att vi behandlar »människor med sjukdomar«, inte bara »sjukdomar«. Vi får sannolikt en bättre bild av problemet och kan ge bättre vård, om vi betraktar och benämner mannen med högt blodtryck som just »en man med högt blodtryck« och inte som »en hypertoniker«.

Vi visar också våra medmänniskor respekt när de söker upp oss för vård, om vi använder benämningar som de förstår och som visar att vi sett människan och inte bara tillståndet eller sjukdomen som de besvärar av.

»Fallbeskrivning« leder ibland fel

Självklart finns undantag. Flera patientföreningar har namn som inte följer ovanstående resonemang, tex Reumatikerförbundet och Riksföreningen Osteoporotiker. Det är dock skillnad på om patienterna själva väljer en särskild benämning eller om vården gör det.

Det är också viktigt att notera skillnaden mellan person och patient, en väsentlig distinktion i tex screeningsmanhang då vården uppmanar symptomfria individer att låta sig undersökas.

Ibland kan ordkonstruktioner bli så märkliga eller otympliga att avsteg tvingas fram. Beteckningen »fallbeskrivning« är en gammal och välkänd term, som ibland leder fel. I klinisk praxis talas alltför ofta om fall när vi egentligen borde tala om patienter, om människor. I Läkartidningen använder vi beteckningen »fallbeskrivning«, men vi är noga med att poängtera att ett fall rör en person eller en situation.

Patienter är människor som tar kon-

takt med vården för att utredas eller vårdas för sina besvär, oavsett om de beskrivs som grupp, i en fallbeskrivning eller i registerstudier. Vid den redaktionella bearbetningen av Läkartidningens texter strävar vi efter att detta ska framgå klart – patienter är människor.

Uppdaterade författaranvisningar

Vi har dock noterat att vi kan bli ännu tydligare med detta i vår kommunikation utåt. Våra författaranvisningar har därför uppdaterats och poängterar nu att språket bör spegla den läkaretiska hållningen och att avhumaniserande språk ska undvikas. Vi kommer att fortsätta att vara observanta i granskningen av manuskripten och be att de i förekommande fall skrivs om.

Vi hoppas att Läkartidningen kan inspirera och påverka kommunikationen i hälso- och sjukvården.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna*

REFERENSER

1. Morgenstern L. Babel in medicine? *West J Med.* 1980;133:180-1.
2. Leopold SS, Beadling L, Gebhardt MC, et al. Editorial: Words hurt – avoiding dehumanizing language in orthopaedic research and practice. *Clin Orthop Relat Res.* 2014;472(9):2561-3.
3. Howard T, Jacobson KL, Kripalani S. Doctor talk: physicians' use of clear verbal communication. *J Health Commun.* 2013;18(8):991-1001.
4. Hauptman PJ, Chibnall JT, Guild C, et al. Patient perceptions, physician communication, and the implantable cardioverter-defibrillator. *JAMA Intern Med.* 2013;173(7):571-7.
5. Barker KL, Reid M, Minns Lowe CJ. What does the language we use about arthritis mean to people who have osteoarthritis? A qualitative study. *Disabil Rehabil.* 2014;36(5):367-72.
6. Verhuel W, Sanders S, Bensing J. The effect of physician's affect-orientated communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. *Patient Educ Couns.* 2010;80:300-6.
7. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MW, et al. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med.* 2004;2(6):595-608.
8. Dooley MJ, Wiseman M, Gu G. Prevalence of error-prone abbreviations used in medication prescribing for hospitalised patients: multi-hospital evaluation. *Intern Med J.* 2012;42(3):e19-22.
9. Sheppard JE, Weidner LCE, Zakai S, et al. Ambiguous abbreviations: an audit of abbreviations in paediatric note keeping. *Arch Dis Child.* 2008;93:204-6.
10. Kilshaw MJ, Rooker J, Harding IJ. The use and abuse of abbreviations in orthopaedic literature. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010;92:250-2.
11. Sinha S, McDermott F, Srinivas G, et al. Use of abbreviations by healthcare professionals: what is the way forward? *Postgrad Med J.* 2011;87:450-2.
12. Berlin L. TAC: AOITROMJA? (the acronym conundrum: advancing or impeding the readability of medical journal articles?). *Radiology.* 2013;266(2):383-7.