

Finns det nationella svenska kommunikationsmönster? Tilltal i läkare-patientsamtal i Sverige och Finland

Catrin Norrby, Camilla Wide, Jan Lindström och Jenny Nilsson

Inledning

Många av världens språk är s.k. pluricentriska språk, dvs. språk som talas i fler länder än ett. Bara i Europa finns en rad exempel på sådana språk, till exempel engelska, franska, tyska och svenska. Men samtalar man på samma sätt i olika länder bara för att man talar samma språk? Eller ser de kommunikativa mönstren olika ut? I forskningsprogrammet *Interaktion och variation i pluricentriska språk* (IVIP) undersöker och jämför vi kommunikationen i samma typer av samtal i liknande miljöer i Sverige och Finland, med fokus på domänerna service, lärande och vård.¹ Forskningsprogrammet syftar också till att bidra till den internationella teoriutvecklingen inom forskningen om pluricentriska språk. Genom att använda teorier och metoder som samtalsanalys och kommunikations-etnografi kan programmet belysa och förklara pluricentriska språkfenomen som tidigare forskning inte kunnat komma åt. På så vis bidrar programmet till att utveckla den s.k. variationspragmatiken (Schneider & Barron 2008) samtidigt som vi får ny kunskap om vad som är unikt för finlandssvenska respektive sverigesvenska samtal.

I den här artikeln presenterar vi först forskningsprogrammet kortfattat och redogör därefter för en studie av interpersonella orienteringar med

¹ Forskningsprogrammet finansieras av Riksbankens Jubileumsfond 2013–2020 (M12-0137:1) med Stockholms universitet som anslagsförvaltare och Catrin Norrby som vetenskaplig ledare. Programmet är ett samarbete mellan forskare vid fyra institutioner i Sverige och Finland: Jan Lindström (Finska, finskugriska och nordiska institutionen, Helsingfors universitet), Jenny Nilsson (Instituttet för språk och folkminnen, Göteborg), Catrin Norrby (Institutionen för svenska och flerspråkighet, Stockholms universitet) och Camilla Wide (Institutionen för språk- och översättningsvetenskap, Åbo universitet).

utgångspunkt i tilltalspraktiker i finlandssvenska och sverigesvenska läkare-patientsamtal.

Bakgrund

En vanlig definition av pluricentriska språk är att det är språk som talas i mer än en nation (Clyne 1992) eller har officiell status i mer än en nation (Reuter 1992). Vissa forskare har emellertid avgränsat begreppet annorlunda och menat att även regional variation inom en nation kan beskrivas inom en pluricentrisk begreppsram (Auer 2014). Vår utgångspunkt i programmet är en definition som tar fasta på variation mellan nationer, men detta kan komma att justeras som ett resultat av de empiriska undersökningarna.

Relationerna mellan olika varieteter av pluricentriska språk har huvudsakligen undersökts utifrån språkstrukturella fenomen som fonologisk, lexikal och i viss mån syntaktisk variation och i det sammanhanget är skillnader mellan finlandssvenska och sverigesvenska väldokumenterade (Reuter 1992; Wide & Lyngfelt 2009). Däremot har man i betydligt mindre grad fokuserat på interaktionella och pragmatiska skillnader mellan de svenska nationella varieteterna, även om det finns några tidiga och viktiga insatser i mindre skala (Saari 1995, 1997; Fremer 1997).

Att undersöka interaktionell och pragmatisk variation inom ramen för pluricentriska språk är ett sätt att komma åt de komplicerade relationer som råder mellan språk, kultur och nation. Att fokusera just på svenska som pluricentriskt språk ger ett nytt perspektiv på forskning om pluricentriska språk med tanke på att situationen för svenska i Finland är relativt unik; svenska är en icke-dominerande varietet (i förhållande till svenskan i Sverige) samtidigt som språket har officiell status som nationalspråk men talas av en minoritet (5,3 %). Därutöver är det generellt viktigt att empiri från ”mindre” pluricentriska språk bidrar till teoriutvecklingen inom forskningsfältet. Slutligen gäller att det saknas en större studie av sverigesvenska och finlandssvenska utifrån jämförande data. I vårt forskningsprogram lägger vi fokus på institutionella samtal av samma typ i båda varieteterna av svenska.

