

Långvården – botten av statushierarkin

Pal Orban

Såväl bland vårdpersonalen som hos allmänheten har arbete inom långvården lågt status. Orsaken kan återfinnas i ett flertal faktorer såväl inom som utanför sjukvården. Olika typer av statushierarki behöver identifieras. Av särskilt intresse är den statushierarki som beror av vårdens specialisering. Denna hierarki som innebär en hel del problem för sjukvården beror på så väl myter som verklighet. Intressanta forskningsuppgifter är att studera dessa myters förhållande till verkligheten.

Pal Orban är högskolelektor vid Sociologiska institutionen vid Göteborgs universitet.

Inledning

Bland vård- och medicinpersonal har arbete inom långvården låg status. Denna inställning förekommer också hos allmänheten. Det verkar finnas flera förklaringar här till, bl a att man betraktar långvårdskliniker som dödens väntrum. En vanlig sociologisk förklaring är att det beror på läkarkårens professionalisering. Jag vill påvisa att den låga status som vidlår långvården beror på ett flertal faktorer inom sjukvården LIksom utanför densamma. Inledningsvis kommer jag att avgränsa begreppet status. Därefter redogör jag för tre olika statushierarkier inom sjukvården samt avgränsar ytterligare några begrepp. I ett tredje avsnitt framlägger jag ett antal inre och yttre faktorer av betydelse för långvårdens status i förhållande till övriga specialiteter.

Status

I min analys av begreppet status utgår jag från den amerikanske sociologen Nisbet (1970). Han tillhör den skola som underkänner värdet av klassanalyser i det moderna industrisamhället. Nisbet klargör att han ansluter sig till Webers och Tocquevilles analyser av strati-

fikation. Han medger de marxistiska klassanalysernas inflytande i många delar av världen, men menar att de har begränsat värde, de kan dock vara mycket användbara för att analysera jordbrukssamhällen. Att jag tar över Nisbets diskussion betyder inte att jag helt delar hans syn på begreppet klass och status, men jag anser att hans diskussion och definition av begreppet status är enkel, elegant och klar:

Begäret efter status, tron på nödvändigheten hos någon form av rangordning eller hierarkisk position, övertygelsen om att status är en lika oföränderlig mänsklig angelägenhet som roll – allt detta ligger djupt inbäddat i det mänskliga medvetandet. Så har det alltid varit. Inte ens den nuvarande västerländska demokratins epok, med dess inneboende rättvis- och jämlikhetssträvan, har rubbat människors övertygelse om betydelsen av status. Även den mest passionerade jämlikhetsivrarens ideal visar sig vanligen innehålla någon form av rangordning. Hans jämlikhetssträvan är ett ideologiskt vapen som riktar sig mot den existerande statusordningen, men inte mot sådana som ligger närmast själ och hjärta. Vad än ett sekel av demokratier har åstadkommit med de för demokratiska klass- och ståndsstrukturer, så kan man knappast hävda att det demokratiska sinnet blivit mindre besatt av status.

Med *status* avser Nisbet en persons/ett socialaggregats vertikala position. Hierarki, stratifikation och rangordning är dess väsen. Statusbegreppet är mycket viktigt för människorna i samhället, bl a för att kunna definiera situationer på ett vertikalt bemärkelse, säger Nisbet.

Med *socialt aggregat* avses vanligen en samling människor som har något gemensamt drag, de läser t ex samma tidning. Nisbets definition av begreppet är mycket bredare. Hit räknar han grupper, organisationer, dyader, triader, referensgrupper mm, medan han hänför en samling människor som har något gemensamt till *kategori*.

Status och roller har mycket gemensamt, och kan beskrivas i samma termer hävdar Nisbet. Status är

främst ett sätt att bete sig. Vi införskaffar och lär oss vår status genom social interaktion, på samma sätt som vi lär oss våra roller. Status är en del av en social cirkel, eller mer exakt uttryckt, en del av en pyramid eller hierarki, menar Nisbet. En roll är endast meningsfull i relation till andra roller. Så förhåller det sig också med status. I ett starkt familjeorienterat samhälle går det inte att separera hög status hos en patriark från bröder av lägre rang.

