

*Få feber eller tempa? Några tankar om agentivitet i medicinskt fackspråk**

Gunlög Josefsson

Scenen är en läkarmottagning med en patient och en läkare. Herr Smärtlund har ont i huvudet och feber, och läkaren, doktor Snällman, undersöker honom. Smärtlund och Snällman har uppmärksamheten riktad mot samma företeelse eller "objektiva verklighet i världen". Smärtlund känner den i sin egen kropp, han är upplevare av sensationer som har sin upprinnelse i honom själv; doktor Snällman visar säkerligen empati med Smärtlund, men har som sin professionella uppgift att hitta det objektiva korrelatet till Smärtlunds upplevelser. Lite förenklat kan man säga att Smärtlund är en SUBJEKTIV UPPLEVARE, doktor Snällman en OBJEKTIV IAKTTAGARE av samma fenomen.¹ Det är de språkliga reflexerna av dessa två perspektiv som min uppsats skall handla om.

Mer specifikt tänker jag undersöka hur de två perspektiven, patientens subjektiva och läkarens objektiva, speglas i val av verb/verbuttryck. Jag kommer att använda termerna medicinskt fackspråk/medicinsk fackjargong, medveten om att det inte bara är läkare som använder sådan, utan även annan sjukvårdspersonal. Med termen allmänspråk betecknar jag det språkbruk som är naturligt att använda för en i medicin oskolad person. Naturligtvis är detta en grov förenkling. Den som kommer i kontakt med vården av en eller annan anledning tillägnar sig den medicinska terminologin i större eller mindre grad, och även läkare och annan vårdpersonal använder ibland "allmänspråk" när de talar om medicinska företeelser. För enkelhetens skull tänker jag emellertid bortse från detta i min undersökning. Inte heller tänker jag göra någon skillnad mellan slang, jargong och fackspråk/gruppspråk av annat slag.

Jag har begränsat undersökningen till att gälla verb och verbfraser/ verb-uttryck. Min hypotes är att den subjektiva rollen som UPPLEVARE och den objektiva rollen som IAKTTAGARE speglas i val av verb/verbuttryck. Ett typ-

* Jag är skyldig mina informanter, Sixten Persson och Klas Sjöberg, ett stort tack. Tack också till ovan nämnde Sixten Persson och till Henrik Rahm för värdefulla synpunkter på tidigare versioner av texten.

¹Rollen som subjektiv upplevare är, såvitt jag förstår, knuten till vad Melander (1989:6) kallar för "privatvärlden".

exempel på detta är det medicinska språkets *krampa* jämfört med *få en kramp*, där valet av verbet *få* i allmänspråket markerar att den krampdrabbade inte aktivt har orsakat sitt tillstånd. Jag menar att uttrycket *få en kramp* är markerat för icke-agentivitet. I det enkla verbet *krampa* saknas sådan markering; *krampa* är, med andra ord, omarkerat för agentivitet. Jag tänker visa att det finns ett flertal olika sätt att markera icke-agentivitet i allmänspråket. Motsvarande uttryck i medicinskt fackspråk är ofta ommarkerade för agentivitet.

Som bör ha framgått är begreppen agentivitet och icke-agentivitet viktiga i min uppsats. Vissa verb är prototypiskt agentiva, medan andra är prototypiskt icke-agentiva. Verb som *få* och *drabba* har icke-agentivitet som en framträdande betydelsekomponent, och kan därför användas för att markera icke-agentivitet. Det finns andra sätt att markera agentivitet/icke-agentivitet, nämligen genom ordbildning och morfologi. Inkoativa verb, bildade med suffixet *-na*, t.ex. *somna*, *gulna* och *svartna*, är icke-agentiva. Den passiva konstruktionen pekar ut eller markerar subjektet som icke-agentivt. Kausativa verb, å andra sidan, t. ex. *bränna*, *lägga* och *sätta*, är däremot typiskt agentiva. I många fall blir emellertid distinktionen agentiv/icke-agentiv irrelevant eller ointressant. I sådana fall menar jag att verbet/verbkonstruktionen är **omarkerad för agentivitet**. Ta satsen *Kalle rullar* som exempel. Det vore absurt att anta att *rullar* är ett agentivt verb, d.v.s. ett verb som delar ut den semantiska rollen AGENT, om Kalle är medveten och själv sätter igång handlingen, medan verbet är icke-agentivt om Kalle är medvetslös och likt en stock rullar iväg. I stället menar jag att satsen *Kalle rullar* är principellt omarkerad för agentivitet. Satsen innehåller inget ordbildnings-element eller morfologiskt element som markerar agentivitet eller icke-agentivitet. Inte heller har verbet *rullar* agentivitet eller icke-agentivitet som en framträdande betydelsekomponent. En agentiv eller icke-agentiv tolkning kan dock påföras satsen via kontexten eller av vissa adverbial, t. ex. *frivilligt*.

