

Vems vårdplan?

En studie av mottagaranpassningsstrategier i fyra regioners Min vårdplan för bröstcancerpatienter

Caroline Björklund

Institutionen för svenska och flerspråkighet

Examensarbete 15 hp

Svenska

Språkkonsultprogrammet 180 hp

Vårterminen 2018

Handledare: Charlotte Hommerberg

English title: Whose care plan? A study of target group adaption in four healthcare regions' My care plan for breast cancer patients



**Stockholms
universitet**

Vems vårdplan?

En studie av mottagaranpassningsstrategier i fyra regioners Min vårdplan för bröstcancerpatienter

Caroline Björklund

Sammanfattning

Individuella vårdplaner för cancerpatienter infördes 2009 i och med den nationella cancerstrategin och syftar till att ge varje patient en samlad bild av besök, behandling och sjukdom. I den här uppsatsen undersöks olika strategier för mottagaranpassning i fyra regioners Min vårdplan för patienter med bröstcancer. Med utgångspunkt i den systemisk-funktionella grammatiken görs en interpersonell analys av tilltal och omtal respektive modalitet, för att dels kunna beskriva vilka mottagare som pekas ut i texten och erbjuds identifikation, och dels undersöka hur avsändarna kommunicerar information av olika karaktär till mottagarna. För att besvara det senare grundar sig analysen även till viss del i indirekthet och artighetsstrategier. Resultatet visar att de fyra vårdplanerna alla har ett relativt konsekvent du-tilltal, särskilt i introduktionsavsnitt som fungerar relationsskapande. Ibland specificeras *du*:et genom efterställda attribut av typen "[du] som har fått diagnosen bröstcancer". Men ibland övergår tilltalet till ett mer distanserat omtal i information av mer känslig eller hotande karaktär, till exempel i beskrivningar av känslor, sociala påföljder eller biverkningar. I sådan information är det även vanligt att använda modalitet av lägre sannolikhets- och vanlighetsgrad, som ett sätt att förmildra det som påstås. Resultatet visar också en skillnad i hur uppmaningar uttrycks: instruktioner av viktigare, och kanske därmed mer hotande, karaktär uttrycks oftare inkongruent med du-tilltal och förpliktelsemodalitet, möjligen som ett sätt att rikta dessa viktiga uppmaningar till mottagaren och med modalitetsmarkörer förklara hur viktigt det är att uppmaningen följs. De största skillnaderna mellan de fyra vårdplanerna visar sig i omtal av kvinnor och män och därmed vem man signalerar att mottagaren av texten är. Det leder till en avslutande diskussion om för- och nackdelar med mottagaranpassning – kan inkludering bli exkluderande?

Nyckelord

Mottagaranpassning, patientinformation, bröstcancer, Min vårdplan, systemisk-funktionell grammatik, tilltal, omtal, modalitet, identifikation, inkludering, exkludering, indirekthet, artighetsstrategier

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
1.1 Patientinformation i cancervården	1
1.2 Varför analysera bröstcancerinformation?	1
1.3 Syfte och frågeställningar	2
1.4 Disposition	2
2 Teoretiska utgångspunkter	3
2.1 Systemisk-funktionell grammatik	3
2.1.1 Situationskontexten	3
2.1.2 Språkets metafunktioner	3
2.2 Indirekthet och artighetsstrategier	4
2.3 Tidigare forskning	5
3 Material och metod	7
3.1 Material	7
3.1.1 Vårdplanerna	7
3.2 Analysmetod – interpersonell textanalys	7
3.2.1 Tilltal och omtal	8
3.2.2 Modalitet	8
4 Resultat	10
4.1 Situationskontexten	10
4.1.1 Verksamhet	10
4.1.2 Deltagare	10
4.1.3 Kommunikationssätt	10
4.2 Region Jönköpings län	11
4.2.1 Tilltal och omtal	11
4.2.2 Modalitet	13
4.2.3 Sammanfattning	14
4.3 Region Västmanland	15
4.3.1 Tilltal och omtal	15
4.3.2 Modalitet	18
4.3.3 Sammanfattning	19
4.4 Region Östergötland	19
4.4.1. Tilltal och omtal	19
4.4.2 Modalitet	22
4.4.3 Sammanfattning	23
4.5 Västra Götalandsregionen/Region Halland	23
4.5.1 Tilltal och omtal	23

4.5.2 Modalitet.....	26
4.5.3 Sammanfattning	26
5 Slutsatser och diskussion	28
5.1 Vilka pekas ut som mottagare?	28
5.2 Hur påverkar informationens karaktär på vilket sätt den kommuniceras?	29
5.2.1 <i>Vi</i> och <i>du</i> etablerar relationen	29
5.2.2 Hypotetiska känslotillstånd präglas av indirekthet	29
5.2.3 Fakta om sjukdom och behandling saknar ofta direkt tilltal.....	29
5.2.4 Potentiellt hotande uppmaningar uttrycks ofta inkongruent	29
5.3 Viktiga skillnader mellan de fyra vårdplanerna	30
5.4 Kan inkludering bli exkluderande?	30
5.5 Avslutande reflektioner	31
Referenser.....	32

1 Inledning

1.1 Patientinformation i cancervården

Individuella vårdplaner för cancerpatienter infördes 2009 i samband med den så kallade nationella cancerstrategin. I den offentliga utredning som ledde fram till cancerstrategin (SOU 2009:11) föreslås bland annat att varje patient får en individuell vårdplan och en fast kontaktperson i vården. Sex regionala cancercentrum (RCC) inrättades för att samordna cancervården i Sverige och de arbetar tillsammans med Sveriges kommuner och landsting (SKL) för en bättre och mer jämlik cancervård nationellt. De har tagit fram en mall för Min vårdplan, men ofta tar regioner och landsting fram lokalt anpassade vårdplaner. På RCC:s webbplats beskrivs syftet med vårdplanerna (2018):

”Alla patienter med cancer ska ha en skriftlig Min vårdplan (MVP). Vårdplanen ska vara skriven för och med patienten och innehålla tider för undersökningar och behandlingar, kontaktuppgifter med mera.”

Utöver den nationella cancerstrategin ställs krav och önskemål på vårdplanerna från annat håll. I kapitel 3 i patientlagen (SFS 2014:821) avhandlas krav på information till patienten. Där beskrivs bland annat att patienten ska få information om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, det förväntade vård- och behandlingsförloppet och eftervård, såväl som information om möjligheten att välja behandlingsalternativ och rätten till ny medicinsk bedömning (se patientlagen kap. 3 för fullständig lista på informationsrättigheter). Det specificeras inte om detta ska finnas skriftligen, men det är tydligt att vårdplanerna påverkas av patientlagens krav. Bland annat innehåller alla undersökta vårdplaner information om rätten till förnyad medicinsk bedömning.

RCC Väst har ett Patient- och närståendeperspektivråd som har tagit fram en broschyr riktad till vården, med den fullständiga titeln *Så vill vi ha det! Patienters och närståendes önskemål om omhändertagande och bemötande i cancervården* (2015). I den uttrycks konkreta önskemål om vad en vårdplan ska innehålla. Bland annat efterfrågas en översikt över hela den planerade behandlingen med tider för nästa besök inskrivna i vårdplanen. Man efterfrågar även basinformation om sjukdomen, behandlingarna och stöd ”som komplement till informationen på 1177 Vårdguiden”, samt information om rättigheter enligt patientlagen. I den här analysen undersöker jag inte rent innehållsliga aspekter, men broschyren är ändå relevant att nämna i sammanhanget och kan ha en roll i framtida studier.

Vårdplanerna ges i fysisk form till patienten efter att diagnos har fastställts. Tanken är därefter att patienten tillsammans med sin kontaktsjuksköterska ska fylla i vårdplanen i samband med nya besök och behandlingar. Patienten kan ha vårdplanen som informationsstöd och ett slags schema över den planerade behandlingen. En mer utförlig kontextuell beskrivning av de analyserade vårdplanerna ges i avsnitt 4.1.

1.2 Varför analysera bröstcancerinformation?

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen efter prostatacancer och den drabbar cirka 9 000 personer varje år i Sverige. Knappt en procent av dem som drabbas är män. De flesta som drabbas är över 60 år och de flesta blir friskförklarade. Men det finns de som av olika skäl har sämre prognos, som är yngre, eller som inte är kvinnor. Många patienter genomgår en liknande behandling, men den kan skilja sig beroende på hur sjukdomen artar sig, när den upptäcks och hur gammal patienten är.

Att få en cancerdiagnos kan ställa livet på ända. De svårigheter som diagnosbeskedet innebär för den drabbade individen ställer höga krav på korrekt, relevant och tydlig information som är anpassad till mottagaren och dennes situation. Studier har visat att bröstcancerpatienter värderar sitt

informationsbehov väldigt högt, särskilt information om sjukdomen och behandling (Galloway, Graydon & Harrisson 2008).

I broschyren *Så vill vi ha det* beskriver man cancerbeskedet i relation till informationsbehov:

”När vi får veta att vi har cancer tappar vi fotfästet. När framtiden blir oviss och allt blir kaos i tillvaron behöver vi något att hålla oss till – att veta vad nästa steg är.”

Mottagaranpassad information i det läget behöver inte bara kunna visa vad nästa steg är, utan också kunna göra det med hänsyn taget till att tillvaron känns kaosartad och att alla patienter inte ser likadana ut. Att undersöka huruvida information är mottagaranpassad eller inte kräver betydligt mer underlag än det som ryms inom ramen för den här uppsatsen. Vad som däremot ryms är att undersöka vilka mottagare som synliggörs i texten och hur dessa framställs. Finns det ett *du* i texten? Hur definieras *du*? Vilka identifikationsmöjligheter erbjuds mottagaren genom tilltal och omtal?

En annan intressant sida av mottagaranpassningen är att se hur avsändaren hanterar komplexiteten i att vara förstående och bjuda in till identifikation, men samtidigt vara respektfull och inte tillskriva mottagaren känslor och upplevelser som kanske inte stämmer. Om du-tilltal används, används det genomgående eller bara i viss typ av information? Kommer komplexiteten till uttryck på andra sätt?

1.3 Syfte och frågeställningar

Syftet med den här studien är att synliggöra olika mottagaranpassningsstrategier i fråga om vilka identifikationsmöjligheter mottagaren erbjuds och vilka strategier som används i texterna för att ge mottagaren olika typer av information, till exempel information som kan upplevas som hotande eller som bara aktuellt för en bråkdel av mottagarna. För att uppnå syftet gör jag en analys av tilltal, omtal och modalitet, genom vilken jag vill besvara följande två frågeställningar:

- Vilka pekas ut som mottagare och inbjuds till identifikation?
- Hur påverkar informationens karaktär på vilket sätt den kommuniceras?

Anledningen till att jag har valt ut texter från fyra olika regioner är att se vilka skillnader och likheter som finns mellan de fyra texterna. Jag beskriver och reflekterar kring återkommande drag såväl som skillnader i kapitel 5.

1.4 Disposition

I kapitel 2 ges en beskrivning av de teoretiska utgångspunkter och den tidigare forskning som legat till grund för min analys och val av studieobjekt. I kapitel 3 följer sedan en genomgång av det analyserade materialet och de analysmetoder som använts.

Kapitel 4 inleds med en övergripande kontextuell analys som gäller för samtliga fyra vårdplaner. Därefter går jag igenom de enskilda vårdplanerna för sig och avslutar varje analys med en kort sammanfattning. Slutligen i kapitel 5 diskuterar jag resultatet utifrån mina frågeställningar och tidigare forskning och för en kritisk diskussion av frågor som aktualiseras i studien.

2 Teoretiska utgångspunkter

De analysmetoder som används för att undersöka kontext och interpersonella aspekter i materialet bygger på den systemisk-funktionella grammatiken. Den interpersonella analysen knyts till teorier om indirekthet och artighetsstrategier, eftersom det kan ge förklaringar till hur tilltal och modalitet används i materialet.

2.1 Systemisk-funktionell grammatik

Den systemisk-funktionella grammatiken (SFG) utvecklades av lingvisten Michael Halliday (Holmberg & Karlsson 2013) och finns beskriven i *An introduction to functional grammar* (Halliday & Matthiessen 2004, första upplagan från 1985). SFG kan ses som en modell för att utifrån en social och funktionell syn på språket beskriva, analysera och förstå kommunikation i olika sammanhang. Grundtanken är att betydelse uppstår socialt i specifika kontexter, och att betydelse inte nödvändigtvis behöver sammanfalla med ord och grammatik. Halliday och Matthiessen har skapat en dynamisk modell över språkets dimensioner (se *ibid*:21), som har tolkats och förenklats något av de svenska forskarna Holmberg & Karlsson (2013). De delar in kommunikation i *kontext*, *betydelse*, *lexikogrammatik* och *fysiska uttryck* och ger exempel på hur betydelse kan uttryckas utan att faktiska ord används: exempelvis kan ett barn som ännu inte lärt sig att prata uttrycka betydelsen ”jag vill ha äpple” genom att ta till de fysiska uttrycken ”aaaa” (2013:20). Inom SFG pratar man om att betydelser *realiseras* genom olika lexikogrammatiska och fysiska uttryck, och att olika språkliga uttryck bär på betydelsepotentialer.

2.1.1 Situationskontexten

Kontexten ligger som en ram runt ett uttryck och påverkar tolkningen av betydelse. Man kan bland annat prata om en texts *situationskontext*, vilket är den kontextuella nivå som ligger närmast texten och som analyseras i den här uppsatsen. Hellspong och Ledin (1997 kap. 6) ger en överskådlig bild av kontextbegreppet som helhet. Situationskontexten brukar analyseras i tre delar: *verksamhet*, *deltagare* och *kommunikationssätt* (*ibid*:50–56). I verksamheten beskrivs den verklighet i vilken texten har kommit till, till exempel en viss organisation som präglas av vissa normer, mål och diskurser som i sin tur påverkar hur en text ser ut. Deltagarna handlar om de verkliga deltagarna runt en text, de faktiska avsändarna, de tänkta mottagarna och den relation som är dem emellan – är den symmetrisk eller asymmetrisk? Kommunikationssättet handlar om hur texten utformas, vad dess syfte är och i vilken form den når mottagaren.

2.1.2 Språkets metafunktioner

Inom SFG utgår man från att språket består av tre metafunktioner: *den ideationella metafunktionen*, *den textuella metafunktionen* och *den interpersonella metafunktionen*. Jag lägger störst vikt vid att beskriva den interpersonella metafunktionen, eftersom det är den som analysen bygger på.

