

Geneeskundige taal

Over terminologie, jargon en spraakverwarring

Dokters praten veel met elkaar. Ze maken daarbij gebruik van allerlei vaktermen, die ondubbelzinnig begrepen zouden moeten worden door collega's. Rationele geneeskunde is immers in de mode en dat vraagt ten minste een heldere communicatie met collega's.

Vooraf de meer abstracte vaktermen – termen als diagnose, gezondheidstoestand, comorbiditeit, acuut, episode, ziekte en kwaliteit van leven¹⁻³ – behoeven goede afspraken over wat er bedoeld wordt. Kwaliteit van leven is zo'n term die in elk artikel tot vervelens toe gedefinieerd moet worden. Er is zelfs een heus debat over de betekenis van kwaliteit van leven, waarin de geleerden elkaar semantische haarkloverij verwijten.⁴⁻⁶ Ook in *Huisarts en Wetenschap* voelden we ons gedwongen hierover een standpunt in te nemen.¹ Het woord ziekte kan eveneens spraakverwarring geven, zoals besproken door *Knepper* in relatie tot arbeidsongeschiktheid.² Dit soort discussies kunnen hoog oplopen tot in de Tweede Kamer der Staten Generaal, zoals onlangs bleek toen Minister Borst zich liet verleiden tot de uitspraak 'M.E. is een echte ziekte'. Gelukkig is dit geen Koninklijk Besluit geworden.

Ook andere disciplines hebben hun twisten over kernbegrippen.⁷ 'When is random random?' vraagt *Yockey* zich af.⁸ Deze wiskundige stelt: 'Woorden zijn gewoon namen voor mathematische functies en betrekken hun betekenis van de wiskunde en niet andersom.'

In de geneeskunde duikt dit probleem met woorden steeds weer op, niet alleen binnen de huisartsgeneeskunde, maar ook tussen medische disciplines. *Bishop* stelt: 'A name is not enough'.⁹ Hij bedoelt dan dat een naam geven aan een begrip niet zomaar spraakverwarring over de betekenis van dat begrip oplost. Vreemd vindt hij dit niet, en spraakverwarring zal er ook wel blijven, denkt hij, want 'De geneeskunde is een complex stelsel van disciplines met extreme individualisten'.

Dit klinkt alsof problemen in de professionele communicatie door verschillen in begripsomschrijvingen oplosbaar zijn, als dokters niet zo eigenwijs zouden zijn. Waarschijnlijk is dit te simpel gedacht. Er zitten namelijk ten minste twee lagen in de medische taal: communiceren in een wetenschappelijke context en communiceren in een klinische context. De terminologie houdt zich bezig met woordgebruik in een wetenschappelijke context door woorden te definiëren op basis van een empirisch onderbouwde begripsomschrijving. Klinisch woordgebruik daarentegen is 'meer taal', meer 'vloeiend', en kan nooit een stelsel van gedefinieerde termen worden. De wetenschappelijke terminologie is natuurlijk van invloed op het medische taalgebruik in de klinische context, maar kan deze niet geheel vervangen. Volgens *Bishop* is dit jammer, volgens anderen een zegen.

Spraakverwarring rond diagnoses, een groep specifieke

Van Duijn NP. Geneeskundige taal. Over terminologie, jargon en spraakverwarring [Commentaar]. Huisarts Wet 1995; 38(12): 558-60.

vaktermen, is veel bekender dan spraakverwarring rond abstracte vaktermen. Gelukkig kan spraakverwarring over veel diagnoses met een beetje goede wil beperkt worden, doordat we in toenemende mate beschikken over gedefinieerde diagnostische terminologie en diagnostische criteria die hopelijk empirisch getoetst zijn op hun nut. Vanzelfsprekend lost dit niet alle problemen met diagnoses op, met name niet bij ziekten zonder goede naam, de 'nameless diseases'. *Ziporyn* beschouwt deze groep ziekten als een ramp voor patiënten (en artsen).¹⁰ M.E. of het Chronisch Moeheid Syndroom is zo'n ramp, omdat een naam geven aan een verzameling klachten nog niet betekent dat M.E. een zinvol begrip is. Die zinvolheid dient te worden aangetoond. Voorlopige diagnostische criteria voor het Chronisch Moeheid Syndroom om het nut van dit syndroom te kunnen onderzoeken, is een manier om het probleem te structureren, niet de oplossing.¹¹

Deze spraakverwarring over specifieke vaktermen – diagnoses – illustreert goed waar het ook bij de abstracte vaktermen om gaat: er ontstaat verwarring over vaktermen als er geen geaccepteerde afspraken zijn over de betekenis van die vaktermen.