Mer specifikt syftar IVIP till att:

- Dokumentera och jämföra finlandssvenska och sverigesvenska.
- Undersöka kommunikativa mönster i autentiska samtal inom tre domäner: service, lärande och vård.
- Bidra till den internationella teoriutvecklingen genom att introducera en modell för att undersöka pluricentriska språk med utgångspunkt i interaktionell och pragmatisk variation.

Forskningsprogrammet består av fem delprojekt där de tre projekten inom domänerna service, lärande och vård utgör den empiriska basen för analys av kommunikativa mönster på mikronivå i samtalen. Empiriskt material från dessa delprojekt kommer att ingå i ytterligare ett delprojekt, korpusprojektet, som i samarbete med Språkbanken i Göteborg syftar till att upprätta en sökbar korpus med totalt ca 50 timmars jämförbara finlandssvenska och sverigesvenska samtal från de tre domänerna. Ett teoriutvecklande projekt är förlagt till programmets senare del med syfte att koppla samman resultaten från domänprojektens interaktionella mikroanalyser med en makroinriktad analys som tar hänsyn till faktorer såsom den historiska och sociopolitiska utvecklingen inom respektive nation, regional variation och språkkontakt. Relationen mellan faktiskt språkbruk och språknormer/språkideologier blir därmed central för delprojektet.

Materialinsamlingen till servicestudien har inletts under 2013 medan insamling av material till lärande- och vårdstudierna påbörjas först under 2014 respektive 2015, huvudsakligen inom ramen för de fyra postdoktorala tjänster som ingår i programmet. Under tiden har vi genomfört några pilotstudier på äldre, existerande material eller mindre material som vi samlat in för förberedande punktstudier av interaktionella fenomen. Vi har analyserat öppningar i telefonsamtal till serviceinrättningar och hur man ger och tar emot beröm och kritik i lärandesituationer som handledning (Norrby, Wide, Lindström & Nilsson 2012; Lindström, Nilsson, Norrby & Wide u.u.; Lindström 2014). Ytterligare en pilotstudie rör interpersonella relationer i läkare- och patientsamtal. Den studien presenteras närmare nedan.

Pilotstudie: tilltal och interpersonella orienteringar i läkare- och patientsamtal

Materialet för pilotstudien kommer från två stora korpusar med läkare- och patientsamtal:

1. INK: Interaktion i en institutionell kontext, Institutionen för nordiska språk och Institutionen för folkhälsovetenskap, Helsingfors universitet. Korpusen består av 20 samtal med patienter med fibromyalgi, inspelade i södra Finland och Österbotten 1996–2000 (Lindholm 2003).
2. LOP: Läkare- och patientsamtal, Institutionen för nordiska språk, Uppsala. Korpusen består av 15 samtal med patienter som lider av reumatiska sjukdomar, inspelade i Mellansverige 1988–1992 (Melander Marttala 1995).

Korpusarna är på flertalet punkter jämförbara. I samtliga fall rör det sig om samtal mellan en läkare och en patient där patienterna lider av likartade

sjukdomar. Vissa av samtalen är nybesök medan andra är återbesök. Samtalen är inspelade för relativt länge sedan – de äldsta är 25 och de nyaste knappt 15 år gamla. En studie av kommunikativa mönster i dessa samtal kan därmed bli en intressant utgångspunkt för en senare jämförelse med nyinspelat material inom programmets vårdprojekt och ge kunskap om eventuella förändringar i hur interpersonella relationer skapas och upprätthålls i samtal av denna typ.

För att illustrera hur samtalen kan se ut återger vi nedan tre exempel från olika samtal. Exempelen kommer från den avslutande delen av konsultationen där läkaren är igång med att sammanfatta patientens situation och ge eventuella råd innan man tackar och tar avsked.²

Det korta utdraget i (1) kommer från slutet på ett sammanlagt 29 minuter långt läkarbesök i Finland då läkaren är igång med att sammanfatta patientens allmänna sociala situation. Strax efter utdraget inleds avslutningssekvensen.

(1) INK 8. Samtal mellan läkare (L2) och patient (P8) inspelat 1998.