Den ideationella metafunktionen rör en texts innehåll, teman och processer: vad handlar texten om? Vad påstår texten? Vem gör vad i texten? Den textuella metafunktionen rör en texts ytskick, dess form. I en textuell analys undersöks sådant som ordval, textbindning och disposition. Den interpersonella metafunktionen handlar i stället om de relationella aspekterna i en text: hur påverkar deltagarrelationen hur betydelse uttrycks? Hur tilltalas mottagaren i texten och vilken närhet och distans präglas texten av? Vilka kommer till tals i texten och vilka attityder kommer till uttryck?

En stor del av den interpersonella metafunktionen handlar om att vi i alla yttranden uttrycker olika språkhandlingar: allmänna språkhandlingar och speciella språkhandlingar. I den här uppsatsen analyseras inte språkhandlingar som fenomen, men det är svårt att göra analysen utan att nämna dem.

Inom SFG pratar man om fyra allmänna språkhandlingar: påstående, fråga, uppmaning och erbjudande (Halliday & Mattheissen 2004:108–109). Dessa delas i sin tur in i utbyte av information respektive varor och tjänster. Påstående, fråga och uppmaning kan uttryckas kongruent, vilket innebär att de har en förväntad språklig form som realiserar språkhandlingens betydelse. Erbjudande saknar en kongruent form, men kan urskiljas med hjälp av de förväntade svarsdrag som språkhandlingen medför. I tabell 1 nedan illustreras de fyra allmänna språkhandlingarna med hjälp av egenkonstruerade exempel och förväntade svarsdrag, inspirerat av Halliday och Mattheissen (ibid).

Utbyte	Språkhandling	Språkligt uttryck	Förväntat svarsdrag
Information	Påstående	Det är soligt ute.	Ja, det är det/Är det? Nej det är det inte.
	Fråga	Hur är vädret?	Det är soligt Jag vet inte
Varor och tjänster	Uppmaning	Sätt på dig solglasögon!	Okej Nej
	Erbjudande	Jag har glass till dig. Vill du ha glass?	Tack!/Ja! Nej tack.

Tabell 1: De allmänna språkhandlingarna.

De tre språkhandlingar som har en kongruent form kan även uttryckas inkongruent, genom så kallade *grammatiska metaforer*. Sådana kan bland annat användas av artighetsskäl. Uppmaningen i tabell 1 ovan kan verka aggressiv och hotande om deltagarna inte känner varandra, eller om någon i maktposition säger det. Då kan det vara socialt smidigare att realisera uppmaningen genom en mindre direkt språkhandling, till exempel ett erbjudande: ”Vill du låna ett par solglasögon?”, eller som ett påstående: ”I den här starka solen är det nog bra att ha på sig solglasögon”.

Modalitet och tilltal är ytterligare begrepp som hör till den interpersonella metafunktionen. Det är sätt att modifiera språkhandlingar och rikta dem till specifika mottagare, samt bygga relationer i texten. Ett nära tilltal kan säga något om närhet och distans mellan avsändare och mottagare (Hellspong & Ledin 1997:179). Begreppen beskrivs närmare i kapitel 3 under *Analysmetod – interpersonell textanalys*.

2.2 Indirekthet och artighetsstrategier

Norrby beskriver hur indirekthet i kommunikation kan upprätthålla goda relationer genom att inte vara ansiktshotande (2014). Begreppet *ansikte* i det här fallet handlar om vår sociala status som kan hotas exempelvis genom att vi utsätts för tvång, skam eller andra negativa språkhandlingar. Begreppet ansiktshot kommer från Brown och Levinsons artighetsteori (*politeness theory*). De delar in ansiktshotbegreppet i positivt och negativt. Det negativa handlar om sådant som påverkar en individs handlingsutrymme, medan det positiva rör en persons personlighet och självbild. Sådant som kan hota en persons negativa ansikte är uppmaningar, råd och varningar, medan erbjudanden och löften är sådant som kan hota en persons positiva ansikte (Brown & Levinson 1987). Ansiktshot kan undvikas genom olika artighetsstrategier, exempelvis genom särskilt tilltal eller undvikande av direkta uppmaningar (som i solglasögonexemplet ovan). Norrby sammanfattar det som att ju högre risk att ett yttrande är hotande mot mottagaren, desto större är sannolikheten att det uttrycks indirekt genom olika artighetsstrategier, alternativt inte alls om hotet är för stort (2014). Detta är relevant att titta på i analysen av Min vårdplan, eftersom information om till exempel biverkningar, tuffa behandlingar och prognos kan vara hotande och känslig.

I analysen använder jag det mer allmänspråkliga begreppet ”hotande” för att beskriva uttryck som kan medföra olika former av ansiktshot.

2.3 Tidigare forskning

Vad jag känner till finns inga språkvetenskapliga studier av just Min vårdplan inom cancervården sedan tidigare. De är mer förekommande i andra ämnesområden. Jag har inspirerats mycket av Lena Engqvist Bomans avhandling *Encounters for learning and participation in breast cancer care* (2017) framför allt i valet av studieobjekt. Hon utgår från teorier om pedagogik och lärande i sin studie av hur kvinnor med bröstcancer lär sig om och förstår sin sjukdom, vård och livssituation under behandlingen, samt hur de upplever sitt deltagande i vården. Resultatet visar bland annat att informationen och framför allt dialogen med vårdpersonal är avgörande för lärandet och förståelsen, och därmed för känslan av delaktighet.

En språkvetenskaplig studie av patientinformation om bröstcancer står Gilstad, Sand och Brattheim (2017) för. De undersöker norsk webbaserad patientinformation och undersöker genom kritisk diskursanalys bland annat avsändare och mottagare och hur dessa aktörer synliggörs i texten. Detta liknar till stor del det jag gör i min analys, med undantaget att jag inte analyserar avsändarperspektivet. Deras resultat visar att bristande tilltal kan göra det svårare för den som läser att förstå vem som är den tänkta mottagaren. Detta kan vara särskilt viktigt när informationen är på webben, där vem som helst kommer åt den.

I den här studien finns inte samma problematik, eftersom informationen lämnas över fysiskt till patienten. Däremot kan innehållet i vårdplanen säga något om vem man som avsändare tänker sig att man riktar sig till. Om detta på något sätt kolliderar med hur den faktiska läsaren identifierar sig och förhåller sig till sin sjukdom skulle det kunna påverka identifikationsmöjligheterna negativt.

Ytterligare en språkvetenskaplig artikel som har varit relevant för mig att titta på är Anna-Malin Karlssons *När ska man söka vård?* (2015). Karlsson är en av forskarna i projektet *Hälsolitteracitet i informationssamhället*, och har som en förstudie till projektet författat en artikel om positioner och perspektiv i webbinformation om hjärtsjuka barn. Här är mottagarna inte de som är sjuka utan föräldrarna, vilket gör att bland annat modalitet och subjekt blir mer relevanta att undersöka i en interpersonell analys snarare än vem som inkluderas i ett *du*. Däremot undersöks omtal i perspektivanalysen, alltså ur vems perspektiv något berättas – föräldrarnas, barnets eller vårdens. De modalitetsmarkörer som förekommer i de undersökta texterna verkar handla om vilka behandlingar som kan komma att bli nödvändiga framöver. Det känner jag igen till viss del i mitt eget material, men det finns även skillnader i hur modalitet används. Jag återkommer till det i kapitel 5.

Lena Lind Palickis avhandling *Normaliserade föräldrar* (2010) har haft stor betydelse i arbetet med den här studien. Hon undersöker Försäkringskassans broschyrer bland annat i fråga om mottagaranpassning genom tilltal och omtal. Det görs utifrån begreppet *deiktiska rum*, som handlar om vem som genom tilltal, omtal och kontext pekats ut som mottagare, och hur olika mottagare framställs genom språkliga uttryck. Hon beskriver att olika snäva deiktiska rum kan skapa olika starka identifikationsmöjligheter för den som läser, beroende på hur väl avgränsad mottagargruppen är och om läsaren känner sig inkluderad i den mottagare som konstrueras (se *ibid*:69). Jag använder inte begreppet deiktiska rum, men Lind Palickis tankar om inkludering och exkludering genom tilltal och omtal och hur tilltalet påverkar identifikationsmöjligheterna har varit en viktig inspirationskälla.

Hur olika tilltal och konstruerandet av en läsare påverkar identifikationsmöjligheterna gör sig även påmint i Maria Källkvists uppsats (2016). Hon undersöker språkhandlingar, attityder, närhet och distans samt modellläsare i två mallar för cellprovskallelser, en äldre och en ny. Resultatet visar att den äldre kallelsen präglas av distanserade drag, med otydligt textjag och låg grad av du-tilltal. Den verkar rikta sig till äldre kvinnor som redan känner till provtagningsförfarandet, eftersom mycket information tas för givet. Den nyare kallelsen präglas i stället av närhet genom ett genomgående du-tilltal och direkta uppmaningar. Den verkar rikta sig till kvinnor som inte känner till cellprovsförfarandet så väl, och som behöver övertygas om att gå. Resultaten pekar i stora drag mot att den nya kallelsen är en förbättring mot den förra, men att informationsurvalet ihop med det nära tilltalet gör att inte alla mottagargrupper verkar inkluderas och prioriteras lika mycket.

Sofia Olofsson undersöker webbtexter inom psykiatrin som riktar sig till barn som anhöriga (2016). Hon utgår från teorier om artighetsstrategier och undersöker hur närhet och distans skapas i texterna samt hur man väljer att informera om ett känsligt ämne på ett respektfullt sätt. Resultatet visar att texterna pendlar mellan att förmedla närhet, genom personligt tilltal och läsarperspektiv, och distans, genom garderingar och indirekthet.

I kapitel 5 återknyter jag till tidigare forskning och diskuterar hur analysresultatet förhåller sig till tidigare forskningsresultat.

3 Material och metod

3.1 Material

Som språngbräda till studien kontaktade jag hösten 2017 en specialistsjuksköterska för att diskutera mina tankar. Av henne fick jag dels information om hur de har arbetat med Min vårdplan och dels en inbjudan till Regionala cancercentrums bröstcancernätverk där jag fick berätta om mina idéer. Utifrån det fick jag inspiration till inriktningar och kom i kontakt med ett antal sjuksköterskor runtom i Sverige som delade med sig av sina vårdplaner till mig. De fyra vårdplaner som utgör material i studien har valts ut dels för att de är relativt lika och därmed tacksamma att jämföra och dels för att jag kunde boka in intervjuer med de specialistsjuksköterskor som hade skickat materialet.

Intervjuerna var semistrukturerade och berörde framför allt hur vårdplanerna används i vardagen och hur de tagits fram. De var cirka 30 minuter långa och ägde rum i mars 2018. Intervjuerna har framför allt syftat till att möjliggöra en välgrundad kontextuell beskrivning av vårdplanerna i kapitel 4.

3.1.1 Vårdplanerna

I analysen har jag undersökt Min vårdplan från fyra regioner. Från början var ambitionen att endast titta på ett antal kortare avsnitt från varje vårdplan och jämföra dem med varandra. Jag insåg dock snart att den avgränsningen inte skulle ge någon rättvis bild av materialet som helhet. Därför har jag valt att använda allt material och ett mindre antal analysverktyg. Det har möjliggjort att få fram en djupare analys än vad det omvända hade kunnat medföra. I tabell 2 nedan beskrivs materialet.

Material	Omfång	Format	Avsändare
”Min vårdplan” Region Jönköpings län	21 s.	Fysisk broschyr i A5-format	Bröstmottagningen, länssjukhuset Ryhov Framtagen av sjuksköterskor med stöd av patienter.
”Min vårdplan” Region Västmanland	45 s.	Pärm i A4- format	Bröstenheten, Västerås sjukhus Framtagen regionalt av sjuksköterskor i samarbete med lokala patientföreningar
”Min vårdplan” Region Östergötland	21 s.	Fysiskt häfte i A5-format	Bröstenheten, Region Östergötland Framtagen av sköterskor; patienter har involverats
”Min vård- och rehabiliterings-plan” Västra Götalands-regionen & Region Halland	52 s.	Bok/ broschyr i A5-format	Västra Götalands-regionen och Region Halland Framtagen av omvårdnadsgruppen för bröstcancer på RCC Väst med patientrepresentanter.

Tabell 2: Material

3.2 Analysmetod – interpersonell textanalys

Jag har hämtat analysverktyg ur den systemisk-funktionella grammatiken och har då använt mig av *Vägar genom texten* (Hellspång & Ledin 1997) och *Grammatik med betydelse* (Holmberg & Karlsson 2013) som ett slags handböcker för mina analyser. Jag har även utgått från hur begreppen har använts i tidigare forskning.

Jag har närmat mig materialet induktivt, om än med något slags systemisk-funktionella glasögon, och låtit analysmetoderna framträda allt eftersom jag bekantade mig med materialet. Eftersom materialet är

så omfattande ville jag använda mig av mer avgränsade analysmetoder, men som ändå kunde täcka in mycket av det jag iakttog i materialet.

Med tilltal och omtal å ena sidan och modalitet å den andra, kan jag besvara mina två frågeställningar. Vilka som pekats ut kan besvaras genom en analys av pronomen och andra ord som kan syfta på mottagaren och i vilka sammanhang dessa förekommer. Hur informationens karaktär påverkar hur den kommuniceras undersöker jag genom att analysera förekomsten av tilltal och modalitet, och hur dessa interpersonella faktorer samspelar i olika typer av information.

3.2.1 Tilltal och omtal

Tilltal och omtal och de olika sammanhang de förekommer i är relevant att undersöka eftersom det säger något om vem den tänkta mottagaren är, vem som bjuds in till att identifiera sig med texten, vilka roller som tillskrivs ett *du* och hur man väljer att tilltala sin mottagare i olika sammanhang. Det kan visa vilken närhet eller distans man som avsändare har till sina mottagare (se t.ex. Hellspong & Ledin 1997:173, 179), och synliggöra hur det kan variera genom olika delar av en text.

I analysen undersöker jag direkt tilltal i form av *du*, *dig*, *din* och även *ni* och *jag* i de fall det är mottagaren som avses. Ett direkt tilltal pekar ut vem den tänkta mottagaren är och bjuder in hen att identifiera sig med det *du* som presenteras. Men det kan också verka exkluderande om det som står inte stämmer in på den som läser. Jag undersöker även användningen av *man* och vilka mottagare som verkar inkluderas i det omtalet. Andra sätt att omtala personer i texten kan säga något om vilka som är de avsedda mottagarna (Lind Palicki 2010:77). Därför analyserar jag även omtal som *patienten*, *många*, *de flesta*, *kvinnor*, *män*, *alla*. Jag avslutar även tilltalsanalysen av varje text med att undersöka i vilka sammanhang man väljer att avstå från ett direkt tilltal. Presenteras något som rena fakta där mottagarens roll är oväsentlig, eller är det någon annans perspektiv som framhålls i stället?