All status är avgränsad och återförstärkt av normer som ger den substans. Om vi försöker ”plocka bort” de normer som karaktäriserar direktörer, arbetare och tjänstemän återstår inte mycket, säger Nisbet. Via socialisationen skapas ett statusmedvetande. För varje status finns en idealtyp. I sina variationer och nyanser är dessa idealtyper klara och meningsfulla för medlemmarna i ett visst samhälle, men kan vara svårförståeliga för människorna utanför.

Legitimitet är ett annat viktigt element i såväl status- som rollbegreppet, enligt Nisbet. Ingen status kan upprätthållas och spridas om den saknar eller förlorar sin legitimitet. Detta blir speciellt uppenbart under revolutionära tidsåldrar då samhällsordningens legitimitet tydligt upphör. De traditionella högstatusprivilegierna ifrågasätts och förkastas. Den höga status som förknippas med exempelvis en patriark, präst, direktör eller domare i ett visst samhälle upprätthållas om åtminstone en del av detta samhälles medlemmar betraktar deras status som en legitim del av ordningen.

Ett sista viktigt element i statusbegreppet (som också ingår i rollbegreppet) är *medvetenheten om plikterna* som är knutna till en viss status och som är härledda till en social ordning i samhället. Som belysande exempel jämför Nisbet innebörden av "noblesse oblige" i det medeltida Europa med ett samhälle före franska revolutionen. Det medeltida Europa präglades av mycket stark stratifikation. Under denna epok var innehavarna av status och privilegier medvetna om de förpliktelser som följde därav. Också före revolutionen präglades det franska samhället av status och privilegier, men då saknades en medvetenhet om meningsfulla förpliktelser och statussystemet upplöstes så småningom. Tocqueville, Mosca m fl har påvisat dessa drag hos den franska aristokratin före revolutionen.

Men det finns också skillnader mellan status och

Statusinkonsistens – någon bor till exempel i ett så kallat fint bostadsområde men hans position är för övrigt låg

roller. Roller innebär inte med nödvändighet någon form av rangordning, men status gör det alltid, säger Nisbet. Statusens väsen är, som tidigare nämnts, rangordning och stratifikation.

Man skiljer på tillskriven och förvärvad status. I det förindustriella samhället tillskrevs människor vanligen status genom födseln och upprätthöll den sedan livet ut. Det moderna industrisamhället karaktäriseras av att status mestadels förvärvas via arbete, utbildning osv. Man kan också tala om statusrörlighet. I det moderna industrisamhället är statusrörligheten relativt stor. Man kan kanske säga att den är mycket större än i t ex ett jordbrukssamhälle.

Medan klassposition bestäms av innehavet av produktionsmedel, varierar källan till status, säger Nisbet. Vanligast är etniska skillnader, ålder, auktoritet, rikedom, utbildning, arbete och kön.

I samband med statusanalyser brukar man även diskutera statuskonsistens och statusinkonsistens. Med *statuskonsistens* avser Nisbet tendensen att interrelatera vissa statusattribut med en viss person eller socialt aggregat – t ex att någon bor i ett så kallat fint område, har hög position i arbetet och hög utbildning. Om någon bor i ett slumområde är det sannolikt att han har låg utbildning, saknar utbildning osv. Med *statusinkonsistens* definierar Nisbet avsaknaden av en interrelation mellan olika statusattribut. Någon bor t ex i ett så kallat fint bostadsområde, men hans position i samhället för övrigt är låg, dvs i vissa statushierarkier har man hög och i andra låg rang.