Geen geaccepteerde betekenis van woorden die alleen in kleine kring gangbaar zijn, vaak met een impliciete betekenis, kan leiden tot een karikatuur. Men kan dan spreken van jargon. Jargon van dokters is potjeslatijn, dat bezweert in plaats van rationeel houvast te geven. Vaak dient jargon slechts het wij-gevoel van de groep. Heel venijnig is de volgende definitie van *Murphy*: 'Jargon is obscure or pretentious language, circumlocutions, invented meanings, and pomposity delighted in for its own sake'.¹² Cynici zullen zeggen dat jargon holle geesten vult: 'Whenever ideas fail, men invent words'. Practici zullen zeggen dat dit niet zo erg is, als je elkaar maar begrijpt. Jargon is heel handig om in beperkte kring snel zaken te doen, zonder gezeur over criteria of de waarheid. Voor beide standpunten, het cynische en het praktische, is wat te zeggen. In feite valt het cynische standpunt te plaatsen in de wetenschappelijke context en het praktische standpunt in de klinische context. Maar het blijft oppassen, want woorden kunnen een eigen leven gaan leiden.

Tussen de twee uitersten – breed geaccepteerde vaktermen en jargon – zit een grote groep woorden die naar de ene of de andere kant onderweg zijn. Er wordt over gesproken, er is discussie over. Dat is het geval bij de term kwaliteit van leven. Het is nog niet duidelijk of deze term

hopeloos zal oplossen in de vaagheid van jargon of vastgepind kan worden met een definitie. *De Neeling* betoogt dat de term kwaliteit van leven niet meer te redden is.³ Hij stelt als alternatief het woord welzijnseffecten voor. Dit is zo'n saai woord, dat het in ieder geval niet misbruikt zal worden, zo stelt hij.

Dat klopt. Maar het is ook niet aangeslagen. *Gill & Feinstein* daarentegen betogen dat kwaliteit van leven vanzelfsprekend welbevinden ten aanzien van de gezondheids-toestand is.⁴ Ze zeggen dit met zoveel aplomb, dat we met deze heren in ieder geval uitgediscussieerd zijn.

Zo bezien is professioneel woordgebruik in een wetenschappelijke context in drie groepen onder te brengen:

- woorden waarover nog debat mogelijk is over een zinvolle betekenis;
- gedefinieerde termen met een algemene gelding;
- jargon, geldend binnen kleine groepjes wetenschappelijk of klinische collega's.

De laatste groep, jargon, behoort opgeborgen te worden in woordenboeken, alleen voor gebruik binnenskamers, of wat dan ook. Als het maar niet gepubliceerd wordt met de pretentie van een geaccepteerde, gedefinieerde waarheid, want dan krijgt het een status die verwarring oproept. Medicalisering is zo'n jargon-woord. Medicalisering is nooit afdoende gedefinieerd en nooit empirisch onderzocht op zijn klinische betekenis. Het woord medicalisering dient dus niet voor te komen in een wetenschappelijk tijdschrift als ware het een vaststaand feit.

De tweede groep, gedefinieerd professioneel woordgebruik, is beschreven in woordenlijsten waarin de betekenis van professionele termen wordt vastgelegd. Dit is alleen nodig voor de meer technische termen. Zo'n woordenlijst wordt vastgesteld op basis van klaarblijkelijk woordgebruik en een logische structuur voor hiërarchie en betekenis. Vervolgens moeten er keuzen gemaakt worden door middel van consensus. Dan blijkt wel of professioneel woordgebruik gevangen kan worden in een logisch gestructureerde terminologie, vastgespijkerd met een definitie. Of het blijkt mettertijd dat het al te laat is, zoals *De Neeling* veronderstelt ten aanzien van kwaliteit van leven. Een andere, meer autoritaire manier is de vaststelling van woordgebruik door een redactie van een tijdschrift.¹³⁻¹⁵

In 1981 is een internationale woordenlijst met definities van huisartsgeneeskundige termen gepubliceerd.¹⁶⁻¹⁷ Deze woordenlijst is even saai en nuttig als een lichtboek. De gedefinieerde termen zijn voornamelijk epidemiologische termen. Sindsdien is er weinig discussie over de definitie van eerste lijn, ingeschreven patiënt, diagnose of direct en indirect contact. Inleidingen en debatten kunnen sinds die tijd gaan over belangrijke zaken, namelijk over de inhoud.