För att kunna säga något om det tilltal som används i texterna undersöker jag även i vilka sammanhang de förekommer, eller inte förekommer. Jag undersöker hur *du* används för att definiera mottagargruppen genom efterställda attribut, exempelvis ”du som är/har ...”, och analyserar även tilltalet i relation till det innehållsliga sammanhanget – handlar det om patientens egna operationsförberedelser eller ges en statistisk beskrivning av bröstcancer i Sverige?

Jag undersöker även bruket av språkhandlingen uppmaning i kongruent och inkongruent form och med eller utan du-tilltal, för att se om det skiljer sig åt för olika delar av texterna. Hellspong och Ledin (1997:179–182) beskriver i sin analys av instruktioner för p-pilleranvändning hur det direkta tilltalet i anvisningar varierar mellan kongruenta uppmaningar i imperativ och inkongruenta uppmaningar där mottagaren skrivs in i en passivkonstruktion, som i exemplet nedan.

Kongruent uppmaning i imperativ:	ta tablettens på morgonen.
Inkongruent uppmaning i passiv:	tablettens tas på morgonen.

I min analys blir det även intressant att titta på en tredje variant, nämligen inkongruenta uppmaningar med du-tilltal, eftersom det därmed signalerar närhet till mottagaren och gör den till en aktiv aktör:

Inkongruent uppmaning med du-tilltal:	du tar tablettens på morgonen.
---------------------------------------	--------------------------------

Hellspong och Ledin beskriver även hur känsligare information ofta ges utan något direkt tilltal. När det i deras analyserade p-pillertext informeras om möjliga biverkningar används i stället omtalet *kvinnor* eller *patienter*, i stället för det mer direkta *du*. Samma fenomen undersöks i min analys.

3.2.2 Modalitet

Jag ser på begreppet modalitet som hemmahörande i den interpersonella metafunktionen, liksom Holmberg och Karlsson (2013) och Holmberg, Karlsson och Nord (2011). Hellspong och Ledin (1997) analyserar det i stället som ett ideationellt fenomen. De framhåller förvisso att ”modalitet är en kategori som ligger mittemellan den ideationella och den interpersonella strukturen”, men väljer ändå att analysera den i förhållande till propositioner. I den här studien blir det relevant att betrakta

modalitet från ett interpersonellt perspektiv, eftersom den säger något om attityder och sociala strategier i det interpersonella samspelet som finns i texter. Holmberg beskriver i *Funktionell textanalys* att ”att modalitet räknas som en interpersonell grammatisk resurs beror på att val av modalitet påverkar satsens interaktionella potential” (2011:106).

Modaliteten är relevant att analysera jämte tilltalet eftersom det tillsammans kan säga något om avsändarens relation till mottagaren, vem mottagaren är eller förväntas vara, och vilka strategier som används för att informera eller instruera mottagaren i olika sammanhang. Modalitetsmarkörer är till exempel vanligt förekommande i inkongruenta uppmaningar, ”du *måste* ta tabletten varje dag”, men även för att förmildra det som sägs, som ett sätt att gardera sig.

De fyra betydelserna som kan uttryckas med modalitet är *sannolikhet*, *vanlighet*, *förpliktelse* och *villighet*. Dessa fyra kan uttryckas i olika grader: låg grad, medelhög grad eller hög grad. Jag analyserar framför allt modalitet som uttrycker sannolikhet och förpliktelse, och i några fall vanlighet, så jag kommer att beskriva de tre och lämna villigheten därhän (för den som är intresserad av att veta mer om alla fyra modalitetsbetydelser rekommenderar jag Holmberg & Karlsson (2013)).

I tabell 3 nedan ger jag exempel på olika modalitetsmarkörer som används för att uttrycka de tre graderna av betydelserna sannolikhet, vanlighet och förpliktelse. Modalitetsmarkörer kan vara såväl modala verb (*kan*, *ska*, *måste*) som interpersonella satsadverbial (*sannerligen*, *kanske*, *förmodligen*).

	Låg grad	Medelhög grad	Hög grad
Sannolikhet	<i>kan</i> Ditt sår kan bli infekterat.	<i>lär, bör, förmodligen</i> Ditt sår lär bli infekterat.	<i>måste, ska, kommer att</i> Ditt sår kommer att bli infekterat.
Vanlighet	<i>kan ibland</i> Det kan ibland uppstå svullnad.	<i>brukar (ofta), oftast</i> Det brukar uppstå svullnad.	<i>alltid</i> Det uppstår alltid svullnad.
Förpliktelse	<i>kan, får</i> Du kan ta med en bok.	<i>bör</i> Du bör ta med en bok.	<i>måste, ska</i> Du måste ta med en bok.

Tabell 3: Modalitetsmarkörer efter betydelse och grad

Holmberg och Karlsson (2013:64) beskriver att man med hjälp av förpliktelsemodalitet kan uttrycka uppmaningar inkongruent genom påståenden, som en grammatisk metafor, vilket kan vara till fördel jämfört med att använda kongruenta uppmaningar. En fördel är att graden av förpliktelse i uppmaningen kan modifieras, och till skillnad från den kongruenta uppmaningen går det att uttrycka vem som förväntas göra något. En kongruent uppmaning riktar sig automatiskt till den tänkta mottagare som läser, liksom ett *du*, medan en inkongruent uppmaning med förpliktelsemodalitet kan rikta uppmaningen åt ett visst håll. I en grammatisk metafor där förpliktelsemodalitet uttrycks finns alltså möjlighet att nyansera dels vem som förväntas göra något och hur nödvändigt detta är.

4 Resultat

Jag inleder med en gemensam beskrivning av situationskontexten för de fyra Min vårdplan, eftersom de i fråga om verksamhet, deltagare och syfte i mångt och mycket är likadana. Det som skiljer sig är framför allt vilket sjukhus de används på och hur innehållet disponeras och tar sig språkliga uttryck, såväl som vilka som har tagit fram materialet. Det är dock samma funktioner som fungerar som texternas avsändare, så jag ser inte det som något hinder för att analysera kontexten gemensamt. I den kontextuella beskrivningen utgår jag framför allt från intervjuerna med kontaktsjuksköterskor från varje region, men också till viss del det som står i vårdplanerna i fråga om syfte och mottagare.

Efter den kontextuella beskrivningen redovisar jag min analys region för region, och avslutar i kapitel 5 med att beskriva mina slutsatser och diskutera frågor som aktualiserats under analysarbetet.

4.1 Situationskontexten

4.1.1 Verksamhet

Vårdplanerna förekommer i en tydlig vårdkontext, nämligen på de olika bröstmottagningarna på respektive regions sjukhus. Alla texter utom den från Västra Götalandsregionen/Region Halland är knutna till ett särskilt sjukhus och innehåller information om såväl parkeringsmöjligheter som en specifik mottagnings kontaktuppgifter. Den är dock tänkt att användas på olika mottagningar eller kliniker i de två regionerna.

Syftet för vårdpersonalen på en vårdenhet för bland andra bröstcancerpatienter är framför allt att utreda, diagnostisera, behandla och informera patienter. Min vårdplan kommer in först när en patient har fått diagnos och ska vidare till behandling, ofta inledningsvis operation. Vården i stort präglas av dels en vetenskaplig medicinsk diskurs och dels en myndighetsdiskurs, men eftersom dess mottagare ofta inte är del av dessa diskurser krävs att informationen anpassas till att bli mer allmänspråklig.

4.1.2 Deltagare

Det är framför allt kontaktsjuksköterskorna på de olika bröstmottagningarna som har ansvaret för överlämnandet av och att ge information om Min vårdplan. Den primära mottagaren är en patient som har fått diagnosen bröstcancer, alternativt förstadium till bröstcancer. Patientens anhöriga kan tänkas vara en sekundär mottagare. Trots att det är en sjuksköterska som lämnar över vårdplanen och är patientens huvudsakliga kontaktperson under behandlingens gång, kan man se avdelningen eller vårdteamet som en sorts kollektiv avsändare till vårdplanen. Relationen mellan avsändare och mottagare är i hög grad asymmetrisk i sin natur, eftersom patienten befinner sig i verksamheten ofrivilligt efter ett sjukdomsbesked och på många sätt är ”i händerna på” vårdpersonalen. Även kunskapsmässigt står patienten i de allra flesta fallen i underläge, och är beroende av korrekt och begriplig information.

4.1.3 Kommunikationssätt

Min vårdplan syftar till att ge patienten så bred information som möjligt om allt från personalen på avdelningen och hur man tar sig till sjukhuset till kommande behandlingar, sjukdomen och patientens rättigheter. Den lämnas över fysiskt i pappersform till patienten i samband med att en kontaktsjuksköterska har ett första samtal med patienten efter att läkaren har gett diagnosbesked, och är tänkt att finnas med under hela behandlingen. Den fylls i av både patient och vårdpersonal med såväl önskemål och frågor som specifika telefonnummer och besökstider. Patienten informeras om mycket av det som står i vårdplanen muntligen, så i många fall fungerar den som ett komplement för patienter och även anhöriga.

4.2 Region Jönköpings län

4.2.1 Tilltal och omtal

När används direkt tilltal?

Det finns ett genomgående du-tilltal i vårdplanen. Redan i rubriken till den inledande texten i vårdplanen pekats textens avsedda mottagare ut: ”Till **dig som ska opereras för bröstcancer**”. Det efterställda attributet *som ska opereras för bröstcancer* berättar både vem mottagaren är i så måtto att det är en person som har diagnostiserats med bröstcancer, och vad som väntar personen härnäst – en operation till följd av bröstcancer. Bestämningen definierar textens *du* och kan fungera identifikationsskapande för den som läser.

Du specificeras inte på samma sätt i övriga texten. Inga fler *du som*-fraser förekommer, vilket kan tolkas som att den tidiga *du* som-bestämningen är rådande för hela texten. Det finns andra sätt att ytterligare specificera *du* än genom efterställda attribut. Genom villkorsbisatser görs det tydligt att informationen som följer endast gäller den som uppfyller det villkor som uttrycks, som i exempel (1). Däremot kan alla villkorade *du* fortfarande inordnas under det övergripande.

- (1) Om **du** har dränageslang kan **du** känna stickningar.

Även i resten av den inledande texten förekommer ett direkt tilltal. *Du* övergår till *ni* när även anhöriga räknas in i tilltalet genom *dig och dina anhöriga*.

- (2) Med information och stöd ska vi försöka hjälpa **dig och dina anhöriga** genom behandlingen. **Ni** är alltid välkomna att kontakta oss.

I de avsnitt som berör mer generell information om vad bröstcancer är eller vilka behandlingsalternativ som finns är man mer försiktig i tilltalet. Först när informationen blir specifik och uppmanande används ett direkt tilltal. Det verkar också undvikas i samband med information som kan upplevas som mer känslig, exempelvis när potentiella biverkningar beskrivs. Det stämmer överens med Norrbys beskrivning av artighetsstrategier och indirekthet (2014), där hotande information beskrivs med större distans till mottagaren. Det här fenomenet illustreras i exempel (3), där texten just börjar i det mer generella och osäkra och övergår i ett du-tilltal när informationen blir mer specifik.

- (3) **Enstaka patienter** kan på sikt få besvär med svullnad i armen och/eller på bröstkorgen/skuldran på den opererade eller strålbehandlade sidan – ett så kallat lymfödem. Det orsakas av bristande transportkapacitet i lymfsystemet.

Lymfödemet i sig orsakar inte smärta, men kan ge en känsla av tyngd och trötthet i den drabbade kroppsdel. Om **du** får besvär från armen skall du ta kontakt med **din** kontaktsjuksköterska, lymfterapeut eller sjukgymnast.

Under rubriken ”När du kommer hem efter operationen” är större delen av informationen direkt relaterad till den opererade patienten, vilket speglas av det direkta tilltalet (se exempel (4)). Informationen i avsnittet är, till skillnad från exempel (3), inte lika hotande.

- (4) **Ditt** sår är sytt invändigt med en tråd som kroppen själv tar hand om. Såret täcks av ett plastförband så **du** kan duscha och tvätta **dig**. Om **du** är opererad i armhålan bör **du** inte använda deodorant innan såret är riktigt läkt.

Det direkta tilltalet framträder även genom uppmaningar: *skydda gärna ärret, kontakta bröstmottagningen*. Detta i kombination med du-tilltalet gör att den textuella relationen mellan avsändare och mottagare kan upplevas som nära och direkt (se t.ex. Hellspong & Ledin 1997:179–180).

I ett par fall under rubriken ”**Min** vårdplan” används tilltalet *jag*: ”Det blir läkare ... som kommer att operera **mig**”. Det skulle kunna ses som en strategi för att bjuda in till delaktighet.

Vem är *man*?

Man förekommer endast ett fåtal gånger i texten. I och med det låga antalet är det lätt att urskilja mönster i hur det används.

Den användning av *man* som är vanligast verkar syfta på patienten, men i ett slags hypotetiskt tillstånd. Det kan verka mer öppet och frivilligt för läsaren att identifiera sig med *man* än om det hade stått *du*. Det verkar användas som gardering för att inte tillskriva läsaren känslor eller upplevelser, ett sätt att göra identifikationen valfri. Även detta skulle kunna ses som en artighetsstrategi för att ge känslig information utan att vara för direkt.

- (5) Att få besked om att **man** har bröstcancer kan vara chockartat.
- (6) Det är inte ovanligt att **man** efter genomgången bröstoperation drabbas av trötthet när **man** kommer hem. Det är en reaktion på allt **man** gått igenom och helt naturligt.

Det finns också ett än mer generiskt *man* som används, som inte nödvändigtvis behöver röra den aktuella patienten. Det används framför allt vid vägbeskrivningar till sjukhuset och vid hänvisningar till annan information. Det är tänkbart att *man* används för att inrymma även anhöriga och vänner i tilltalet, vid information som inte direkt riktar sig till den aktuella patienten.

Man används även för att omtala vården som något slags enhet. Ofta verkar det vara en anonym kirurg som avses.

- (7) Vet **man** på förhand att cancern spridit sig till lymfkörtlarna i armhålan opereras flera lymfkörtlar bort utan föregående sentinel node-teknik.
- (8) Om **man** har tagit flera lymfkörtlar i din armhåla [...].

Hur omtalas mottagarna?