Statusdifferentiering inom sjukvården

Inom sjukvården finns en invecklad statusdifferentiering som grundas på allmänna samhällsvärderingar av hälsa, medicinska kunskaper och administrativ maktfördelning. Vi kan urskilja tre olika statusdifferentieringar. Den administrativa maktfördelningen skapas i samband med den vertikala arbetsfördelningen inom organisationen. Till varje befattning knyts makt och

auktoritet. Ju högre position man har enligt den vertikala arbetsfördelningen, desto mer makt och auktoritet knyts till densamma. Inom sjukvården har ytterligare en statushierarki utvecklats som differentierar olika enheter – t ex akutsomatisk sjukhusvård, psykiatrisk akutvård, allmänläkarverksamhet och vårdcentraler samt långvård. Den senare kallar jag den *tredje statushierarkin*.

Tabell 1 visar en översiktlig bild av de tre stautshierarkierna.

Tabell 1. De tre statushierarkierna.

Statushierarki 1 <i>Professionell</i>	Statushierarki 2 <i>Administrativ</i>	Statushierarki 3 <i>Specialisering</i>
Överläkare	Klinikchef	Akutsomatisk sjukvård
Avdelningsläkare	Överläkare	Psykiatrisk vård
Medicinstuderande	Avdelningsläkare	Allmänläkarvård
Sjuksköterskor	Avd.föreståndare	och vårdcentraler
	Sjuksköterska	Långvård
	Undersköterska	
	Sjukvårdsbiträde	

Dessa tre hierarkier är kända både inom och utanför sjukvården. Låt oss nu undersöka varför långvården har låg status. I min diskussion skiljer jag mellan yttre och inre faktorer. Till yttre faktorer räknar jag sådana som återfinns i samhället och som påverkar förhållandena inom sjukvården. Jag kommer att ta upp sekularisering, ålder, händelsers betydelse i det industriella samhället samt sociala värderingar av sjukdomar. Till inre faktorer räknar jag sådan som vi finner inom sjukvården. Jag kommer att diskutera profession och professionella värderingar. Innan jag påbörjar resonemanget vill jag dryfta några avgränsningsproblem, nämligen uppdelningen av sjukvården i fyra vårdenheter samt begreppet *bota* och *vårda*.

I min diskussion utgår jag ifrån en uppdelning av sjukvården i fyra enheter, nämligen *akutsomatisk sjukhusvård, allmänläkarvård och vårdcentraler, psykiatrisk akutvård samt långvård*. Det är naturligtvis en grov uppdelning. Jag är medveten om att det t ex finns stora skillnader mellan olika vårdenheter inom akutsomatisk sjukhusvård, men för att kunna avgränsa måste vissa förenklingar göras. Jag är vidare medveten om att

behandlingens effektivitet inte sammanhänger med efter vilken specialitet klinikerna organiseras, utan med sjukdomens art. Inom de flesta specialiteter finns sjukdomar som är mycket besvärliga att bota och vars dödlighet kan vara hög. Men om få människor drabbas av dessa sjukdomar innebär de inga samhällsproblem. Utifrån det tredje statusperspektivet är mortaliteten viktigast, eftersom hög dödlighet i en sjukdom är allvarligt för samhället och dess medlemmar.

Sjukvårdens mål är att bota och vårda. Enligt Boorses är en person sjuk om hon känner sig sjuk och har en sjukdom som är allvarlig nog att invalidisera henne och som dels är oönskad av henne, dels också motiverar behandling. Graden av invalidisering kan variera från att vara tillfällig, till att hota individens existens.

Med *bota* avser jag åtgärder som medför att individens invalidisering upphör och att hon inte längre känner sig sjuk. Med *vårda* avser jag åtgärder som medför att individens invalidisering i större eller mindre grad lindras, men den upphör inte. Lindringen kan utgå ifrån biologiska, sociala och psykologiska utgångspunkter, för att nämna några huvudområden. Jag vill vidare säga att vård utnyttjas i samband med bot. I det fallet är vård ett medel för att uppnå ett speciellt mål. När någon t ex läggs in på sjukhus för operation för att befrias från gallstensbesvär får vederbörande även vård. I detta fall är målet att bota patienten från gallstensbesvären och för detta använder man bl a vård. Vilket som är målen inom sjukvården, att bota eller att vårda, beror sannolikt mest på läkarvetenskapens utveckling. Läkaren kan ställas inför det faktum att den sjuka inte kan botas och då återstår endast vård. Läkarna vill t ex gärna bota alkoholister, vissa psykiatriska och neurologiska sjukdomar, men deras kunskaper är inte alltid på den nivå att bot är möjlig och då återstår endast vård. I andra fall, t ex vid cancer, tvingas läkarna många gånger inse att de endast kan vårda patienten. Man kan kanske säga att vård som mål innebär en känsla av misslyckande för läkarna, eftersom de anser att de skall bota. Deras utbildning är upplagd efter ett

~~~~~  
*Vård som mål innebär en känsla av misslyckande för läkarna eftersom de anser att de skall bota*  
 ~~~~~