Min undersökning bygger på en korpus av verb och verbuttryck som jag har samlat själv, samt fått av verksamma inom vården. Särskilt vill jag tacka Sixten Persson och Klas Sjöberg för benäget bistånd vid insamlandet av ord och uttryck! Den typ av ord/uttryck som jag främst har intresserat mig för är enkla verb i medicinskt fackspråk som konstrueras *patienten X-ar*, t. ex. verbet *krampa*, men som konstrueras på annat sätt i allmänspråket, i det aktuella fallet *få en kramp*. I avsnitt 1 går jag igenom olika konstruktionstyper och diskuterar kortfattat mina resultat. I avsnitt 2 diskuterar jag min hypotes ur ett mer övergripande perspektiv.

1. Agentivitet i några olika konstruktionsmönster

I detta stycke beskriver jag några olika lexikala, morfologiska och syntaktiska mönster i medicinskt fackspråk och jämför med allmänspråket. När jag listar verben/uttrycken anger jag det allmänspråkliga uttrycket i den vänstra spalten och det medicinska fackuttrycket i den högra. Se (1) för ett exempel:

(1)	Allmänspråk: <i>Pat(ienten) får en kramp.</i>	Medicinskt fackspråk: <i>Pat(ienten) krampar.</i>
-----	---	---

I vänsterspalten visar jag hur en patient skulle kunna uttrycka sig om han eller hon berättar om sina symptom för en annan patient. I högerspalten återfinns det uttryckssätt som doktor Snällman skulle använda i journalen eller för att beskriva patientens symptom för en kollega. (För enkelhetens skull står alla verb i mina exempel står i presens, vilket ibland känns något onaturligt; preteritumformen hade ofta varit bättre.)

1.1 Typen *få en kramp - krampa*. Gruppen av verb som följer mönstret *få en kramp - krampa* är relativt stor. Några exempel ges i (2):

(2)	<i>Pat. får en kramp.²</i>	<i>Pat. krampar.</i>
	<i>Pat. får menstruation/mens.</i>	<i>Pat. menstruerar.</i>
	<i>Pat. får en chock.</i>	<i>Pat. chockar.</i>
	<i>Pat. får hallucinationer.</i>	<i>Pat. hallucinerar.</i>
	<i>Pat. får blossande utslag.</i>	<i>Pat. blossar.</i>
	<i>Pat. får recidiv.</i>	<i>Pat. recidiverar.</i>
	<i>Pat. får hjärtsvikt.</i>	<i>Pat. sviktar.</i>
	<i>Pat. får hjärtinfarkt.</i>	<i>Pat. infarcerar.</i>
	<i>Pat. får en dip.</i>	<i>Pat. dippar.</i>

Några av uttrycken kräver några kommentarer. Orden *chockar*, *sviktar* och *dippar* används även i icke-medicinska sammanhang, men med delvis annan betydelse. *Chocka* i (2) betyder 'hamna i medicinskt chocktillstånd', ett livshotande tillstånd. Utanför sjukhussfären används *chocka* transitivt, huvudsakligen i betydelsen 'väcka anstöt, uppröra häftigt'. Betydelseerna är naturligtvis besläktade med varandra. *Svikta* betyder i modernt språkbruk snarast 'vackla', med nyansen 'svika, dra sig ur ett åtagande, göra besviken'. (Detta är naturligtvis besläktat med *svikta* i meningar som *Trampolinen sviktade kraftigt*.) Även här finns en