Avsnittet ”Fakta om bröstcancer” innehåller omtal, och inget direkt tilltal över huvud taget. Hellspong och Ledin (1997:177) beskriver hur man i informativa brukstexter ofta tar in en sorts referat, där någon annan får ”komma till tals”, vare sig det uttrycks explicit eller inte. I faktaavsnittet försvinner det personliga, och en mer vetenskaplig, abstrakt stil tar vid. Det är inte längre kontaktsjuksköterskan som ger praktisk information och stöd, utan snarare en forskarröst som ger mer generell information.

Det omtal som förekommer i faktaavsnittet är framför allt *kvinnor*, *män* men även *många* och *flertalet*. I fråga om *kvinnor* och *män* finns ingen uppenbar skillnad i definitivitet eller antal omnämningen, men undersöker man hur de framställs går det ändå att uttyda skillnader i hur identifikationen erbjuds. I texten är det tydligt att *kvinnor* är de som står i fokus i faktatexten, det är huvudinformationen, medan *män* snarare nämns som ett undantag.

- (9) Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen hos **kvinnor** och varje år drabbas cirka 9000 **kvinnor** i Sverige.
- (10) Även **män** kan få bröstcancer, men det är ovanligt.

En mer könsneutral omnämning är *patient* som förekommer på ett fåtal ställen i texten. Även *i kroppen* skulle kunna ses som en typ av omtal, eftersom det är patientens kropp som avses.

- (11) **Majoriteten av patienterna** är botade i och med att tumören opereras bort. Det kan dock finnas enstaka cancerceller kvar **i kroppen** som i vissa fall kan orsaka ett återfall av bröstcancersjukdomen senare i livet.

Många är ett omtal av det lite vagare slaget som kan erbjuda identifikation med en känsla eller upplevelse, utan att säga att just *du* har den känslan (se exempel (12 nedan)). Det är ett sätt att vara personlig utan att vara för direkt. Hade det i stället stått ”Ett bröstcancerbesked kan kännas hotande” hade identifikationsmöjligheten kunnat bli lägre, eftersom ingen mottagare att identifiera sig med pekats ut. I exemplet nedan finns även omtalet *flertalet*, som skulle kunna användas som en strategi att

lugna utan att lova – mottagaren utlovas inte inkludering i *flertalet*, även om sannolikheten är stor att hen ingår där.

- (12) Beskedet om bröstcancer känns för **många** hotande, men det är viktigt att komma ihåg att **flertalet** blir botade.

När undviks tilltal?

Som nämndes under *När används direkt tilltal?* ovan är faktaavsnittet om bröstcancer det som har tydligast avsaknad av tilltal. Texten är mer distanserad från mottagaren och nämner inte heller avsändaren med något pronomen. Utöver ”Fakta om bröstcancer” är det framför allt information om olika efterbehandlingar som saknar tilltal. Även informationen om olika operationsformer har en lägre grad av direkt tilltal, men det förekommer. I avsnittet om de olika efterbehandlingarna beskrivs de i passiv form utifrån vårdgivarens perspektiv, utan att nämna patienten.

- (13) Antihormonell (endokrin) behandling
Erbjuds i regel alltid om tumören är hormonkänslig, men vissa undantag finns när tumören är liten.

Att efterbehandlingarna beskrivs utan tilltal framstår som logiskt. Ett direkt tilltal kan, som tidigare nämnts, avgränsa vem som pekas ut som mottagare. Ett direkt tilltal ihop med information om en behandling som kanske inte är aktuell kan antingen framställa behandlingen som mer aktuell än den är, alternativt utestänga mottagaren från informationen om dennes fortsatta behandling ännu inte är fastställd.

4.2.2 Modalitet

Modalitet i form av modala verb förekommer genom hela vårdplanen, särskilt sådana som rör sannolikhet och förpliktelse. I avsnittet om tilltal och omtal beskrev jag hur mottagaren inte tilltalas direkt i samband med att vanliga känslor och upplevelser beskrivs, som i exempel (5). Ett annat sådant sätt att gardera sig som framträder i vårdplanen är genom modalitetsmarkörer. Modala verb används ofta för att skapa indirekthet och vara mindre hotande, att modifiera giltigheten för det som uttrycks. Det görs just i exempel (5), där man i stället för att skriva ”Att få besked om att man har bröstcancer är chockartat” använder modalitetsmarkören *kan*: ”Att få besked [...] **kan** vara chockartat”. *Kan* uttrycker sannolikhet av låg grad, vilket skulle kunna översättas ungefär med ”det är möjligt att ...”.

Det är intressant att analysera i förhållande till hur *män* framställs i materialet. I exempel (10) ovan står det att även män *kan* få bröstcancer. Att informationen framställs så, som något som skulle kunna förekomma men med låg sannolikhet, ger intrycket att det framför allt är kvinnor som tilltalas – en man med bröstcancer vet redan att det är möjligt för honom att få bröstcancer.

Det kan finnas andra situationer då viss information upplevs som utpekande och hotande, till exempel i fråga om vad som orsakar bröstcancer. Beroende på hur det beskrivs kan det verka skuldbeläggande. Under ”Fakta om bröstcancer” möter mottagaren en mening om riskfaktorer, vilket kan vara väldigt hotande för den som är sjuk. Den uttrycks väldigt indirekt, genom att det saknas både tilltal och faktiskt omnämnande av riskfaktorer, men innehåller desto mer modalitet.

- (14) Det finns ett flertal faktorer som **kan** öka risken för att få bröstcancer, men **ofta kan** ingen anges som ensam orsak.

Det faktum att inga faktorer faktiskt nämns kan verka avväpnande i sig, eftersom läsaren aldrig får möjlighet att känna igen sig i någon faktor och börja fundera över om sjukdomen är självförvållad. Sedan följer den låga sannolikhetsmarkören *kan*, som drar ner sannolikheten för att dessa faktorer ska ha lett till insjuknandet. Den efterföljande satsen modifieras med vanlighetsmarkör som ytterligare förmedlar till mottagaren att sjukdomen inte beror på något som hen har gjort eller inte gjort.

På liknande sätt används modalitetsmarkörer för att informera om potentiella bieffekter av operationen. Både modalitet i fråga om vanlighet och sannolikhet förekommer, ibland i kombination, som i exempel (15). Det kan vara en slags artighetsstrategi för att informera om sådant som är viktigt för mottagaren att veta ifall bieffekterna uppkommer, utan att skrämma upp mottagaren i onödan.

(15) **Ibland kan** en svullnad uppstå i operationsområdet efter någon vecka.

Som nämndes under 5.2 *Analysmetod* kan modalitet och direkt tilltal användas för att realisera en uppmanande betydelse hos ett påstående. Avsnittet som rör vård efter operation är till stor del instruerande. Där förekommer kongruenta uppmaningar nästan uteslutande vid kontakthänvisningar: ”kontakta bröstmottagningen”, ”kontakta din kontaktsjuksköterska [...]”. Vid instruktioner för sårskötsel efter operationen är tilltalet mindre direkt.

(16) Om du är opererad i armhålan **bör du inte** använda deodorant innan såret är riktigt läkt.

(17) Du får med dig en mjuk behå hem **vilken vi rekommenderar** att du har på [...].

(18) För att få ett finare ärr **kan du med fördel ha** Microporetejp över operationssnittet [...].

Här fungerar instruktionerna snarast som rekommendationer än kongruenta uppmaningar som måste följas, vilket ger mottagaren mer handlingsutrymme att själv välja.

Modalitet och garderingar kan även modifiera avsändarens, i det här fallet vårdpersonalens, möjligheter och förpliktelser under behandlingen, och ge mer handlingsutrymme till dem. Vaghet är ett effektivt sätt att gardera sig från att lova för mycket. Det något vaga *försöka* skulle man kunna se på som ett slags modalitetsmarkör, trots att det inte är något som nämns av exempelvis Karlsson och Holmberg (2013). Dock tyder ambition att försöka ofta på någon form av villighet i grunden, men det är svårt att avgöra vilken grad av villighet som i så fall kan sägas uttryckas. I följande exempel illustreras det används för att skapa förtroende och närhet, utan att riskera att ljuga eller överdriva.

(19) Med information och stöd ska vi **försöka hjälpa** dig [...].

Eftersom mottagaren är den som egentligen avgör när hen känner sig hjälpt, beroende på vilken hjälp som önskas, är det möjligen vanskligt för avsändaren att hävda ”Vi ska hjälpa dig”. Att däremot förpliktiga sig till att försöka hjälpa kan inge förtroende och samtidigt ge mottagaren själv utrymme att avgöra när så har skett.

4.2.3 Sammanfattning

Genom nästan hela vårdplanen tilltalas mottagaren med *du*. Vem som ingår i *du* definieras redan på första sidan: ”Till **dig som ska opereras för bröstcancer**”. Textens *du* definieras inte närmare än så annat än i villkorssatser i resten av texten, vilket håller texten öppen och inkluderande för den mottagare som definieras från början. Det direkta tilltalet används framför allt vid konkret information som direkt berör mottagaren, till exempel i den inledande texten där den första textuella relationen skapas till läsaren, och vid instruerande avsnitt.

I sällsynta fall används *kvinnor* och *män* för att omtala någon som mottagaren potentiellt skulle kunna identifiera sig med. Män framställs dock som ett undantag, vilket snarare ger en antydning om att det är en kvinnlig patient som ses som den huvudsakliga mottagaren.

Vid mer känslig eller osäker information som skulle kunna komma att gälla mottagaren men inte nödvändigtvis gör det, används hellre mer generella omtal såsom *man* eller *många*, alternativt inget tilltal eller omtal alls. Även modalitet blir mer framträdande i mindre säkra beskrivningar, exempelvis sådana som rör mottagarens möjliga känslor och upplevelser, eller möjliga bieffekter av behandlingar.

Modalitet verkar även användas för att få ett mjukare tilltal och undvika uppmaningar, där man genom modala verb snarare framställer instruktioner som rekommendationer än något som mottagaren tvingas göra. Indirektheten kan medföra att instruktionerna inte känns lika hotande – de inkräktar inte på mottagarens handlingsutrymme.

4.3 Region Västmanland

En bröstcancerpatient som kommer till bröststenheten på Västerås sjukhus får en pärm med titeln Min vårdplan, där hela vårdplanen finns indelad i olika flikar. Innehållet anpassas till varje patients behov, så alla får inte exakt samma innehåll. Utöver flikindelningen för varje avsnitt är vårdplanen tydligt indelad i information från olika avsändare – en personlig del som gäller den aktuella patientens egen behandling och tider för besök och operation, och en allmän del med information från exempelvis Cancerfonden. Bortsett från att det står utskrivet att informationen i den allmänna delen kommer från annat håll blir indelningen tydlig på grund av ett tämligen markant skifte i ton.

4.3.1 Tilltal och omtal

När används direkt tilltal?

Den information i vårdplanen som har bröststenheten som avsändare innehåller ett väldigt konsekvent direkt tilltal, både genom du-tilltal och uppmaningar. Första sidan i pärmen inleds med rubriken ”Förord och innehållsförteckning – Min vårdplan” och följs av just förordet. Texten inleds med ett du-tilltal som följer med i hela förordet:

- (20) För att **du** ska kunna förstå och ta ställning till de behandlingsalternativ som erbjuds, är det nödvändigt med god och tydlig information. **Din** vårdplan är således information som vi har samlat för att underlätta för **dig**.

En relation skapas direkt mellan textens *du* och avsändaren *vi*, där det finns ett *vi* som samtalar med *du* som läser. Det finns inget efterställt attribut efter *du* varken i titeln på vårdplanen, i första rubriken eller tidigt i själva texten. Det gör texten öppen och inkluderande – det är ingen som utesluts ur *du* i texten. Kontexten begränsar dock mottagargruppen till personer som har fått en bröstcancerdiagnos. Den omgivande texten avslöjar också att mottagaren är någon som ska opereras för sin bröstcancer. Att texten riktar sig till någon som har fått en diagnos förtydligas något genom ett efterställt attribut senare i förordet:

- (21) För att **du som har fått en cancerdiagnos** ska må så bra som möjligt och lättare kunna återgå till arbete, familjeliv och tidigare aktiviteter upprättas en vårdplan och rehabiliteringsplan utifrån **dina** behov.

Senare i den personliga delen av vårdplanen finns avsnitt där rubrikerna snävar in möjliga mottagare genom efterställda attribut, där informationen alltså bara gäller en del av huvudmålgruppen.

- (22) **TRÄNINGSPROGRAM TILL DIG SOM HAR TAGIT BOR LYMFKÖRTLAR I AXILLEN**

I intervjun med en kontaktsjuksköterska som arbetar med vårdplanen i Västmanland framkommer dock att ambitionen är att informationen som delas ut ska vara anpassad till den faktiska situationen för varje patient. Det innebär att den här informationen endast når dem som ingår i detta *dig*.

En stor del av vårdplanen är instruerande, till exempel kring hur mottagaren bör förbereda sig inför operation, hur hen tar sig till kirurgkliniken, och hur såret bör skötas efter operation. Instruktionerna varierar mellan uppmaningar och du-tilltal.

- (23) **Du** ska inte äta någon fast föda efter kl. 24.00 natten inför din operation [...]

- (24) Använd inte nagellack, kosmetika eller smycken/piercing efter dusch.

I uppmaningar som exempel (23) samverkar ofta du-tilltal med modala verb av typen *ska*, medan exempel (24) är en mer direkt, kongruent, uppmaning. Det förefaller som om direkta uppmaningar förekommer i samband med information av mer allvarlig karaktär, som i fallet ovan. Uppmaningen i exempel (23) kan antas vara viktigare att den följs, för att inte tala om mer mödosamt för patienten, och därför är det rimligt att tänka sig att det är skrivet mer indirekt för att bli mindre hotande. Det kan även tänkas vara en strategi för att på ett tydligare sätt rikta den viktiga informationen till läsaren.

I faktaavsnittet om bröstcancer från Cancerfonden förekommer ett direkt tilltal under vissa rubriker, medan det under andra helt saknas. Faktaavsnittet kan lite grovt delas in i generell information med statistik, symtom och olika sorter, utredningsstadium med undersökningar och bröstcancerstadiet och olika behandlingsformer. Först i avsnittet om behandlingar, tre sidor in, kommer ett du-tilltal in. Tidigare verkar texten ha riktat sig till någon generell massa som intresserar sig för bröstcancer, men under "Kirurgi" växlar tilltalet till *du* och den mottagare som pekats ut är en person som insjuknat i bröstcancer och ska opereras.

Tilltalssättet varierar mycket genom informationen från Cancerfonden, inte minst deras "När en viktig vuxen får cancer". Den finns både i Västmanlands vårdplan och på Cancerfondens egen webbplats. Där rör sig tilltalet från väldigt vida omtal – *den sjuka, förälder* och *vuxen* – till de något snävare *man*, *vi*, *du* och *jag*. Direkta uppmaningar förekommer också.