sådant mål och omgivningens förväntan är också att läkaren skall bota.

Målsättningen att vårda skiljer sig mycket från målsättningen att bota. Det finns en hel del olika teorier om hur vård skall bedrivas inom olika områden. Dessa teorier grundas på psykologiska och filosofiska uppfattningar om människan. Det finns t ex existentiella, rationella och psykoanalytiska vårdteorier. Den viktigaste skillnaden mellan begreppen är att vårda och att bota, att det senare innebär snabba förändringar hos de sjuka. De som behandlar de sjuka kan själva bedöma att något har åstadkommits och de kan också avläsa reaktioner från omgivningen. Man får en känsla av emotionell återbäring. Att ha vård som mål är mycket mer komplicerat. Det är en viss typ av sisyfosverksamhet som innebär att de åtgärder som vidtas knappast resulterar i några märkbara förändringar. Om så skulle ske är risken stor att dessa endast är temporära och att den sjuka återfaller till sitt tidigare tillstånd. Här saknas den emotionella återbäringen. De som har botande som mål kan uppleva att deras mål uppfylls inom en relativt begränsad tid och det kan ge tillfredsställelse, även om insatsen kan vara fysiskt och psykiskt krävande, som t ex vid långa operationer.

Inom vården är denna direkta och snabba tillfredsställelse knappast möjlig. Vårdpersonalen är hänvisad till att själva skapa delmål för verksamheten för att uppleva tillfredsställelse. De kan t ex prata med de sjuka och lyssna till deras erfarenheter, de kan finna trevliga arbetskamrater etc. För dem som inte finner sådana delmål kan det bli svårt att utföra vårdarbetet och därmed bli kvar på sin arbetsplats. Låt oss nu övergå till att diskutera olika faktors betydelse för skapande och upprätthållande av den tredje statushierarkin.

Yttre och inre faktorer

Jag skall här redovisa fyra yttre och tre inre faktorer av betydelse för långvårdens låga status. Uppräkningen skall inte ses som någon rangordning av vilka faktorer som är väsentliga i sammanhanget.

Yttre faktorer: 1. I det västerländska samhället är *produktiviteten* och *effektiviteten* honnörsord och ett ideal, enligt Tornstam (1988). En sekundär effekt av dessa produktivits- och effektivitetsideal är den ungdomskultur vi har i dagens industrisamhälle. Vi vill alla vara unga, eller åtminstone se unga ut. Som en konsekvens

.....
I det svenska samhället har människor stora förväntningar på händelser. Människor föredrar arbetsplatser där det händer något
.....

härav vill ingen identifiera sig med de gamla och de får låg status.

2. Det svenska samhället är *sekulariserat*. Människan i det sekulariserade samhället söker nya lösningar på problem som rör existentiella frågor om liv och död. En sådan lösning är t ex att om man inte kan leva för evigt, kan man sträva efter ett långt liv med bibehållen hälsa och många upplevelser. Den lösningen synes vara ett centralt värde för svenska folket. Att vara gammal och skröplig innebär att ett långt liv med bibehållen hälsa nalkas sitt slut. Därför får de gamla låg status.

Jag vill tillägga att hälsan naturligtvis varit viktig för människor under alla kulturer. Det jag vill betona är att den är mycket viktigare i ett sekulariserat samhälle av västerländsk typ, än i religiöst orienterade samhällen där existentiella frågor ofta besvaras utifrån ett trosystem.