²I det aktuella exemplet är närvaron av artikel betydelseskiljande. Att *få kramp* betyder 'få en muskelspasm', medan *få en kramp* betyder 'få ett epileptiskt anfall'.

koppling mellan den vardagliga användningen och den betydelse ordet har i medicinskt fackspråk. *Dippa* i betydelsen 'doppa chips el.dyl. i en smaksatt röra' är besläktat med *dippa* i den medicinska betydelsen 'gå ned i hjärtfrekvens, syrgasmättnad, blodsocker eller någon annan parameter' genom att draget NEDÅTGÅENDE RÖRELSE är gemensamt. När en person chockar, sviktar och dippar, i vardaglig, icke-medicinsk användning, sker detta vanligtvis intentionellt; verben är då alltså agentiva eller agentivt använda. När verben används för att beskriva tillståndet hos en patient, som i högerspalten i (2), betecknar de naturligtvis inte en intentionell handling hos patienten. Överhuvudtaget är agentiviteten i en sådan situation irrelevant. Vad läkaren beskriver är de symptom och diagnoser som han/hon objektivt kan konstatera. Jag hävdar därför att användningen av verben i den högra spalten i (2) är ommarkerad för agentivitet.

Verben i högerspalten i (2) har roten gemensam med objektet i verbuttrycket (eller huvudordet i nominalfrasen). Ibland motsvaras allmänspråkets uttryck av ett främmande ord, ofta (men inte alltid!) av grekiskt eller latinskt ursprung:

(3)	<i>Pat. får feber.</i>	<i>Pat. temperar.</i>
	<i>Pat. får utlösning.</i>	<i>Pat. ejakulerar.</i>
	<i>Pat. får uppstötningar.</i>	<i>Pat. regurgiterar.</i>
	<i>Pat. får magsår.</i>	<i>Pat. ulcererar.</i>
	<i>Pat. får magsår igen.</i>	<i>Pat. reulcererar.</i>
	<i>Pat. får blodpropp.</i>	<i>Pat. trombotiserar.</i>
	<i>Pat. får blodpropp.</i>	<i>Pat. emboliserar³.</i>
	<i>Pat. får värmevallningar.</i>	<i>Pat. flushar.</i>
	<i>Pat. får återfall.</i>	<i>Pat. recidiverar.</i>

Verbet *tempar* har en rot med icke-germanskt ursprung, jfr. *temperatur*. Samtidigt har verbet bildats på inhemskt sätt, nämligen genom suffigering med -a: *tempa*. Verbet *flusha* har bildats på samma sätt, dock med skillnaden att roten är av engelskt ursprung.

1.2 Typen *drabbas av avstötning - avstöta*. *Få* + NF (se 1.1) kan ibland bytas ut mot *drabbas* + NF. I exemplen i (4) anser jag att det är naturligare att använda verbet *drabbas* än *få*. Kanske beror det på att åkommorna i (4) känns allvarligare än de i (3).

(4)	<i>Pat. drabbas av avstötning av hjärtat .</i>	<i>Pat. avstöter hjärtat.</i>
	<i>Pat. drabbas av hjärnbräck/inklämning.</i>	<i>Pat. hernierar/klämmer in</i>
	<i>Pat. drabbas av hjärnödemed/inklämning.</i>	<i>Pat. klämmer in.</i>

³En trombos är en blodpropp som bildas på ett ställe, ofta i en ven i vaden, och stannar där. En embolus är en vandrande blodpropp som bildas på ett ställe, men rycks loss, förflyttar sig i blodbanorna och fastnar på ett nytt ställe.

Pat. drabbas av missfall.

Pat. aborterar.