01 L2: vänja sej vi och kanske påverka i den
02 mån de går
03 (1.4)
04 L2: men att eh de+e ju viktigt i alla fall
05 att att att att de bli- sker en viss
06 uppföljning å då tycker ja de+e bra som
07 de ha kommi fram °att att att° de finns
08 en en en läkarkontakt? å
09 [(-) (nu) å den här
10 P8: [mm
11 L2: föreningskontakten? å
12 [också arbets]kamraters [kontakt]
13 P8: [mm] [mm]
14 L2: som gör att man nu kommer (.hh) kan
15 kan fundera tisammans på di här be°svären
16 å de+e de+e ju (-) nog°
17 (0.5)

Det som är slående i exempel (1) är att läkaren talar om patientens förhållanden helt utan att tilltala patienten direkt en enda gång. Istället använder sig läkaren av diverse opersonliga konstruktioner: ...att det sker en viss uppföljning (rad 5–6), ...att det finns en läkarkontakt (7–8), ... å den här föreningskontakten å också arbetskamraters kontakt (rad 9, 11–12) och

² Vi har påbörjat en separat studie av avskedssekvenserna i materialet och preliminära iakttagelser om avskedsinitierande signaler presenterades på OFTI-konferensen i Uppsala 26–27 september 2013.

att man nu kommer kan fundera tillsammans på de här besvären (rad 14–15).

Exempel av den här typen illustrerar hur man kan visa respekt för patientens personliga integritet genom att inte komma för nära patienten genom direkt tilltal. I vad mån läkarens opersonliga konstruktioner ska ses som ett aktivt val för att undvika tilltal är naturligtvis svårt att sja om, men de är under alla förhållanden exempel på icke-tilltal där direkt tilltal hade varit möjligt. Ett liknande mönster för att visa respekt förekommer också i finska (Yli-Vakkuri 2005).

I exempel (2) hämtat från ett 36 minuter långt samtal i Sverige är läkaren i färd med att avsluta konsultationen genom att planera för framtida kontakter. Direkt efter sekvensen som återges i (2) initieras avslutningssekvensen med tackanden och avskedsfraser.

(2) LOP 15. Samtal mellan läkare (L) och patient (P) inspelat 1992.

01 L: annars kan vi sätta upp dej på ett besök
02 men då e risken den att de=
03 P: =fast de e lite dumt=
04 L: =ja ja tycker också [de e bättre=
05 P: [mm
06 L: =att du kommer när du har mycke besvär
07 P: mm
08 L: men då skriver vi så Louise å så,
09 P: mm+m
10 L: ses vi då
11 P: ja
12 L: då hörs vi på telefon
13 P: mm

Exemplet skiljer sig markant från (1) ifråga om hur interpersonella relationer kommer till uttryck. I (2) tilltalar läkaren patienten direkt (med du-tilltal) vid flera tillfällen: ...*kan vi sätta upp dig* (rad 1) och ...*du kommer när du har mycket besvär* (rad 6). Läkaren använder också förnamnstilltal (rad 8) som kan ses som en strategi för att minska den sociala distansen. Läkaren använder även pronomenet *vi* vid flera tillfällen (rad 1, 8, 10, 12). I synnerhet formuleringarna ... *kan vi sätta upp dig på ett besök* (rad 1) och *men då skriver vi så Louise* (rad 8) är intressanta som exempel på hur läkaren inkluderar patienten i en verksamhet som patienten knappast är delaktig i utan *vi* syftar på läkaren själv eller möjligen kollektivt på mottagningen.

Exempel (1) och (2) demonstrerar alltså mycket tydliga skillnader i strategier för hur man uttrycker interpersonella relationer i Sverige och Finland. Men skillnaden är inte alltid fullt så stor som detta kan ge intryck av, vilket visas i exempel (3) hämtat från ett annat samtal i INK-korpusen från Finland.

(3) INK 18. Samtal mellan läkare (L4) och patient (P18) inspelat 1998.

01 L4: du fortsätter me Voltaren tar du två
02 om dan nu
03 (p)
04 P18: ja tar två om dan
05 L4: mm+m (.h) du kan ju sen försöka efter några
06 veckor att att prova att ta bara [en om dan
07 P18: [mm+m
08 L4: å si om de räcker att [du kan så småningom
09 P18: [mm+m
10 L4: trappa ut de
11 P18: mm+m (.h) ja tänkte nästan sluta i söndas
12 (.h) å och lämna bort dom men sidu då kom
13 de nog igen [de här
14 L4: [ja+a
15 (p)
16 P18: (.h) så ja tänkt att he va no lite för
17 °tidit°
18 (p)
19 L4: å trappa gärna ner de [på de vise [så att
20 P18: [ja [mm+m
21 L4: int du slutar (p) [tvärt (-)
22 P18: [allt på en gång [jä
23 L4: [nä+å ja
24 tycker du kan göra de (.h) å du e no så
25 pass öm så no kan de hända du behöver de
26 [ett tag ännu]
27 P18: [jä+å] (p) precis
28 (p)