3. I det svenska samhället har människor stora förväntningar på *händelser*. Händelser förekommer i varje samhälle, men förekomsten av nya händelser varierar starkt. I det förindustriella samhället upprepades de med små variationer. Att händelser upprepas med små variationer kan vissa individer uppleva som tråkigt, som att ingenting händer, medan andra kan sträva efter att det skall hända så lite som möjligt. Religiösa grupper, som en del kontemplativa ordnar inom katolska kyrkan och buddister, strävar efter att begränsa händelserna till ett minimum eftersom det underlättar närmandet till det icke-jordiska respektive gudomliga. En händelse innebär att något inträffar i tid och rum. Introduktionen av nya varor är en händelse för många, liksom inköp av varor, naturkatastrofer etc. Händelser kan inträffa på många olika nivåer, exempelvis på samhällsnivå, gruppnivå och individnivå. Händelsernas betydelse varierar med tid och rum och med de värderingar som människor i ett samhälle delar.

Att det ständigt skall hända saker och ting är ett centralt värde i samhället. Lite slagordsmässigt kan det uttryckas som att "livet är kort, det gäller att under den

begränsade tiden uppleva så mycket som möjligt''. Vi skall uppleva spännande resor, kunna köpa nya varor, se vad som händer på TV etc. Brist på händelser upplevs som tråkigt och påfrestande. Dessa slutsatser gäller också arbetet. Människor föredrar arbetsplatser där det händer något.

4. *Moraliska och värderingssynpunkter* spelar stor roll för hur vi ser på sjukdomar och sjukvårdsinrättningar. Det finns viktiga normer för vad som är värdigt eller förnedrande för människan. En mycket viktig värderingsaspekt är att kunna sköta sig själv och sin renlighet, eller åtminstone att någon hjälper oss att göra det på ett tillfredsställande sätt. Vi har också värderingsaspekter på lidande och borttynande, mentalt och/eller fysiskt. Dessa aspekter påverkar vår bild av sjukvården.

Inre faktorer: Till inre faktorer räknar jag professioners och professionella värderingar. Hellberg (1978) definierar profession på följande sätt: ''Professioner är de yrkesgrupper, som genom ett organiserat strävande tillåts institutionalisera ett kunskaps- och yrkesmonopol''. Enligt Hellberg kan man skilja på externa och interna aktiviteter i professionaliseringsprocessen. De viktigaste externa aktiviteterna är att uppnå kunskapsmonopol, att uppfatta kunskapen som nyttig och värdefull bland potentiella klienter samt att få den etablerad inom universitet och högskola. Viktiga interna aktiviteter är bl a att utveckla kunskapsbasen, att skapa ny kunskap, att värdera kunskapen, att upprätthålla medvetenheten om plikterna och att kontrollera medlemmarna. Läkarprofessionen övertar det medicinskvetenskapliga samhällets värdering av kunskap. Enligt denna är biomedicinska kunskapen den högst värderade. Den är mest utvecklad och väl etablerad inom medicin och samhälle. Nästa steg i värdeskalen är beteendevetenskap som utnyttjar positivistiska metoder, därefter den humanistiska kunskapen och slutligen det relativt diffusa begreppet omvårdnadsvetenskap.

I förhållande till tredje stathierarkin (tabell 1) är följande tre faktorer intressanta att ta upp.

1. Utvecklandet av *nya kunskaper* innebär en fördjupning av specialiteter. Framgångar inom ett område kan bidra till att stärka specialitetens ställning inom stathierarkin, om de överensstämmer med det vetenskapliga samhällets värderingar och samhällets värderingar angående ett långt liv med bibehållen hälsa.

Utbildningens mål, att bota, överensstämmer med människornas främsta förväntan på sjukvård

Denna förstärkning kan emellertid samtidigt innebära en påfrestning för den professionella kollegialiteten. Här ser vi att hierarkin är positiv för vissa delar av professionen, men för helheten är den återigen negativ.