- (25) **Vi** måste prata med **våra** barn [...].
- (26) **Vuxna** måste vara ärliga.
- (27) **Man** pratar med barnen så snart **man** känner att **man** orkar.
- (28) Hela livet har vänts upp och ned och **du** ska samtidigt säga något vettigt till **dina** barn.
- (29) Vad ska **jag** säga?
- (30) Tala rakt och enkelt. Var försiktig med symbolspråk.

Det här väldigt varierande tilltalet kan göra det otydligt vem som är mottagaren och vilken position avsändaren har. Är det en förälder i samma situation, en auktoritet eller ett inläggande stöd? De många olika rösterna kan göra det svårt att som mottagare veta vem som uttrycker vad.

Vem är *man*?

Omtal med *man* förekommer relativt sällan i vårdplanen. I den första delen används det i två fall för att beskriva något slags hypotetiskt tillstånd för patienten (se exempel (31)) och en gång för att omtala något slags allmän forskarkår (se exempel (32)).

- (31) Efter operationen (1-8 veckor) kan **man** ibland ha en känsla av en "sträng" i armen.
- (32) **Man** har sett att antalet lymfkörtlar och lymfkärl varierar från person till person [...].

I den del av vårdplanen som kommer från Cancerfonden och 1177 förekommer *man* betydligt oftare än i den första delen. Som nämndes ovan varierar tilltalet i betydligt högre grad i Cancerfondens material och går från generella påståenden med *man* till ett nära tilltal där mottagaren inkluderas i *du* eller *vi*.

Man används ofta i samband med att känslor beskrivs, till exempel under "Om sex och cancer". Läsaren ges utrymme att själv välja att identifiera sig med det som står, eftersom det öppnare tilltalet gör att fler inkluderas och bjuds in till identifikation än om det hade stått *du*.

- (33) **Man** kan också bli nedstämd eller deprimerad, vilket i sig kan göra att **man** tappar sexlusten.

Ett direkt tilltal som snävar in den tänkta mottagaren kan uppfattas som utpekande och för närgånget, som i följande konstruerade exempel: "**Du (som har drabbats av cancer)** kan också bli nedstämd eller deprimerad, vilket i sig kan göra att **du** tappar sexlusten."

I större delen av faktatexten från Cancerfonden används *man* för att beskriva något ur vårdens perspektiv. Om informationen hade kommit direkt från sjukhuset hade det kanske upplevts som mer naturligt att i en del av fallen använda *vi* eller passivform, men eftersom informationen kommer från en tredje part som faktiskt inte utför några utredningar eller behandlingar blir *man* ett sätt att omtala vårdpersonalen utan att skriva ut "kirurgen", "patologen", "läkarna", och så vidare. Eftersom det kommer från en nationell källa kan det ge en antydning om att cancervården ser ungefär likadan ut oberoende av region.

Hur omtalas mottagarna?

Genom hela den första delen av vårdplanen omnämns mottagaren som *du*, i sällsynta fall *man*, eller tilltalas direkt genom uppmaningar. Omtalet hamnar i stället i den information som har tagits in från Cancerfonden och 1177. I faktaavsnittet från Cancerfonden, under rubriken ”BRÖSTCANCER”, nämns *kvinnor* i olika former sju gånger, mot två gånger för *män*. Bröstcancer beskrivs i första meningen som ”**kvinnans** vanligaste cancersjukdom”, vilket följs av information om medianålder, antal cancerdiagnoser och hur stor del av cancer hos kvinnor som bröstcancer utgör. I sista stycket i avsnittet nämns mäns bröstcancer:

- (34) **Män** kan också få bröstcancer även om det är ovanligt. Omkring 40 **män** i Sverige får varje år denna diagnos.

Det görs tydligt genom placeringen i texten och vilken kringinformation som ges att männen är ett undantag. I resterande bröstcancerinformation från Cancerfonden, som utgörs av sju A4-sidor med information, förekommer *män* endast två gånger till. *Kvinnor* omnämns i samband med sjukdomen på ett sätt som ger intrycket att de är den primära mottagaren för hela informationsavsnittet.

- (35) Statistiskt sett är prognosen bäst för **kvinnor** vars tumör upptäcks i tidiga stadier. Om tumören spridit sig ut i kroppen ges behandling för att försöka bromsa upp sjukdomsutvecklingen och hålla sjukdomen i schack. Det finns exempel på **kvinnor** som lever länge även med avancerad, spridd bröstcancer.

Bröstcancer är en individuell sjukdom och bröstcancer hos olika **kvinnor** kan ha mycket olika prognos. Det som gäller för den ena behöver inte gälla för den andra.

Endast kvinnors sjukdom och prognoser nämns, och det illustreras med exempel på kvinnor som levtt med spridd bröstcancer. Hur mäns prognos ser ut och vad den beror på nämns inte alls.

Omtal sker även på andra sätt genom vårdplanen. *Många* används för att beskriva en majoritet av dem som har eller har haft bröstcancer, och kan vara ett sätt att visa mottagaren att det finns fler i samma situation, utan att vara utpekande och hävda att det behöver gälla just den som läser.

- (36) En påfrestande tid för **många** är när behandlingen är avslutad.
(37) **Många** känner stor oro över framtiden och har svårt att tänka på annat än sjukdomen.

När undviks tilltal?

Det är relativt få avsnitt i den första delen av vårdplanen som helt saknar tilltal. Det finns en ordlista i vårdplanen som förklarar facktermer där tilltal saknas, men det hade snarast varit ett genrebrott att använda ett direkt tilltal där. I enskilda meningar om exempelvis kommande behandlingar avstår man från direkt tilltal, men det är sällsynt och följs ofta av en mening med tilltal.

- (38) Det finns olika sorters tilläggsbehandling, i de flesta fall ges tilläggsbehandling efter operationen (adjuvant), men ibland före (neoadjuvant). Du kommer att få mer information om det när vi har fått svar på alla analyser som görs före och efter operationen.

I träningsprogrammet till den som har tagit bort lymfkörtlar i axillen saknas direkt tilltal när rörelseprogrammet presenteras (se exempel (39)). Mottagaren får information om att det är viktigt att komma igång med att röra den opererade sidans arm och varför det är så. Efter den inledningen följer instruerande uppmaningar om hur rörelseövningarna ska utföras.

- (39) Redan dagen efter operationen är det viktigt att successivt komma igång med rörelseträning av den opererade sidans arm. Det kan göra ont att röra armen och det kan strama i såret, men det är inte farligt! Träningen minskar risken för stelhet samt främjar sårsläkningen.

Att det saknas direkt tilltal just här kan bero på olika saker och är svårt att spekulera i. Det är möjligt att det kan kännas hotande att direkt efter operation tvingas att utföra smärtsamma övningar, och att texten inte blir lika påträngande utan du-tilltal. Jämför med om det hade stått exempelvis ”Redan

dagen efter operationen **måste du** successivt komma igång med rörelseträning ...” eller ”Börja med rörelseträning redan första dagen ...”. Att hävda att något är viktigt snarare än att lägga fram det som ett tvång kan ge känslan av valmöjlighet, även om det indirekt är uppmanande.

I faktaavsnittet från Cancerfonden saknas direkt tilltal, men det innehåller desto mer omtal. I faktatexter som ska betraktas som någorlunda objektiva kan ett direkt tilltal vinkla texten eller snäva in mottagaren på ett sätt som inte är önskvärt. *Män* omnämns redan som ett slags undantag i faktatexten, men hade kvinnor tilltalats som *du som kvinna* eller liknande hade *män* exkluderats på ett mycket mer påtagligt sätt.

4.3.2 Modalitet

Under avsnitt 4.3.1 beskrev jag olika tillvägagångssätt som används i texten för att instruera mottagaren, och visade exempel på både kongruenta uppmaningar och inkongruenta sådana i påståendeform med du-tilltal och modala verb. I de instruerande avsnitten används framför allt modala verb av förpliktelsekaraktär, såsom *ska*, *måste*, *bör*, *kan*. Under ”Operationsförberedelser” ges ett illustrativt exempel på hur verben *ska* och *kan* används för att höja respektive sänka graden av förpliktelse:

- (40) Du **ska inte** äta någon fast föda efter kl. 24.00 natten inför din operation, du **kan** dricka klara drycker t ex vatten, saft, te och kaffe, inga mjölkprodukter, fram till kl. på operationsdagens morgon.

Det står klart att fast föda är en nödvändighet att avstå från, medan klara drycker är tillåtet på vissa villkor. Den höga graden av förpliktelsemodalitet som *ska* utgör, tillsammans med *inte*, realiserar ett förbud direkt riktat till mottagaren. Även om uppmaningen är inkongruent skulle den höga förpliktelsegraden ihop med det direkta tilltalet kunna skapa en närhet och direktitet i tilltalet, som kan tolkas som mer påträngande än en direkt uppmaning av typen ”ät ingen fast föda ...”. Det finns även kontextuella faktorer som kan påverka huruvida en kongruent uppmaning upplevs som mer förpliktigande än en inkongruent med modalitet, vilket exempel (41) visar.

- (41) Ta med bok, tidning eller annat tidsfördriv.

Med hjälp av vår omvärldskunskap kan vi ganska snart konstatera att det här inte är en nödvändighet utan snarare något som vårdpersonalen rekommenderar för mottagarens egen skull. Konsekvenserna blir möjligen utträknig. Att informationen växlar mellan kongruenta uppmaningar och modala påståendesatser kan vara ett resultat av att informationen värderas som olika viktig. I materialet verkar de viktigaste instruktionerna i större utsträckning stå inkongruent med modalitetsmarkörer och tilltal. Det direkta tilltalet och möjligheten att gradera förpliktelsen möjliggör för avsändaren att rikta sin uppmaning mot en specifik mottagare och förtydliga vikten av att följa instruktionen.

”Man *kan* ...” är en återkommande konstruktion i Cancerfondens information ”Om sex och cancer”. Som redan har diskuterats saknar informationen helt du-tilltal och den präglas även av en hög grad av modalitet. Det är ett potentiellt känsligt ämne där det är omöjligt att veta hur just den aktuella läsaren känner och tänker, så här har man garderat sig med indirekthet för att inte tillskriva någon känslor eller hävda att saker och ting är på ett visst sätt.

- (42) Man **kan** också känna ett stort behov av kroppskontakt och närhet [...].
(43) Man **kan** behöva olika lång tid att läka, och det **kan ibland** ta tid att lära sig leva med sin ”nya”, förändrade kropp.

I Cancerfondens faktaavsnitt beskrivs *män* som ett undantag. I meningen ”Män **kan** också få bröstcancer [...]” förutsätts att mottagaren inte känner till det, eftersom det beskrivs som ny information ihop med *kan*, som indikerar möjlighet. En man med bröstcancer kommer att ha svårare att känna igen sig i Cancerfondens text; det är inte han som tilltalas.

4.3.3 Sammanfattning

Min vårdplan från Region Västmanland har två delar med olika avsändare: en personlig del som riktar sig till den specifika patienten och har vårdpersonalen som avsändare, en mer allmän del som har Cancerfonden respektive 1177 som avsändare. De två delarna är olika när det gäller tilltal och omtal.

I den första delen finns ett kontinuerligt direkt tilltal och man utgår från patientperspektivet i omtalet av sig själva som vårdpersonal också i form av *din kontaktsjuksköterska, din läkare*. *Du* definieras inte närmare i texten genom exempelvis efterställda attribut, men kontexten medför att *du* är en person som har diagnostiserats med bröstcancer och som ska opereras. I instruerande delar varierar man mellan kongruenta uppmaningar och påståenden med du-tilltal, ibland också med modala verb för att höja eller sänka graden av förpliktelse. Inget särskilt omtal används i texten för att prata om mottagaren, utan du-tilltalet är genomgående.

Den andra allmänna delen, framför allt den information som kommer från Cancerfonden, präglas av en betydligt större variation i tilltalet. Mottagaren omnämns som alltifrån *du, man, kvinnor* till *vi, vuxna* och *jag*. *Du* verkar användas i större utsträckning när det gäller information om kirurgi, sådant som verkar vara relativt lika för de allra flesta. *Man* används ofta när känslor och upplevelser beskrivs, som i ”Om sex och cancer” – kanske för att inte verka utpekande. På liknande sätt används ett kollektivt *vi* under ”När en viktig vuxen får cancer”, för att på olika sätt uppmana mottagaren utan att den ska känna sig ensamt utpekad. Där inkluderar avsändaren sig själv i *vi*, men mer som en grupp andra vuxna än som organisationen Cancerfonden.

De förekomster av könat omtal där *kvinnor* framställs som den primära mottagaren kan verka exkluderande mot de män som får bröstcancer. Det kan också leda till en otydlighet i huruvida informationen gäller alla mottagare men att avsändaren har valt att rikta sig till kvinnor som primär målgrupp, eller om informationen faktiskt bara gäller kvinnor.

4.4 Region Östergötland

4.4.1. Tilltal och omtal

När används direkt tilltal?

Vårdplanen präglas av ett genomgående du-tilltal. I introduktionstexten pekas mottagaren ut redan i rubriken, vilket sätter ton för tolkningen av *du* i resten av vårdplanen: ”Till **Dig som ska opereras för bröstcancer**”.

Värt att notera är att *dig* står med versalt D, något som är genomgående för du-tilltalet i resten av vårdplanen med enstaka undantag. I Hellspång och Ledin (1997:181) står att versalt Du kan ge ”ett respektfullare tilltal, som snarare hör hemma i den offentliga än i den privata sfären”, men i dag ger det snarare ett ålderdomligt och distanserat intryck. I dag brukar endast de gemena formerna av du och ni rekommenderas (se t.ex. *Svenska skrivregler*, Språkrådet 2017:42, 139–140).

Du-tilltalet finns med i hela introduktionstexten och fortsätter i genomgången av kontaktuppgifter till sköterskor, som inleds med ”Din kontaktsjuksköterska är:” följt av ett ifyllnadsfält. Det speglar textens interaktiva syfte – den ska fyllas i tillsammans med patienten och anpassas till varje individ.

Under rubriken ”Min Vårdplan” ändras perspektivet, och tilltalet växlar till *jag*. Även här är tanken att sköterskan och patienten fyller i informationen tillsammans under ett besök. *Jag*-perspektivet skulle kunna vara ett sätt att ge patienten en större känsla av delaktighet och kontroll.

- (44) **Jag** har idag träffat:
läkare
kontaktsjuksköterska

Du-tilltalet återkommer i nästan alla delar av vårdplanen, med några undantag. Framför allt används ett direkt tilltal under ”Operationsdagen”, där hela operationen samt eftervård beskrivs. Tilltalet är nära, men att *Du* står med versal kan också ge en känsla av distans.