I (4) återfinns samma rot i nominaliseringarna *avstötning* och *inklämning* som i verben *avstöta* och *klämma in*. I de övriga fallen använder medicinskt fackspråk och allmänspråket olika rötter: *bråck* - *hernia* och *abort* - *missfall*. Intressant att notera att man inom medicinskt fackspråk använder samma term, *abort*, både för missfall och för framkallad abort. Detta är, menar jag, ett tydligt exempel på att den objektiva rollen som läkare /vårdgivare saknar tydligt behov att koda agentivitet/icke-agentivitet. Om man vill göra en markering mellan det som i allmänspråket benämns missfall och abort får man använda uttryck som *spontan abort* - *medicinsk/instrumentell abort*.

Verbet *herniera* används endast vid bråck i hjärnan, inte vid bråck i andra delar av kroppen. Detta beror sannolikt på att *herniera* hör till akutvårdens terminologi; ett bråck på något annat ställe än i hjärnan, t. ex. i magen, är inte akut, såvida patienten inte *inkarcerar* - d.v.s. bråcket drabbas av strypt blodtillförsel. Detta tillstånd är mycket allvarligt, och kräver omedelbar behandling. Bråck i hjärnan innebär att hjärnvävnad kläms in under flikar i hårda hjärnhinnan, ett allvarligt tillstånd som kräver omedelbara akutinsatser. Man skulle alltså kunna säga att verbet *herniera*, i motsats till substantivet *hernia*, bär särdraget AKUT.

1.3 Typen *få hög puls* - *stiga i puls*. Det är inte alltid som termer för sjukdom och kroppssymptom med strukturen *få /drabbas av + NF* i allmänspråket motsvaras av ett enstaka verb i medicinskt fackspråk. Betrakta följande exempel:

- (5) *Pat. får låg/hög puls.* *Pat. stiger/sjunker i puls/hjärtfrekvens.*
Pat. får högt /lågt kreatininvärde. *Pat. stiger/sjunker i kreatininvärde.*
Pat. får astma/diabetes. *Pat. utvecklar astma/diabetes.*

I exemplen i (5) används verbet *få* i allmänspråket. I medicinsk fackjargong används *stiger/sjunker* för att ange nivåer av en parameter av något slag, och en sjukdom *utvecklar* man. (Rent teoretiskt skulle man kanske ha kunnat tänka sig verbet *pulsa* för 'stiga i puls', om ordet inte redan hade varit upptaget.) Man kan konstatera att åtminstone verbet *utveckla* i icke-medicinskt språkbruk brukar användas agentivt. (En konflikt kan visserligen *utveckla sig* i en oönskad riktning. Verbet konstrueras dock i detta fall reflexivt, och som vi skall se nedan finns det en koppling mellan reflexiv konstruktion och icke-agentivitet.) Vi kan alltså konstatera att ett vanligtvis agentivt använt verb som *utveckla* har en användning inom medicinskt fackspråk som inte kan betraktas som agentiv.

1.4 Typen *kräkas* - *kräka*. Det finns ett par verb som i allmänspråket realiseras i s-form, men som i medicinskt fackspråk antingen konstrueras utan -s eller motsvaras av ord med annan rot:

- | | | |
|-----|---------------------------|------------------------------|
| (6) | <i>Pat. kräks.</i> | <i>Pat. kräker.</i> |
| | <i>Pat. andas in.</i> | <i>Pat. inhalerar.</i> |
| | <i>Pat. andas snabbt.</i> | <i>Pat. hyperventilerar.</i> |
| | <i>Pat. svettas.</i> | <i>Pat. transpirerar.</i> |

Verben i vänsterspalten i (6) bör betraktas som deponensverb - de förekommer (i princip) endast i s-form och har aktiv betydelse. Det finns ett antal verb som liknar deponensverben, men som inte brukar klassas som sådana, eftersom den s-lösa formen också används. Liksom deponensverben i (6) är verben i (7) aktiva (d.v.s. inte passiva), men ändå icke-agentiva:

- | | | |
|-----|---|------------------------------|
| (7) | a | <i>Ylletröjan sticks.</i> |
| | b | <i>Björnbärssnåren rivs.</i> |
| | c | <i>Hunden bits.</i> |
| | d | <i>Småbarnen retas.</i> |

Man kan säga att s-formerna både i (6) och (7) glider mellan en processbetydelse och en statisk egenskapsbetydelse. Den statiska betydelsen blir tydligast när subjektet är inanimat som i (7a,b). (7c,d) kan emellertid också få en statisk egenskapstolkning: hunden är "bitbenägen" och småbarnen "retbenägna". På samma sätt är den statiska egenskapstolkningen naturlig för verben i (6).