Exempel (3) kommer från slutminuterna i samtalet och genast därefter initieras avslutningssekvensen. I utdraget tilltalar läkaren patienten direkt med *du* inte mindre än åtta gånger och patienten använder vid ett tillfälle den informella diskursmarkören *sidu* (rad 12). Precis som i tidigare exempel är det svårt att avgöra exakt varför läkaren väljer att paketera sina yttranden på ett visst sätt men vi kan konstatera att merparten av läkarens yttranden som innehåller direkt tilltal i (3) lika gärna hade kunnat konstrueras som uppmaningar utan tilltal. Faktum kvarstår att exempel (3) skiljer sig markant från exempel (1) ur samma korpus vilket alltså illustrerar en betydande variation i det finlandssvenska materialet i fråga om tilltalsstrategier.

För att åskådliggöra skillnader i tilltal på en övergripande nivå har vi sammanställt den totala tilltalsfrekvensen i samtliga samtal (Tabell 1). Som tilltal har räknats alla förekomster av *du* och *ni* som syftar på en person. I beräkningen ingår även böjda former (*dig, din, ditt, dina* osv.). Som framgår av tabell 1 är det generellt mycket mer tilltal i LOP (Sverige): hälften av samtalen (markerat i mörkgrått) innehåller mer direkt tilltal än något samtal i

INK (Finland), medan drygt hälften (12 av 20) av samtalen i INK har lägre tilltalsfrekvens än något LOP-samtal (markerat i ljusgrått). Detta avspeglas naturligtvis också i median- och medelvärdena som är betydligt högre i det sverigesvenska materialet: medel i LOP är 2,63 tilltalsförekomster per 1000 ord medan motsvarande siffra är 1,06 i INK.

Tabell 1. Relativ frekvens av tilltal (*du/ni*) i LOP och INK i stigande ordning³

LOP <i>du</i>		INK <i>du</i>		INK <i>ni</i>	
Samtal:	Relativ frekvens:	Samtal:	Relativ frekvens:	Samtal:	Relativ frekvens:
4	1,58	17	1,00	7	0,34
12	1,60	13	1,09	8	0,42
9	1,64	2	1,13	14	0,78
8	1,75	4	1,34	5	1,11
7	1,77	18	1,34	6	1,24
10	2,27	9	1,41	19	2,45
6	2,35	11	1,50		
13	2,51	12	1,74		
3	2,89	10	1,76		
5	2,98	16	1,85		
15	3,59	15	2,13		
11	3,65	1	2,15		
1	3,88	3	2,47		
14	4,22	20	2,47		
Median:	2,43		1,63		0,95
Medel:	2,62		1,67		1,06

Generellt visar översikten också att det formella tilltalspronomenet *ni* aldrig förekommer i LOP medan det finns sex samtal i INK med genomgående *ni*-tilltal. När *ni* används finns en tydlig tendens att det generellt sett förekommer mindre tilltal i samtalet som helhet; det enda undantaget här är samtal 19 som har en hög frekvens av tilltal (2,45). Att *ni* ofta samvarierar med en låg tilltalsfrekvens antyder att man undviker direkt tilltal och använder andra sätt att uttrycka interpersonella relationer, vilket vi såg i det första exemplet från INK.

³ Samtal LOP 2 har uteslutits helt ur våra analyser då deltagarna i den ursprungliga studien ville utesluta vissa partier. Vi fann det av den anledningen lämpligast att helt avstå från att använda materialet.

Sammanställningen i tabell 1 ger den totala relativa frekvensen av tilltal i respektive samtal, men säger inget om fördelningen mellan läkare och patient. Det finns dock ett klart mönster att det är läkaren som har den högsta relativa frekvensen tilltal medan patienten använder tilltal sällan eller inte alls. Beräkningarna säger heller inget om de specifika förutsättningarna i en viss konsultation, men bekräftar de generella intrycken av samtalen i sin helhet i respektive varietet. Den höga förekomsten av direkt tilltal i de sverigesvenska samtalen signalerar att deltagarna betonar informalitet och liten distans medan låg tilltalsfrekvens och mer formellt tilltal i de finlandssvenska samtalen signalerar respekt för samtalspartners integritet.