- (45) I samband med att **Du** får information om datum för **Din** operation får **Du** också veta hur länge **Du** får äta och dricka på operationsdagen, samt hur **du** ska göra med eventuella mediciner som **Du** äter.

Kongruenta uppmaningar förekommer i relativt liten utsträckning. I stället uppmanas mottagaren genom påståenden med du-tilltal och modala verb.

- (46) Kvällen innan operationen och operationsdagens morgon **ska Du duscha** med Descutan/Hibiscrub enligt anvisningar [...].
- (47) Om **Du** har dränageslangar **ska Du ta kontakt** med **Din** vårdcentral för att få dem borttagna.

Det direkta tilltalet används för att informera om sådant som kan förväntas gälla alla mottagare. Operationsförfarandet från planering och förberedelser till eftervård verkar vara en sådan situation som ser relativt likartad ut för alla patienter, och därmed kan *Du* innefatta alla i gruppen bröstcancerpatienter i Region Östergötland som ska opereras för bröstcancer. Vårdplanen innehåller även information av annat slag, där sådant beskrivs som skulle kunna gälla alla men som inte nödvändigtvis behöver göra det, samt mer generella faktatexter som inte direkt rör mottagaren. Där är det vanligare med omtal av olika slag, alternativt texter där det är bröstcancern eller en viss behandlingstyp som står som subjekt.

Vem är *man*?

Man verkar framför allt användas för att omtala vårdpersonalen i samband med olika undersökningar.

- (48) Om Du däremot skulle få symtom som gör att **man** kan misstänka en spridning eller att **man** vill utesluta det för att Du inte ska oroa Dig kan **man** göra olika undersökningar.

Man förekommer också med tydligare syftning på mottagaren. Framför allt är det i vägbeskrivningar till sjukhuset i slutet av vårdplanen, ”om **man** ska promenera till sjukhuset [...]”, och det ger snarare en generell bild av hur det går till att komma till sjukhuset än att erbjuda identifikation till den som läser. Det förekommer dock en gång i introduktionstexten att *man* erbjuder identifikation till mottagaren:

- (49) Att få besked om att **man** har bröstcancer kan vara kaotiskt, men det finns en väg ur detta kaos.

Som flera andra exempel har visat fungerar omtal med *man* här som ett sätt att tilltala mottagaren mer indirekt vid känsligare information, och erbjuda en mer frivillig form av identifikation.

Hur omtalas mottagarna?

Läsaren av den här informationen har inte bara *Du*, *jag* eller ett enstaka *man* att identifiera sig med. Under framför allt informationsavsnittet ”Olika undersökningar” förekommer *patienten* i stor utsträckning. Att man använder *patienten* i stället för exempelvis *du* i den här typen av information har sina naturliga orsaker – alla patienter genomgår inte alla undersökningar. Undersökningarna beskrivs inte utifrån en bestämd situation där mottagaren ska genomgå dem, utan de beskrivs snarare utifrån vårdens sida, där patienten är vilken patient som helst i den undersökningssituationen. Mottagaren kan då själv välja att identifiera sig med *patienten*, om det är känt att en viss undersökning kommer att genomföras, eller se det som allmän information som inte direkt rör en.

- (50) Magnetkamera ger skarpa bilder som kan nås i alla plan mot kroppen utan att **patienten** behöver ändra ställning.

- (51) Vid röntgen av lungorna står **patienten** upp i normala fall. Vid de tillfällen **patienten** inte orkar eller kan stå upp av andra orsaker, tar man en bild när **patienten** ligger i sin säng.

Däremot flikas information ofta in efter de längre beskrivningarna av olika undersökningar, som upplevs som mer riktade till mottagaren. Språket är mindre generellt och distanserat, antingen genom direkt tilltal eller genom att avsändaren omtalar sig själv:

- (52) Om **vi** har skrivit en remiss för magnetkamera så letar **vi** oftast efter en spridning av cancer till inre organ.
(53) Vid röntgen av lungor eller hjärta krävs inga förberedelser. Kan göras ”drop in” om **din** läkare skrivit en remiss.

I den del av vårdplanen som kallas ”Fakta om bröstcancer” får läsaren kort information om vad bröstcancer är, och framför allt vilka som drabbas av sjukdomen. I det första stycket nämns både *kvinnor* och *män*:

- (54) Det är den vanligaste cancersjukdomen hos **kvinnor** och kan drabba **kvinnor** i alla åldrar. [...] Även **männen** kan få bröstcancer. Knappt 50 **män** drabbas per år till skillnad från **kvinnorna** där nära 8000 får diagnosen varje år.

Kvinnor presenteras först och *män* presenteras i relation till den information som står om kvinnor. Längre ner under ”Fakta om bröstcancer” finns ett eget stycke med rubriken ”Fakta bröstcancer hos män”, där man framför allt framhåller de riskfaktorer som verkar vara utmärkande för bröstcancer hos män. Därmed står där även information som rör *patienten* snarare än *män* och som verkar rikta sig till alla mottagare. Att den står under ”Fakta bröstcancer hos män” skulle kunna göra att de kvinnor som har fått vårdplanen går miste om den specifika informationen.

- (55) Bröstcancerbehandling idag avser att ge varje patient en individuell behandlingsplan beroende på patientens hälsotillstånd och vilken form av bröstcancer de har.

Det könade omtalet görs framför allt i faktatexten i den statistiska beskrivningen av vilka som drabbas. I texten under ”Efter operationen, när Du kommer hem” står *kvinnorna* i ett sammanhang som kan antyda att texten endast inkluderar kvinnor.

- (56) Det är inte ovanligt att **kvinnorna som genomgått en bröstoperation** drabbas av trötthet när de kommer hem. Det är en reaktion på allt som de gått igenom och helt naturligt.

När undviks tilltal?

I några delar av vårdplanen finns inget tilltal alls, möjligen omtal såsom *patienten* som den som läser kan identifiera sig med. De avsnitt som i princip saknar tilltal är informationen om kuratorstöd, bröstcancerfakta, operationsmetoder, efterbehandlingar och olika undersökningar. Information av det här slaget har sällan något tilltal eftersom den syftar till att ge en generell beskrivning av en sjukdom eller en företeelse snarare än att beskriva ett kommande förlopp för en specifik individ.

De olika operationstyperna, undersökningarna och efterbehandlingarna beskriver flera möjliga scenarier, varav en del kommer att gälla den som läser och en del inte alls. Att använda direkt tilltal i sådana fall kan bli direkt missvisande och ge mottagaren en felaktig bild av vad som gäller för just den individen.

- (57) I vissa fall ges cytostatika eller antihormonell behandling innan operationen för att krympa tumören.
(58) Magnetresonanstomografi, MRT, är en metod för att framställa snittbilder av kroppen med hjälp av magnetfält och radiovågor.

Uteblivet tilltal är även vanligt när känslor eller annan social påverkan av sjukdomen beskrivs. I de fallen är det vanligare med omtal eller omskrivning där exempelvis sjukdomen står som subjekt.

- (59) Sjukdom och information om operation och behandling kan förändra mycket i livet. Ett cancerbesked blir ofta en påminnelse om hur skört livet är [...]
- (60) Många patienter som har fått en cancerdiagnos oroar sig för att cancer ska sprida sig.

Med detta kan man förmedla att sjukdomen med allt vad den innebär kan förändra mycket i livet, att det är helt normalt att vara orolig och känna det som beskrivs, utan att direkt rikta sig till mottagaren och hävda att hen känner eller bör känna på ett visst sätt. Indirektheten skapar inkludering på ett mer respektfullt sätt, där identifikationsmöjligheten hålls mer öppna.

4.4.2 Modalitet

Den större delen av informationen i vårdplanen beskrivs utan modalitet, som exemplen nedan visar. Eventuella garderingar som görs tar sig ofta uttryck genom villkorsbisatser snarare än modala verb.

- (61) Bröstcancer är en tumörsjukdom som utvecklas i bröstkörteln.
- (62) Om hela ditt bröst har opererats bort får Du en preliminär bröstprotes med Dig hem.

Modalitet förekommer oftast för att uttrycka uppmaningar genom påståenden med direkt tilltal eller för att uttrycka möjliga upplevelser, till exempel efter operation. Vårdplanens avsnitt ”Operationsdagen” och ”Efter operationen, när Du kommer hem” innehåller flera påståenden med modala verb av förpliktelsekaraktär som realiserar den uppmanande betydelsen.

- (63) Du **får inte** själv köra bil hem eftersom Du får läkemedel som gör dig olämplig som bilförare.
- (64) Du **bör** ha någon vuxen hos Dig det första postoperativa dygnet.
- (65) Om Du har dränageslangar **ska** Du ta kontakt med Din vårdcentral för att få dem borttagna.

Exempelmening (63) visar hur modala verb kan användas i negerad form för att uttrycka förpliktelse. *Får* i icke-negerad form uttrycker en låg grad av förpliktelse, att något är tillåtet. I det omvända fallet kan snarare sägas att förpliktelsegraden blir hög. Det är stor skillnad på att något är tillåtet, där det finns en valfrihet att göra eller inte göra, och att något inte är tillåtet, där valfriheten begränsas.

Rekommendationer från avsändaren uttrycks vanligen genom *bör* eller genom en omskrivning där rekommendationen såväl som den som står bakom den framhävs, som i ”vi rekommenderar att du ...”. Sådana yttringar är av ungefär samma förpliktelsegrad som ”du bör ...”, med skillnaden att den som rekommenderar försvinner i meningar som (64).

Ska är, förutom de kongruenta uppmaningarna, den högsta graden av förpliktelse som uttrycks i texten. Oftast används *ska* i kontaktsammanhang, där man rekommenderar patienten att ta kontakt med vården för att få hjälp med bieffekter av operationen eller för att ta bort dränage.

Verbet *kunna* är det allra vanligaste för att uttrycka sannolikhet i texten. Även vanlighetsmodalitet kommer till uttryck genom *ofta* och *ibland*. Ofta uttrycks möjliga upplevelser av behandling och bieffekter, både fysiska och känslomässiga.

- (66) **Ibland kan** en svullnad uppstå i operationsområdet efter någon vecka.
- (67) Det **kan** göra ont, hugga, sticka, bränna krypa osv.
- (68) **Ibland kan** det kännas bra att få prata med någon utanför familjen [...].

Sannolikhets- och vanlighetsmodalitet används även i information om olika möjliga behandlingsalternativ som inte är aktuella för alla patienter (se exempel (69) och (70)). Det kan jämföras med informationen om strålbehandling (se exempel (71)), som har en mer definitiv målgrupp. Här modifieras påståendets aktualitet inte av modalitetsuttryck, utan av de två grupperna som omtalas (se det understrukna i exemplet).

- (69) **Ibland kan** cytostatika ges som förebyggande behandling.
- (70) Om din tumör har en speciell tillväxtfaktor HER2 **kan** det vara aktuellt med antikroppsbehandling [...].

- (71) Strålbehandling ges till alla som opererats med bröstbevarande kirurgi och de som har en spridning till armhållans lymfkörtlar.

Liksom i de två första vårdplanerna omnämns *män* ihop med modalitetsmarkören *kan* när möjliga patientgrupper beskrivs i faktaavsnittet om bröstcancer. Det ger en antydning om att kvinnor är de som pekas ut som primära mottagare – det pratas om män, inte till.

4.4.3 Sammanfattning

Min vårdplan i Region Östergötland präglas av ett direkt tilltal, men som på grund av det något ålderdomliga versala D i *Du* kan uppfattas som mer distanserat och spegla den asymmetriska relationen mellan avsändare och mottagare på ett sätt som ett gement *du* inte gör.

Du-tilltalet används framför allt i information som kan förväntas röra alla mottagare. I information som har en mer begränsad målgrupp väljer man i större utsträckning att prata om *patienten* eller att utgå från exempelvis sjukdomen som subjekt och undvika tilltal och omtal av personer helt och hållet. I faktatexten om bröstcancer nämns både *kvinnor* och *män* – kvinnor i första hand och män som en annan möjlig patientgrupp. Annat omtal i texten tyder på att texten riktar sig till kvinnor.

I de fall då direkt tilltal saknas ges ofta generell information alternativt information av känsligare eller mer osäker karaktär. Det kan vara ett sätt att inkludera mottagare i känslan och normalisera den, utan att den framställs som självklar för textens *du*.

Förpliktelsesmodalitet av medelhög och hög grad är vanligt i de instruerande delarna av vårdplanen, framför allt när mottagaren informeras om vad som gäller före och efter operation. Modalitet som uttrycker sannolikhet och vanlighet är vanligt i beskrivningar av olika behandlingsalternativ och även när möjliga biverkningar beskrivs.

4.5 Västra Götalandsregionen/Region Halland

4.5.1 Tilltal och omtal

När används direkt tilltal?

Du-tilltalet är genomgående i vårdplanen. Redan på framsidan, som underrubrik till Min vård- och rehabiliteringsplan står ”Till **dig som har fått diagnosen bröstcancer och/eller förstadium till bröstcancer**”. Tilltalet är direkt och det efterställda attributet till *dig* pekar ut den tänkta mottagaren och präglar identifikationsmöjligheterna i resten av texten.

Boken är indelad i tre delar: ”Mina vårdkontakter och min vårdplan”, ”Behandling och rehabilitering vid bröstcancer” samt ”Hur påverkas du av cancerbesked och behandling?”. Den första delen är genomgående interaktiv och innehåller ifyllnadsfält, kryssrutor och annat som indikerar att den ska fyllas i och användas kontinuerligt. Perspektivet på mottagaren skiftar genom vårdplanens rubriker, från avsändarperspektivet som talar till *du*, till mottagarens eget perspektiv: ”Att kommunicera **dina** behov”, men ”Här sitter **min/mina** förändring/ar”.

I den inledande informationen om vårdplanens syfte och tänkta mottagargrupp används ett nära tilltal som definierar mottagaren och skapar en relation mellan *du* och *vi* i texten.

- (72) Vi finns här för att hjälpa **dig och dina närstående!**

- (73) All information är inte aktuell för **dig** just nu, men vi tror att **du** kan ha nytta av Min vård- och rehabiliteringsplan under hela **din** behandlingsperiod.

Under ”Mina vårdkontakter” kan patienten fylla i information utifrån sin egen situation, som i exempel (74) och (75). På sidan finns möjlighet att fylla i både namn och nummer på olika personer i vårdteamet, sådant som kanske inte kan förväntas av patienten att själv kunna. Jag-perspektivet skulle

kunna syfta till att skapa en känsla av delaktighet – den här informationen är för mig och jag är delaktig i vad som står här – men av sammanhanget går att anta att sidorna ska fyllas i tillsammans med en sköterska eller annan vårdpersonal. Jag-perspektivet skulle dock kunna väcka funderingar hos mottagaren: förväntas jag själv hålla reda på mina förändringar och mina vårdkontakter nu?