Vi kan konstatera att s-formen möjliggör för verben att tolkas som processer eller tillstånd. Enligt Pustejovsky (1991) kan bara övergångsverb, "transition verbs", vara agentiva. Min tolkning är att s-former, som de i (6) och (7) bär en morfologisk markering för icke-agentivitet, som beroende bl.a. på subjektets egenskaper (framför allt om det är animat eller inanimat) ger en statisk eller processuell tolkning. Om detta är riktigt exemplifierar (6) återigen en situation där allmänspråket använder en form markerad för icke-agentivitet där det medicinska fackspråket använder en form som är omarkerad för agentivitet.

Andra verb som liknar de i (6), men som veterligen saknar motsvarighet inom medicinskt fackspråk är *kväljas* och *klökas*. Möjligtvis kanske man skulle kunna föra paret *släppa sig* - *flatulera* till grupp (6). Konstruktion med reflexiv form brukar markera icke-agentivitet: Jämför t.ex. följande verbpar där det icke-reflexiva verbet är klart agentivt, medan motsvarande reflexiva verb är lika tydligt icke-agentivt: *slå någon* - *slå sig*, *sköta någon* - *sköta sig*, *hämta någon* - *hämta sig*, *göra bort någon* - *göra bort sig*. Dock skall man komma ihåg att även

allmänspråket håller sig med verb med samma betydelse som *släppa sig*, men som saknar morfologisk markering för icke-agentivitet, t.ex. *fisa* och *fjärta*.

1.5 Opersonlig konstruktion. Det finns ett antal fall där allmänspråket använder en opersonlig konstruktion. I den medicinska jargongen används i motsvarande fall ofta en omskrivning som bäddar in det subjektiva momentet i beskrivningen av symptomen:

(8)	Patienten:	Journalanteckningen:
	-Det blöder i pannan.	"Pat. blöder i pannan."
	-Det gör ont i magen.	"Pat. smärtar över buken."
	-Det söker mig.	"Pat. klagar över illamående."
	-Det sticker i bröstet.	"Pat. klagar över stickningar i bröstet."
	-Det bränner under fotsulorna.	"Pat. klagar över brännande sensationer under fotsulorna."
	-Det susar i öronen.	"Patienten uppger att hon har öronsus."
	-Det suger i magen.	"Patienten uppger att hon har sugningar i magen."

Verbet *blöda* kan i och för sig konstrueras personligt även i allmänspråket, men detta är ganska marginellt. Att ropa *Jag blöder!* är, menar jag, tämligen teatraliskt. Vad gäller *göra ont* är det intressant att notera att termen *smärta* ofta väljs i stället för *ha ont*, *göra ont*. Smärta är en synnerligen subjektiv upplevelse, något som begränsar användningen inom medicinskt språkbruk. Verbet *smärta* i personlig konstruktion används huvudsakligen vid smärta över buken och bukområdet, t.ex. *Patienten smärtar över naveln*. Anledningen är, enligt mina källor, att buken är ett "aktivt" organ i den bemärkelsen att smärta ger upphov till muskelspänningar som kan registreras "objektivt" vid en undersökning. I de fall då patientens smärta inte ger upphov till objektivt konstaterbara kroppsliga korrelerat använder man vid journalskrivningen inbäddningar som "Patienten klagar över smärta". Uttrycket *Det söker mig*, som betyder att patienten mår obestämbar illa, ibland övergående i yrsel och svimningskänsla, innehåller en tydlig markering av det icke-agentiva draget i upplevelsen genom den opersonliga konstruktionen. Den av "sökningen" drabbade har inte intentionellt framkallat känslan.