Samtalen är delvis tillkomna i olika kontexter där vissa samtal är nybesök eller inskrivningssamtal medan andra är återbesök. Med utgångspunkt i hur interpersonella relationer etableras i samtal är det rimligt att anta att det är skillnad på nybesök och återbesök. Vid ett nybesök där deltagarna inte känner varandra är den sociala distansen mer påtaglig medan den vid återbesök får antas vara lägre av den enkla anledningen att parterna redan tidigare haft möjlighet att förhandla om sina inbördes relationer. Att större social distans har betydelse för val av mer formellt tilltal och/eller undvikande av tilltal har konstaterats i flera undersökningar (se t.ex. Clyne, Norrby & Warren 2009).

En inte alltför djärv hypotes är alltså att formellt tilltal (*ni*) och/eller låg frekvens av tilltal i ett samtal kan hänga samman med att det rör sig om nybesök. Ser vi till de fem samtal i INK som har *ni*-tilltal och låg tilltalsfrekvens är samtliga nybesök där läkare och patient inte träffats tidigare vilket alltså bekräftar hypotesen. (Vi återkommer strax till det avvikande fallet, INK 19.) För de sverigesvenska LOP-samtalen bekräftas dock hypotesen inte då det visar sig att fem av de sju samtalen som har högst tilltalsfrekvens är nybesök medan fem av de sju samtalen med lägst tilltalsfrekvens är återbesök. Utifrån detta kvantitativa resultat förefaller det alltså finnas en tendens i det sverigesvenska materialet att använda strategier för att minska det sociala avståndet vid nybesök genom ett frekvent duande, medan det i de finlandssvenska samtalen finns en (förväntad) tendens att bevara social distans vid nybesök genom *ni*ande och låg tilltalsfrekvens.

Det samtal med *ni*-tilltal och näst högst frekvens av tilltal (relativ frekvens av 2,45) i INK-korpusen förtjänar en kommentar eftersom det så tydligt bryter mot mönstret. En möjlig förklaring står att finna i deltagarroller – det är samma läkare i INK 19 och INK 20, som är det samtal med högst tilltalsfrekvens i hela INK (2,47), men med den skillnaden att det genomgående är *du*-tilltal i INK 20. Det finns emellertid en markant skillnad mellan patienterna. I INK 20 är patienten i tjugoårsåldern och *du*as medan patienten i INK 19 tillhör en äldre generation och *nias*. I det här specifika fallet förefaller alltså läkaren tillämpa åldersrelaterat tilltal. Det är i båda fallen fråga om återbesök.

Slutsatser och framtida forskning

Våra resultat visar att det finns klara tendenser till ett mindre formellt pronomentilltal i de sverigesvenska samtalen. Samtidigt kan inte tilltalsstrategierna beskrivas enbart utifrån bruk av *du* eller *ni*. Man utnyttjar speciellt i de finlandssvenska samtalen olika slags tekniker för undvikande av direkt tilltal, såsom opersonliga konstruktioner, bruk av *man* (se exempel 1) och passivkonstruktioner, medan det i de sverigesvenska samtalen förekommer (enstaka) fall av förnamnstilltal och *vi*-konstruktioner som kan syfta till att minska den sociala distansen (se exempel 2). I vårt fortsatta arbete om hur interpersonella relationer etableras i läkare- och patientsamtal studerar vi också andra konstruktioner än direkt tilltal mer ingående.

De pragmatiska skillnader – distans/respekt för den andres integritet gentemot närhet/gemenskap, solidaritet – som vi kunnat demonstrera i språkbruket/interaktionen på mikronivå i föreliggande artikel kan kopplas till de relationer som byggs upp i samtalet utifrån de direkta kontextuella förutsättningarna (t.ex. deltagarroller, nybesök/återbesök, åldersskillnader). I förlängningen kan sådana skillnader också relateras till mer övergripande sociokulturella skillnader i respektive samfund på makronivå där inte minst (språk)kontakt med finska kan ha betydelse (Wide 2014). Detta är ett spår som vi kommer att fördjupa längre fram när vi analyserat interaktionella mönster på mikronivån i större omfattning och i större detalj.

Vid analys av kommunikativa mönster möter således mikro- och makroplanen varandra. Vi kan förvänta oss att finna: *nationella skillnader* där kulturella kontexter och språkkontakt har betydelse, *pragmatiska skillnader* där förväntningar på aktivitetstyper och deltagarroller spelar in och *individuella skillnader* där lokala händelser i interaktionen blir relevanta. Därutöver är det även sannolikt att *regionala skillnader* i hur interpersonella relationer uttrycks i samtalen förekommer. I de nya data som samlas in i IVIP-programmets delprojekt görs insamlingen på olika orter runtom i Sverige och Svenskfinland vilket möjliggör inte bara ett nationellt utan också ett regionalt jämförande perspektiv.