(74) Annan sjuksköterska som är viktig för **mig**: _____

(75) Kirurg som opererat **mig**: _____

Jag-tilltalet används endast i rubriker och i texttypen ovan, där information ska fyllas i. I löptext är tilltalet genomgående skrivet ur avsändarens perspektiv med du-tilltal. Under ”Att kommunicera dina behov” framhålls särskilt mottagarens betydelse, både för vårdplanen och hur den ska användas, men framför allt för vården i stort (se exempel (76) och (77)). Det avsnittet följs av några ifyllnadsfält att skriva på, som inleds med texterna ”Detta känner **jag** att **jag** behöver veta:” och ”Det här tycker **jag** att ni behöver veta om **mig**:”.

(76) Att vården ger bra information är mycket viktigt, men det viktigaste är att **du** får svar på de frågor som är betydelsefulla för **dig**.

(77) Kom ihåg att det handlar om **DIN** cancerdiagnos och behandling och **DITT** liv – då finns det inga dumma frågor.

I den andra delen av vård- och rehabiliteringsplanen, ”Behandling och rehabilitering vid bröstcancer”, är det direkta tilltalet inte lika genomgående, och texten är mer informationstät. Den innehåller färre delar som ska fyllas i, och därmed också färre *jag*, *mig* och *min*. Behandlingsdelen är mer generell och beskriver olika former av bröstcancer, olika behandlingstyper och vad som kan påverka behandling. Den utgår inte i lika stor utsträckning från den specifika patientens situation, utan kan ses som mer allmän information. Du-tilltal används framför allt när det generella övergår till mer specifik information som mottagaren kan behöva efter att ha läst ett visst avsnitt.

(78) Cancertumörer har olika egenskaper som till exempel påverkar hur snabbt de växer och vilken typ av behandling de är känsliga för. När man bestämmer vilken behandling **du** ska få tar man därför hänsyn till flera olika faktorer.

I samband med villkorssatser är det också vanligt med du-tilltal, som i exempel (79) och (80). Villkorssatser är ett annat sätt att peka ut mottagare, eftersom man därigenom endast pekar ut de mottagare som villkoret stämmer in på. Läsaren kan då, utifrån sin egen situation, avgöra om hen berörs av informationen eller inte.

(79) Om hela bröstet har opererats bort får **du** en tillfällig mjuk protes.

(80) Om **du** misstänker en infektion ska **du** kontakta din bröstmottagning [...].

I informationen om vad som händer efter en operation ges ett antal rekommendationer och instruktioner. Där finns ett genomgående direkt tilltal, antingen genom du-tilltal eller uppmaningar. Den här vårdplanen riktar sig inte enbart till patienter som ska opereras. Därför går det inte att automatiskt säga att det här specifika avsnittet riktar sig till alla mottagare av vårdplanen. Däremot skulle man kunna se det som att avsnittet är implicit villkorat i och med ämnet: den som inte har opererats behöver heller inte följa rekommendationer om sårskötsel. Det mer direkta tilltalet i operationsinformationen kan dock ge en antydning om att det berör många fler än exempelvis antihormonell behandling, där tilltal i princip saknas.

(81) Undvik deodorant de första 14 dagarna om **du** har operationssår i armhålan.

(82) Det är viktigt att **du** masserar huden kring ärret för att huden inte ska bli hård och spänd.

På liknande sätt framställs strålbehandling; patienten tilltalas på ett sätt som gör att behandlingen framstår som given, något som alla mottagare kommer att gå igenom. I och med den adverbiala bisatsen *när du strålbehandlas* framställs det inte som ett villkor, utan som ett framtida faktum:

(83) När **du** strålbehandlas är det viktigt att **du** ligger i samma läge hela tiden.

En villkorad sats, ”Om du strålbehandlas är det viktigt att du ligger i samma läge hela tiden”, hade realiserat en helt annan betydelse.

Del tre av vårdplanen innehåller, liksom den första, fler ifyllnadsfält med tilltal som *jag* och *du*. Det syns redan i huvudrubriken: ”Hur påverkas **du** av cancerbesked och behandling?”. Att rubriken står i frågeform kan sägas spegla mottagarens förväntade funderingar. Som rubriken antyder handlar den här delen om de känslomässiga aspekterna av cancer och innehåller bland annat information om känslor och upplevelser efter diagnos och sociala och intima aspekter.

Det är information som dels kan upplevas som väldigt känslig och som dels kan vara väldigt individuell. Hur en person upplever sitt diagnosbesked kan skilja sig drastiskt från en annan, bland annat beroende på vad man har för förkunskaper och var i livet man befinner sig. Den komplexiteten speglas i tilltalet. *Du* förekommer oftare i villkorade satser eller i satser med modalitet, men oftast presenteras den här informationen utan ett direkt tilltal.

- (84) **Du** kan känna dig ledsen, uppgiven, maktlös. Andra vanliga känslor kan vara sorg, ilska, irritation eller tomhet.

Vem är *man*?

I den första delen av vårdplanen förekommer inte omtal med *man* över huvud taget. Det kommer in först i del två om behandlingar och verkar syfta på vårdpersonalen som något slags enhet. Ibland står *man* och *du* i samma mening, vilket tydliggör att *man* är någon annan än mottagaren.

- (85) När **man** bestämmer vilken behandling du ska få tar **man** därför hänsyn till flera olika faktorer.

Man används även för att omtala patienten vid beskrivningar av scenarion som inte säkert kommer att inträffa, men där mottagaren erbjuds identifikationsmöjlighet. *Man*-omtalet är mer indirekt och öppet; fler inkluderas i ett generiskt *man* än i ett direkt tilltal. Det här förekommer framför allt i den tredje delen av vård- och rehabiliteringsplanen, där olika känslomässiga reaktioner beskrivs. Där är man mer försiktig med direkt tilltal, förmodligen eftersom informationen kan vara känslig och upplevas som påträngande och hotande. Men även vid beskrivningar av möjliga behandlingar och bieffekter används *man* för att beskriva patientens situation.

- (86) **Man** kan känna sig kraftlös och utan sin vanliga gnista.
(87) Om **man** har en sådan tumör kan **man** behandlas med antikroppsbehandling.
(88) Det vanligaste är lätt hudrodnad, men **man** kan få kraftigare reaktioner.

Hur omtalas mottagarna?

I början av vårdplanen, under ”Mina rättigheter”, omtalas mottagaren som *vårdtagare*. Där är det inte bara mottagaren som bröstcancerpatient som tilltalas, utan mottagaren som patient överlag.

- (89) **Som vårdtagare** har **du** patienträttigheter och möjlighet att påverka och vara delaktig i besluten om din egen vård.

Under rubriken ”Känslomässiga reaktioner” används ett varierande tilltal och omtal. Mottagaren bjuds in till identifikation i olika omtal som *många*, *de flesta patienter*, *de allra flesta*, som utan att säga att det gäller *dig* visar vad som är normalt och vad som skulle kunna vara aktuellt. På liknande sätt används *vissa*, *några*, *en del*, *inte alla* för att beskriva möjliga reaktioner. Den typen av diffusa omtal är mer beroende av kringinformation för att det ska gå att säga något om vilka som inkluderas i tilltalet – mottagaren kan alltid välja att identifiera sig med *många*, men det är vad som sägs om *många* som påverkar identifikationsmöjligheterna. Det här omtalet kan skapa en känsla av inkludering utan att bli utpekande.

- (90) Att få ett cancerbesked kan för **många** vara en chockartad och uppskakande upplevelse.

Vårdplanen saknar ett tydligt faktaavsnitt om bröstcancer likt dem i de övriga texterna. Det finns ett avsnitt om olika bröstcancertyper, men statistisk information om kön och ålder saknas. Enda gången kön nämns är i introduktionstexten, och där nämns de båda som en enhet. I övriga vårdplanen nämns inte kön, och inga omtal tillskriver mottagaren några könstillhörigheter.

- (91) Detta är en vanlig cancerdiagnos som kan drabba både **kvinnor och män**.

När undviks tilltal?

Som nämndes tidigare är tilltalet mest frånvarande i del två i vårdplanen, om behandling och rehabilitering. Där är informationen mer generell och allmänt hållen – olika behandlingsformer och förfaranden beskrivs och det är sjukdomen eller behandlingen som är subjektet.

- (92) Bröstcancertumörer har olika biologiska egenskaper. De delar sig olika fort och är olika känsliga för hormoner.

Även i den känsligare informationen i del tre av vårdplanen undviks tilltal i stor utsträckning. Där används många olika omtal som mottagaren kan känna igen sig i, men lika ofta används inget alls. I stället står känslreaktioner och olika att-satser som subjekt, utan att någon personlig röst får utrymme.

- (93) En cancerdiagnos är början på något som kan se mycket olika ut, beroende på ålder, livssituation, tidigare erfarenheter, vilken behandling du får och hur sjukdomen utvecklas.
(94) Att prata om det som väcker obehag, kan hjälpa till att avdramatisera.

4.5.2 Modalitet

I vårdplanen förekommer flera exempel på modalitet som uttrycker vanlighet. *Ibland* används ofta för att modifiera satser som beskriver olika undersökningar eller bieffekter som kan komma att bli aktuella. *Ofta*, som uttrycker en högre grad av vanlighet, används oftare i beskrivningar av tillfrisknande och förbättringar, eller, som i exempel (95) nedan, för att beskriva det vanligaste behandlings- eller utredningsförfarandet.

- (95) **Ofta** räcker det att undersöka den första lymfkörteln som kallas portvaktskörtel (sentinel node), men **ibland** finns det skäl att undersöka flera lymfkörtlar (axillutrymning).

Den högsta graden av vanlighet, som brukar uttryckas med *alltid*, förekommer endast en gång i vårdplanen och rör mottagarens rättigheter som patient. Förpliktelse uttrycks ofta genom direkta uppmaningar och utan modalitet, men även i påståendeform med direkt tilltal. Förpliktelsen uttrycks då ofta med *ska*. I enstaka fall uttrycks det med *bör*.

- (96) Om du misstänker en infektion **ska** du kontakta din bröstmottagning [...].
(97) För att förebygga hudrodnad **bör** du undvika att sola strålområdet den närmaste tiden efter behandling [...].

Uttryck för sannolikhet av låg grad är det vanligaste i texten. Det ligger nära hur vanlighetsförpliktelse används, men är mer utbrett. Det används både för att beskriva önskvärda och icke-önskvärda situationer, såväl som hypotetiska situationer i vilka mottagaren bjuds in till identifikation. *Kan* uttrycker att det finns en möjlighet för något, men att det inte behöver vara så.

- (98) Det **kan** hända att du upplever svårigheter med sömnen, vilket **kan** vara en normal reaktion på allting som händer omkring dig.

4.5.3 Sammanfattning

Vårdplanen för Västra Götalandsregionen och Region Halland är indelad i tre delar: en som rör personliga detaljer såsom besökstider, kontaktuppgifter och önskemål, en som handlar om sjukdomen,

olika behandlingar och rehabilitering, och en som rör de känslomässiga och sociala aspekterna kring att få en cancerdiagnos.

Genom det direkta tilltalet redan på framsidan av vårdplanen definieras vem som pekas ut som mottagare: en person som har fått diagnosen bröstcancer eller förstadium till bröstcancer. Det direkta tilltalet är genomgående i den första delen av vårdplanen, men skiftar i tilltalsperspektiv mellan *du* och *jag*. Jag-perspektivet förekommer i rubriker och vid tomma rader som ska fyllas i, till exempel ”Detta behöver jag hjälp med:”, medan man i löptext håller sig till ett du-tilltal. I del två varierar man mellan icke-tilltal i den allmänna, generella informationen, och du-tilltal i det mer specifika. *Du* förekommer där oftare i villkorssatser. Del tre innehåller mycket känslig information om sådant som i stor utsträckning kan variera mellan olika mottagare. Där skiftar man mellan du-tilltal och omtal i form av *man, de flesta, många, några, en del* och så vidare. I vårdplanen förekommer inget könat omtal mer än i en mening inledningsvis som uttrycker att både män och kvinnor kan drabbas.

Texten är mer informerande än instruerande, men det finns uppmaningar både i kongruent form och sådana som uttrycks genom modalitet. Där är *ska* vanligast förekommande, men även *bör* och andra konstruktioner används för att uttrycka förpliktelse av olika grad.

Modalitet som uttrycker vanlighet och sannolikhet är vanliga för att uttrycka möjliga behandlingsförfaranden och effekter av dessa. Låg grad av vanlighet och sannolikhet används gärna för att uttrycka mindre önskvärda situationer, till exempel för att beskriva biverkningar eller känslor som kan vara svåra att hantera.

5 Slutsatser och diskussion

Syftet med den här studien är att synliggöra mottagaranpassningsstrategier i fråga om vilka som pekas ut som mottagare samt hur olika typer av information kommuniceras i materialet, exempelvis beroende på dess känslighet eller potentiellt ansiktshotande karaktär.

Jag har med analysmetoder ur den systemisk-funktionella grammatiken undersökt de interpersonella aspekterna tilltal, omtal och modalitet i förhållande till mina frågeställningar. Indirekthet och artighetsstrategier har jag har tittat på för att kunna förklara vissa språkliga val som avsändaren gör.

5.1 Vilka pekas ut som mottagare?

Den möjliga mottagargruppen begränsas av vårdplanernas kontext; endast bröstcancerpatienter tilldelas materialet. Den tänkta mottagargruppen är således redan begränsad, oavsett hur den realiseras språkligt. När det står *du* står utan vidare bestämning, styrs tolkningen av *du* just utifrån dessa kontextuella faktorer, om ingenting annat i texten avslöjar att definitionen av *du* har snävats in.

Ofta hjälper avsändaren till att förtydliga vilka de tänkta mottagarna är redan på framsidan eller förordet i vårdplanerna, med nominalfraser av typen ”(till) dig som har diagnosen bröstcancer”. I texterna snävas mottagargruppen in ytterligare med hjälp av såväl tilltal och omtal som med modalitet och innehållsliga faktorer. I analysen har jag sett och beskrivit fem huvudsakliga sätt att peka ut mottagare:

- Genom direkt tilltal (*du, jag* och i kongruenta uppmaningar)
- Genom nominalfraser med efterställda attribut (*du som har fått diagnosen bröstcancer*)
- Genom villkorssatser som följs av *du*
- Genom *man* som syftar på mottagaren
- Genom omtal som handlar om patienter – *kvinnor, patienter, många, de allra flesta*

De mest avgränsade mottagargrupperna definieras genom direkt tilltal, såsom *du, jag, ni*, särskilt där dessa följs av efterställda attribut. Även omtal som syftar på en specifik grupp, såsom *kvinnor* eller *män*, kan snäva in textens tänkta mottagare beroende på hur dessa framställs i texten. Omtal som *man, de allra flesta, många* skapar ett mer inkluderande tilltal som erbjuder mottagaren större utrymme att välja huruvida hen identifierar sig med det som står.