2. Sammanfattning och diskussion

De ovan beskrivna skillnaderna mellan medicinskt fackspråk och allmänspråk har flera orsaker. Som alla andra fackspråk är det medicinska fackspråket ett gruppsspråk som bl.a. har till sin uppgift att stärka samhörigheten inom gruppen.

Det är alltså naturligt att det finns skillnader mellan medicinskt fackspråk och allmänspråk! Fackspråket har många gånger uttryck med ett exakt innehåll. I de fall man använder ord med latinskt eller grekiskt ursprung blir språket internationellt gångbart. (Detta, inte minst, är viktigt, eftersom en stor del av referenslitteraturen och facklitteraturen är på engelska. Som bekant har den "lärd" engelskan en mycket stor andel ord med latinskt eller grekiskt ursprung.) Sist, men inte minst, verkar det ibland vara ett egenvärde att använda korta ord och uttryck. Jag menar dock att förutsättningen för det medicinska fackspråket på vissa punkter skiljer sig avgörande från annat fackspråk/gruppspråk, beroende på den speciella kommunikationssituationen: På ena sidan står en patient med symptom som han/hon upplever i sin egen kropp, men inte ser sig som orsak till, på andra sidan en iakttagare som har som sin uppgift att objektivt registrera det som han/hon ser, känner och hör. För patienten är det högst relevant att använda ord och uttryck som kodar för icke-agentivitet, för den medicinske iakttagaren är det viktigt att använda ord och uttryck som förmedlar det han/hon kan se, känna, höra, med andra ord "objektivt" kan konstatera.

Markeringen av icke-agentivitet kan vara av lexikal natur, t.ex. användandet av verb/verbkonstruktioner som *få* eller *drabbas* + NF, verb som har icke-agentivitet som en viktig betydelsekomponent. Markeringen kan också vara av morfosyntaktisk natur, t. ex. användande av verbets s-form eller konstruktion med opersonligt subjekt. I de fall då patientens egna uppgifter är relevanta att återge, t. ex. i journaler, kan detta ske med omskrivningar som "Pat. uppger att..." "Pat beskriver..." "Pat. klagar över..." etc.

En intressant fråga är om det kan finnas några risker med den beskrivna diskrepansen mellan det medicinska fackspråket och allmänspråket. Det som ligger bakom min fråga är en vag känsla av att det kan finnas en risk för missförstånd mellan patient och läkare. De allmänspråkliga uttryck som jag diskuterat ovan, t.ex. *drabbas av hjärtinfarkt*, har draget [-AGENTIV]. Motsvarande uttryck inom det medicinska fackspråket, *infarcera*, är, menar jag, ommarkerat för agentivitet, d.v.s. [+AGENTIV]. Risken är, menar jag, att patienten uppfattar läkarens val av ett verb med draget [+AGENTIV] som bärande draget [-AGENTIV]. Låt oss gå tillbaka till doktor Snällman och patienten Smärtlund för ett exempel. Smärtlund har blivit inlagd på en avdelning på sjukhuset. På rondan dyker Snällman upp med ett par sköterskor och en svans av kandidater och förklarar högt:

-Herr Smärtlund svarar dåligt på behandlingen. Han metaboliserar långsamt. Dessutom retinerar han koldioxid.

Herr Smärtlund har en något vag uppfattning om vad som händer och vad de krångliga verben betyder. Dock är verbet *svara* i hans mentala lexikon starkt kopplat till agentivitet. Dessutom bör han med sig en tolkningsmall formulerad i termer av prototypikalitet, enligt vilken agentiva verb är mer prototypiska än icke-agentiva (Ottósson (1986:249), Dimitrova-Vulchanova (1991:23), Josefsson (1997:123)). Följden blir att han får en dunkel känsla av obehag och börjar försvara sig omedvetet: "Jag svarar så gott jag kan, minsann. Och hur skall jag göra för att metabolisera lite snabbare? Och för att låta bli att retinera koldioxiden...". Och om han läser sin journal, och finner att doktor Snällman skriver att "Patienten Smärtlund klagar över smärta i bröstet" kanske han får en obehaglig känsla av att hans uppgifter ifrågasätts eller inte tas på allvar.