Litteratur

- Auer, Peter 2014. Enregistering pluricentric German. I: A. Soares da Silva (red.), *Pluricentricity: Language Variation and Sociocognitive Dimensions*. (Applications of Cognitive Linguistics 24.) Berlin: Mouton de Gruyter. S. 19–48.
- Clyne, Michael (red.) 1992. *Pluricentric languages*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Clyne, Michael, Norrby, Catrin & Warren, Jane 2009. *Language and Human Relations. Styles of Address in Contemporary Language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fremer, Maria 1997. Indirekt personlig referens i servicesamtal. I: S. Haapamäki (red.), *Svenskan i Finland 4*. Åbo: Svenska institutionen, Åbo Akademi. S. 51–

- Lindholm, Camilla 2003. Frågor i praktiken. Flerledade frågeturer i läkare-patientsamtal. Helsingfors: Svenska litteratursällskapet i Finland.
- Lindström, Jan 2014. Uppringaren öppnar samtalet. Svenska, finlandssvenska och finska konventioner. I: R. Kosunen, K. Lepistö & P. Rossi (red.), *Svenskan i Finland 14* (Studia Humaniora Ouluensia 14). Uleåborg: Uleåborgs universitet. S. 137–150.
- Lindström, Jan, Nilsson, Jenny, Norrby, Catrin & Wide, Camilla u.u. Le Suédois en Finlande – et en Suède. Aspects de la langue, locuteurs et variation. I: Carayol, M. & R. Peltola (red.), *Singularités, pluralités – Identités linguistique et littéraires en Finlande*. Caen: Presses universitaires de Caen.
- Melander Marttala, Ulla 1995. *Innehåll och perspektiv i samtal mellan läkare och patient. En språklig och samtalsanalytisk undersökning*. Uppsala: Institutionen för nordiska språk, Uppsala universitet.
- Norrby, Catrin, Wide, Camilla, Lindström, Jan & Nilsson, Jenny 2012. Finland Swedish as a non-dominant variety of Swedish – extending the scope to pragmatic and interactional aspects. I: R. Muhr (red.), *Non-Dominant Varieties of Pluricentric Languages: Getting the Picture. In memory of Michael Clyne*. Frankfurt am Main: Peter Lang. S. 47–60.
- Reuter, Mikael 1992. Swedish as a pluricentric language. I: M. Clyne (red.), *Pluricentric Languages*. Berlin: Mouton de Gruyter. S. 101–116.
- Saari, Mirja 1995. ”Jo, nu kunde vi festa nog”. Synpunkter på svenskt språkbruk i Sverige och Finland. *Folkmålsstudier*. 36. S. 75–108.
- Saari, Mirja 1997. Finlandssvenskan i sociokulturell belysning. I: M. Fremer, P. Lilius, & M. Saari (red.), *Norden i Europa. Brott eller kontinuitet*. Helsingfors: Institutionen för nordiska språk och nordisk litteratur, Helsingfors universitet. S. 27–43.
- Schneider, Klaus, P. & Barron, Anne (red.) 2008. *Variational pragmatics. A focus on regional varieties in pluricentric languages*. Amsterdam: Benjamins.
- Wide, Camilla 2014. Språkkontakt och interaktion. I: R. Kosunen, K. Lepistö & P. Rossi (red.), *Svenskan i Finland 14* (Studia Humaniora Ouluensia 14). Uleåborg: Uleåborgs universitet. S. 9–31
- Wide, Camilla & Lyngfelt, Benjamin 2009. Svenska i Finland, grammatiken och konstruktionerna. I: C. Wide & B. Lyngfelt (red.), *Konstruktioner i finlandssvensk syntax. Skriftspråk, samtal och dialekter*. (Skrifter utgivna av Svenska litteratursällskapet i Finland 716.) Helsingfors: Svenska litteratursällskapet i Finland. S. 11–43.
- Yli-Vakkuri, Valma 2005. Politeness in Finland: Evasion at all costs. I: L. Hickey & M. Stewart (red.), *Politeness in Europe*. Clevedon: Multilingual Matters. S. 189–203.