Dezer dagen wordt in *Family Practice* de opvolger van deze International Glossary for Primary Care gepubliceerd. De opzet is breder dan de eerste versie uit 1981, soms bijna woordenboek-achtig. De lijst is ook veel omvangrijker dan de oorspronkelijke vijf pagina's uit 1981 en daardoor veel bruikbaar. Een aantal zaken lijken overgenomen uit vergelijkbare boeken, zoals het Dictionary of Epidemiology en het Dictionary of Statistics and Methodology.¹²⁻¹⁸ De International Glossary for Primary Care blijft zich echter onderscheiden van woordenboeken, doordat voorkeursbetekenissen en definities zijn vastgelegd die hopelijk breed worden gedragen. Waar uiteenlopende betekenissen mogelijk zijn, worden deze zonder commentaar besproken. Dit zijn de vaktermen die nog niet zijn vastgelegd met een definitie.

Een voorbeeld van een vakterm die wel eenduidig is gedefinieerd, is het woord comorbiditeit. *Schellevis* treft in de literatuur vier soorten gebruik van dit woord aan: andere ziekten bij de patiënt, een associatie tussen andere ziekten met een bepaalde groep ziekten, oorzaken van ziekten en complicaties van ziekten.¹⁹ De internationale woordenlijst kiest voor de eerste opvatting die, als men dat wil, uitgesplitst kan worden naar de aard van de relatie tussen comorbide ziekten en de aandoening van onderzoek. Daarmee is de kous af.

Een ander voorbeeld is het gebruik van 'acuut'. Dit kan op drie manieren gebruikt worden zonder voorkeur of verboden: recent begonnen, soms slordig gebruikt als ernstig, ten tweede kort blootgesteld aan iets, en ten derde een gedefinieerde duur, namelijk korter dan vier weken. Eens of niet, onduidelijkheden over het gebruik van 'acuut' kunnen aan de hand van deze woordenlijst vlot opgelost worden. Ook voor het drietal klacht, symptoom en bevinding is met deze woordenlijst geen etymologische fijnproeverij meer nodig.

Wetenschappelijke communicatie zal hopelijk efficiënter worden en inleidingen worden korter. De communicatie in de dagelijkse praktijk kan duidelijker worden met deze woordenlijst, zodat debatten tussen dokters interessante debatten worden over gezondheidsproblemen, in plaats van debatten over woorden. Hopelijk blijft er wel enige verwarring over, zodat we nog lang kunnen genieten van juweeltjes als 'Ziek is het woord niet'²⁰ en 'Ziekten zonder naam'.¹⁰

Dr. N.P. van Duijn

1 Meyboom-de Jong B, de Maeseneer J. Geen genezen zonder meten [Commentaar]. Huisarts Wet 1995; 38: 101-4.

- 2 Knepper S, Feenstra H. Ziekte of gedrag; basisbegrippen bij de behandeling van arbeidsongeschikten. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1991; 135: 1672-6.
- 3 De Neeling JND. Quality of life: het onderzoek naar welzijns-effecten van medische behandelingen. Utrecht: Bunge, 1991.
- 4 Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272: 619-26.
- 5 Guyatt GH, Cook DJ. Health status, quality of life, and the individual. *JAMA* 1994; 272: 630-1.
- 6 Dimenas ES, Dahlof CG, Jern SC, Wiklund IK. Defining quality of life in medicine. *Scand J Prim Health Care* 1990; Suppl 1: 7-10.
- 7 Edwards AWF. Lod score or log-likelihood? *Nature* 1988; 333: 308.
- 8 Yockey HP. When is random random? *Nature* 1990; 344: 823.
- 9 Bishop CW. A name is not enough. *M D Computing* 1989; 6: 200-6.
- 10 Ziporyn T. Nameless diseases. New Brunswick: Rutgers University Press, 1992.
- 11 Fukuda K, Straus SE, Hickie I, et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994; 121: 953-9.
- 12 Last JM, ed. *A dictionary of epidemiology*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1988.
- 13 Anonymous. Instructions for authors, instructions for preparing structured abstract and glossary of methodologic terms. *JAMA* 1991; 266: 41-7.
- 14 Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, et al. More informative abstracts revisited. *Ann Intern Med* 1990; 113: 69-76.
- 15 Mason A. Controlling your vocabulary. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 3-4.
- 16 Classification Committee WONCA. An international glossary for primary care. *Huisarts Wet* 1981; 24: 342-6.
- 17 Classification Committee WONCA. ICHPPC-2-defined. Oxford: Oxford University Press, 1983.
- 18 Vogt WP. *Dictionary of statistics and methodology*. Newbury Park: Sage, 1993.
- 19 Schellevis F. *Chronic diseases in general practice. Comorbidity and quality of care [Dissertatie]*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1993.
- 20 Mol A, Van Lieshout P. *Ziek is het woord niet*. Nijmegen: SUN, 1989. ■