Intressant nog finns det ett antal i medicinskt fackspråk enkla verb som i allmänspråket konstrueras *få* + *NF*, men där det enkla verbet faktiskt är agentivt:

- | | | |
|-----|-------------------------------|---|
| (9) | <i>Pat. får en spruta.</i> | <i>Läkaren sprutar patienten.</i> |
| | <i>Pat. får digitalis.</i> | <i>Läkaren digitaliserar patienten.</i> |
| | <i>Pat. får medicin.</i> | <i>Läkaren medicinerar patienten.</i> |
| | <i>Pat. får en injektion.</i> | <i>Läkaren injicerar patienten.</i> |
| | <i>Pat. får behandling.</i> | <i>Läkaren behandlar patienten.</i> |

Verbuttrycken i (9) kan jämföras med verbuttrycken i (2). Den viktiga skillnaden är att uttrycken i högerspalten i (2) är ommarkerade för agentivitet, medan uttrycken i högerspalten i (9) måste ges en agentiv tolkning. Jag vill inte påstå av förekomsten av par som de i (9) kan ge upphov till feltolkningen att uttrycken i högerspalten i (2) skulle vara agentiva, men de visar på att paret *få* + *NF* och *N-a* faktiskt kan uppbära kontrasten [-AGENTIV] - [+AGENTIV].

Risken att valet av verb inom den medicinska sfären ger upphov till svåra missförstånd är naturligtvis liten, men det kan vara spännande, och förhoppningsvis även nyttigt, att fundera över vad som händer i mötet mellan "en vanlig människa" och sjukvården, och vilken roll språk och val av uttryck spelar härvidlag. Gruppsspråk av olika slag har sin självklara legitimitet och är i många fall nödvändiga redskap. Inom den medicinska världen bidrar de bl.a. till en precision i beskrivning av sjukdomar och symptom av olika slag, samt underlättar kommunikationen mellan läkare inbördes och mellan läkare och övrig sjukvårdspersonal. Det finns dock alltid finns ett "gränssnitt" mot patienten. Vid ronder, "bed-side-undervisning" och liknande måste läkaren upprätthålla en simultan kommunikation med patienten och sina kolleger. Envar kan inse det svåra i att undgå att tala över huvudet på patienten i sådana lägen. Inte ens i

patientjournalerna kan man okritiskt använda medicinskt fackspråk, eftersom dessa journaler enligt lag skall vara "tydligt utformade och så långt möjligt förståeliga för patienten" (Patientjournalagen paragraf 5, SFS 1985). Det är säkert omöjligt att helt eliminera risken att patienter missförstår den medicinska terminologin och jargongen, men medvetenhet hos vårdpersonal för ordens betydelsenyanser gör säkerligen riskerna mindre.

Litteratur

- Josefsson, Gunlög, 1997: *On the principles of word formation in Swedish*. Lundastudier i nordisk språkvetenskap A 51. Lund: Lund University Press.
- Ottósson, Kjartan, 1988: På väg mot en prototypisk klassificering av ordklassen 'verb'. Dahl, Östen (utg.) *Papers from the Ninth Scandinavian Conference of Linguistics, Stockholm, January 9–11, 1986*. S.246–256. Dept. of Linguistics, University of Stockholm.
- Dimitrova–Vulchanova, M. & L. Hellan, 1991: Clitics and the Completedness parameter. I van Riemsdijk, Henk & Luigi Rizzi (utg.) *Clitics and their hosts. Eurotyp Working Papers 1*. S. –63. Grammatical Models Section, Tilburg.
- Melander, Björn, 1989: Facktexter under 1900-talet 3. Resultat från kognitiv textanalys. FUMS Rapport nr 148. Uppsala universitet.
- Pustejovsky, James, 1991: The syntax of event structure. *Cognition* 41. S. 47–81.