Även modalitetsmarkörer för att uttrycka sannolikhet modifierar identifikationsmöjligheternas styrka: ”du upplever x” ställer högre krav på mottagaren att identifiera sig med det som står än ”du kan uppleva x”, eftersom mottagaren i det senare exemplet inte tvingas att dela upplevelsen. Här är det inte själva tilltalet som modifierar identifikationsmöjligheterna, utan det som sägs om den som tilltalas.

I större delen av alla fyra vårdplaner används du-tilltalet utan vidare bestämning, vilket tyder på att man inkluderar alla de mottagare som möjliggörs av kontexten. Det förekommer exempelvis aldrig du-tilltal med bestämmningar som rör annat än bröstcancerdiagnosen. Det hade kunnat förekomma bestämmningar i form av ”du som är över 60 år”, ”du som är överviktig”, ”du som är kvinna”, ”du som är orolig”, och så vidare, men inga sådana bestämmningar finns. I stället framställs information som skulle kunna tänkas ingå i sådana meningar på ett öppnare sätt, där mottagaren får välja att identifiera sig med det som står.

5.2 Hur påverkar informationens karaktär på vilket sätt den kommuniceras?

Jag har kunnat urskilja fyra huvudsakliga typer av information som förekommer i samtliga undersökta vårdplaner, som jag redogör för i avsnitt 5.2.1–5.2.4. Dessa fyra informationstyper präglas i sin tur av särdrag i fråga om tilltal och direkthet, något som är genomgående i de fyra vårdplanerna.

5.2.1 Vi och du etablerar relationen

Vårdplanernas förord eller inledande texter syftar dels till att informera om syftet med vårdplanen, men verkar också fungera relationsskapande. Där förekommer ofta ett du-tilltal tillsammans med ett omtal om avsändaren, där textens *vi* och *du* tar sin form. Avsnitten präglas av närhet och direkthet och innehåller en låg andel hotande information. Liknande delar förekommer genom vårdplanerna, exempelvis vid information om förberedelser inför operation, där både patientens och vårdens roller beskrivs med ett direkt tilltal. Liksom i Olofssons uppsats (2016) varierar tilltal och närhet beroende på vilken information som ges.

5.2.2 Hypotetiska känslotillstånd präglas av indirekthet

Beskrivningar av känslor, upplevelser och biverkningar präglas mycket av sin hypotetiska karaktär. Dels är det inte säkert att alla mottagare upplever en viss typ av problem, biverkningar eller känslor, och dels kan informationen upplevas som ansiktshotande. För att undvika att måla upp den här informationen som en absolut sanning och vara mildare i tilltalet används ofta olika artighetsstrategier – språket är mer indirekt och distanserat. Det direkta tilltalet som präglar stora delar av vårdplanerna är mycket mindre förekommande i den här typen av information. I stället används gärna *man*, *många*, *de flesta* för att beskriva vanliga upplevelser, och det modala verbet *kan* används flitigt för att framställa informationen som något som är möjligt och inte som något absolut.

5.2.3 Fakta om sjukdom och behandling saknar ofta direkt tilltal

I de faktatäta informationsavsnitten om sjukdomen och olika behandlingar finns en tydlig avsaknad av tilltal och mottagarperspektiv. Texten är distanserad och skapar ingen relation med läsaren. En del av informationen, exempelvis den om riskfaktorer eller prognos som potentiellt är mer hotande för mottagaren, är ofta vag och garderas med modalitet som betecknar låg sannolikhet och/eller vanlighet. Det skiljer sig avsevärt från det material Gilstad m.fl. (2017:99) undersöker, där en hel lista på olika riskfaktorer och preventiva faktorer nämns. I mitt svenska material nämns inga faktiska riskfaktorer över huvud taget, och i de fall som bara ordet *riskfaktorer* nämns undviks tilltal helt. Även faktaavsnitt saknar generellt tilltal, eftersom deras huvudsyfte är att förmedla information och inte att skapa en relation. Att information om möjliga behandlingar saknar tilltal kan tänkas bero på osäkerheten i det – för de allra flesta bestäms vidare behandling först när operationen har genomförts.

5.2.4 Potentiellt hotande uppmaningar uttrycks ofta inkongruent

Det går att urskilja tydliga mönster i de instruerande avsnitten i vårdplanerna. Kongruenta uppmaningar ges oftare vid icke-hotande information, medan inkongruenta uppmaningar med modalitet och tilltal är vanligare förekommande vid mer allvarlig och därmed potentiellt hotande information. Exempel (41) visar hur det direkta tilltalet används för icke-hotande information (*ta med en bok*), medan exempel (23) visar på en uppmaning av betydligt mer allvarlig karaktär. Den senare realiseras inkongruent i påståendeform med modalitet (*du ska inte äta någon fast föda efter kl. 24.00*). Det kan dels vara en respektstrategi, att undvika direkta uppmaningar i högre utsträckning vid potentiellt hotande information, men kanske är det framför allt ett sätt att rikta dessa viktigare uppmaningar till en specifik mottagare och förtydliga vikten av dem genom modala verb av hög förpliktelsegrad (se tabell 3).

I Karlssons artikel (2015) används modalitetsmarkörer framför allt för att informera om möjliga framtida behandlingar för det sjuka barnet, medan det i mitt material snarare handlar om att uttrycka

förpliktelse vid instruktioner i samband med operation och eftervård. Det verkar vara en föredragen strategi genomgående i mitt material att uttrycka uppmaningar inkongruent med modalitet. Även Olofsson (2016) beskriver hur garderingar med modalitet används som en respektstrategi gentemot mottagaren vid känslig information.

5.3 Viktiga skillnader mellan de fyra vårdplanerna

Den mest framträdande skillnaden mellan de fyra vårdplanerna är könsperspektivet, där kvinnor omnämns som den primära patientgruppen och på olika sätt även nämns som den primära mottagargruppen i tre av vårdplanerna, och inte alls i vårdplanen från Västra Götalandsregionen/Region Halland. Där nämns kvinnor och män i en sammansatt nominalfras, på samma nivå från avsändaren, och endast en gång i hela vårdplanen: ”Detta är en vanlig cancerdiagnos som kan drabba både kvinnor och män”. I övriga tre vårdplaner verkar en del av informationen rikta sig enbart till kvinnor, och det blir oklart om det är för att bara kvinnor förväntas vara mottagare av texten eller om det är så att den specifika informationen inte gäller män med bröstcancer. På liknande sätt undviks i den vårdplanen information om vilka åldersgrupper som oftast drabbas.

En annan tydlig skillnad är du-tilltalet som i Region Östergötlands vårdplan skrivs med versalt D. Det är i dag inte rekommenderat, och kan upplevas som distanstagande och ålderdomligt.

I övrigt är skillnaderna på andra nivåer än dem jag har undersökt. Det som framför allt skiljer sig är den grafiska utformningen – hur informationen framställs rent visuellt – och dispositionen, i vilken ordning informationen ges. Det finns även vissa skillnader i vilka informationsteman som förekommer i vårdplanerna och hur mycket som sägs om varje tema, men de är i stort sett lika.

5.4 Kan inkludering bli exkluderande?

Att analysera tilltal och omtal ur perspektivet mottagaranpassning, inkludering och identifikation har gett spännande insikter i hur tilltalet i olika sammanhang kan påverka bilden av vem som konstrueras som mottagare, och därmed också vem som lämnas utanför. Lind Palickis (2010) tanke att olika tilltal i en text kan peka ut en viss mottagargrupp och därmed påverka identifikationsmöjligheterna för läsaren finner jag väldigt intressant i diskussionen om mottagaranpassning och inkludering. För som Lind Palickis avhandling (ibid) pekar på: ett öppnare deiktiskt rum (se avsnitt 2.3), där fler inkluderas i tilltalet, resulterar också i svagare identifikationsmöjligheter för den enskilda läsaren.

Under analysens gång har jag funderat mycket på hur manliga patienter i tre av materialen omnämns som undantag, att de beskrivs som en grupp som *kan* få bröstcancer, *även om det är ovanligt*. Det är uppenbart att den informationen inte riktar sig till den man som har fått bröstcancer och är lika orolig som andra patienter. I en del av de tre ”könade” materialen används *kvinnor* i stället för till exempel *patienter*, *du* eller *man* för att beskriva möjliga skeenden som förmodligen gäller alla patienter. Vad gör det med den som inte kan identifiera sig med *kvinnor*, men som genomgår det som står? Vad händer med identifikationsmöjligheterna och mottagaranpassningen då?

Samtidigt har jag fått upp ögonen för det andra perspektivet i och med den ”icke-könade” broschyren från Västra Götalandsregionen/Region Halland: om alla tänkbara mottagare får utrymme i texten hela tiden, vad händer då med identifikationsmöjligheterna för alla de kvinnor som ”bara” blir *du*? Frågan blir aktuell även i Källqvists uppsats (2016), där ett tilltal och informationsurval framför allt är anpassat till en av flera möjliga målgrupper. En bra mottagaranpassning för den stora gruppen leder kanske per automatik till exkludering för den som inte hör till normgruppen.

Jag har själv inga svar på hur man ska komma åt detta, men det är intressanta och viktiga frågor att ställa sig. För trots allt, om vi går tillbaka till mitt eget resultat, är det ju så att bara någon procent av alla bröstcancerfall är män. Kanske är det ändå rimligt att den absoluta majoriteten är den som ska

omtalas? Samtidigt är den enstaka procenten lika viktig att den blir sedd och tilltalad. Jag hoppas att den här studien kan bidra till en ökad medvetenhet om komplexiteten i mottagaranpassning och mynna ut i givande diskussioner i framtida patientinformationsarbeten.

5.5 Avslutande reflektioner

Den systemisk-funktionella grammatiken är omfattande och det finns många vägar att välja när man sitter med ett så stort material som det den här studien bygger på. Med tidsbegränsningen i åtanke valde jag ut ett fåtal analysverktyg med vilka jag kunde få ut så mycket givande resultat som möjligt, utifrån det jag hade upptäckt i min första kontakt med materialet.

I framtida studier, antingen som jag själv eller någon annan gör, vore det intressant att se en ideationell analys av liknande eller samma material. Det hade kunnat fånga innehållsliga och tematiska aspekter i texterna och hade på ett tydligare sätt kunnat knytas till *Så vill vi ha det* (2017). De olika temana som framställs i texterna kan säga en hel del om vilken mottagare man tänker sig – vad har den för förkunskaper och vad förväntas den vilja och kunna läsa om? Jag skulle även gärna se större språkvetenskapliga studier av Min vårdplan med mottagargruppen mer involverad, där man testar olika tilltal och omtal och undersöker hur det påverkar identifikationsmöjligheten hos läsarna. Det vore även spännande att kombinera den här typen av textanalyser med läsarundersökningar för att på ett mer välgrundat sätt kunna säga något om vårdplanernas begriplighet, relevans och mottagaranpassning.

En aspekt som jag inte har burit med mig i den här studien, men som även den hade kunnat ge fördjupade resultat, är multimodalitet. Här har jag bara undersökt det rent textuella, men att analysera hur man i materialet arbetar med färg, ramar och bilder hade kunnat fånga in fler aspekter av både läsbarheten och mottagaranpassningen.

Slutligen kan det vara värt att nämna att man just nu på RCC och SKL är i färd med ett pilotprojekt där man testar att arbeta med Min vårdplan digitalt. Tanken är att det ska införas en generisk digital sådan i alla regioner under 2018. Vad det leder till och hur det påverkar läsbarhet, mottagaranpassning och begriplighet överlåter jag med stort intresse till framtida forskning.

Referenser

- Brown, Penelope & Levinson, Stephen C. 1987. *Politeness: some universals in language usage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Engqvist Boman, Lena. 2017. *Encounters for learning and participation in breast cancer care*. Stockholm: Karolinska institutet.
- Galloway S., Graydon J., Harrison D. 1997. *Informational needs of women with a recent diagnosis of breast cancer: development and initial testing of a tool*. Journal of advanced nursing, 25.
- Gilstad, Heidi, Sand, Kari & Brattheim, Berit. 2017. *Online patient information about breast cancer – A discourse analysis*. CEUR Workshop Proceedings.
- Hellspong, Lennart & Ledin, Per. 1997. *Vägar genom texten: handbok i brukstextanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Holmberg, Per & Karlsson, Anna-Malin. 2013. *Grammatik med betydelse: en introduktion till funktionell grammatik*. Stockholm: Hallgren & Fallgren.
- Holmberg, Per, Karlsson, Anna-Malin & Nord, Andreas (red.). 2011. *Funktionell textanalys*. Stockholm: Norstedts.
- Karlsson, Anna-Malin. 2015. När ska man söka vård? Positioner och webbinformation om hjärtfel hos barn. I: Kahlin, Linda, Landqvist, Mats & Tykesson, Ingela (red.). 2015. *Språk och identitet. Rapport från ASLA:s symposium, Södertörns högskola 8–9 maj 2014*. Stockholm: Södertörns högskola.
- Källqvist, Maria. 2016. *Från verksamhet till mottagare – en fallstudie av sjukvårdens kallelser*. Lund: Lunds universitet.
- Lind Palicki, Lena. 2010. *Normaliserade föräldrar: En undersökning av Försäkringskassans broschyrer 1974–2007*. Örebro: Örebro universitet.
- Norrby, Catrin. 2014 (tredje upplagan). *Samtalsanalys. Så gör vi när vi pratar med varandra*. Studentlitteratur.
- Olofsson, Sofia. 2016. *Information, råd och stöd till de osynliga barnen. Närhet och distans i webbtexter riktade till barn som anhöriga i psykiatrin*. Lund: Lunds universitet.
- Regionala cancercentrum i samverkan. Min vårdplan i cancervården. 2018. <https://www.cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/min-varldplan/> (2018-05-20)
- Regionalt cancercentrum Väst. 2015. *Så vill vi ha det! Patienter och närståendes önskemål om omhändertagande och bemötande i cancervården*. Hämtad från: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/patientsamverkan/patient--och-narstaenderadet/sa-vill-vi-ha-det/> (2018-05-20)
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden*. Stockholm: Socialdepartementet.