2. Den medicinska vetenskapen och utbildningen är inriktad på ett *botperspektiv* utifrån den biomedicinska kunskapen. Under fem till åtta års studier socialiseras den blivande läkaren till att hans/hennes uppgift är att bota. Här vill jag tillägga att utbildningens mål, att bota, överensstämmer med människornas främsta förväntan på sjukvården.

3. *Belöningsystemet* för professionen verkar utgå från botperspektivet. Vetenskapliga belöningar och status tilldelas de läkare som utarbetar metoder för att bota olika sjukdomar. Den mest prestigefyllda forskningen är den som lyckas lösa gåtan för de sjukdomar som orsakar relativt hög dödlighet. Cancerforskningen och transplantationskirurgin är exempel på sådan forskning och också uppmärksammas ofta i massmedia. Jag har inte hört talas om läkare som erhållit utmärkelser eller blivit uppmärksammade för att de vårdat patienter. Observera att jag här endast avser officiella belöningar. Belöningar från de sjuka kan vara lika givande, eller till och med mer givande, inom långvården än inom akutvården.

Långvårdens låga status

Vi förväntar oss att sjukvården skall hålla oss friska och kunna bota oss från svåra sjukdomar så att vi kan leva ett långt och händelserikt liv. *Det är ett av våra mest centrala värden.* Utifrån detta gör vi omdömen om bl a sjukvården. Om läkarvetenskapen gör upptäckter som kan rädda liv, dvs bota oss från svåra sjukdomar genom kirurgiska ingrepp, med hjälp av mediciner osv skattar vi detta mycket högt. Vi vill kunna bli botade från sjukdom. *Ingen av oss vill egentligen bli vårdad.* Genom omständigheternas tvång accepterar vi vård. Den skänker oss inte hälsa, den bidrar endast till att den sjuka och den invalidiserade får en rimlig

Genom omständigheternas tvång accepterar vi
vård

livskvalitet med hänsyn till omständigheterna. Att vårdas skattas således inte lika högt som att botas. Om man bedömer vård som mål utifrån det centrala värdet "leva ett långt friskt liv med många händelser", är vård något negativt. Det är ett hot som kan innebära att vårt centrala värde inte kan förverkligas och detta hot måste avvärjas.

I vilken utsträckning kan olika vårdenheter bidra till att uppfylla människors centrala värde att leva ett långt liv och vara vid hälsa? Det beror på vårdenheternas möjligheter att kunna vidta terapeutiskt effektiva åtgärder, helst även mot livshotande sjukdomar. I ett sådant samhällsperspektiv får *akutsomatisk sjukhusvård högsta status*. Där botas sjuka under en relativt kort period och där görs goda insatser för att rädda många till ett långt liv, även när risken att dö är stor. Utöver botandet bekräftar denna vårdenhet att vårt centrala värde är rimligt. När vi ser hur andra kan räddas tror vi att också vi själva och våra anhöriga kan botas. Nästa steg i statushierarkin är *allmänläkarverksamheten och vårdcentralerna samt psykiatrisk akutvård*. Dessa är mellankategorier i statushänseende och det är svårt att rangordna dem sinsemellan. Vid allmänläkarvård och på vårdcentraler återställs i de flesta fall vår hälsa snabbt. Vad som skänker akutsomatisk sjukhusvård högre status än allmänläkarverksamhet och vårdcentraler, är att man inom den förstnämnda tar hand om och botar många patienter som riskerar att dö. Utifrån vårt centrala värde är det därför något värdefullare som utförs inom akutvården än inom allmänläkarverksamheten och på vårdcentralerna. Genom att snabbt bota oss bekräftar även denna vårdenhet vårt centrala värde att vi kan leva ett långt friskt liv.

Vid psykiatrisk akutvård har man i många fall problem med att bota de sjuka och kan endast erbjuda vård. Dödligheten inom den psykiatriska vården är sannolikt inte speciellt hög. Man kan säga att denna vård inte kan skänka oss hälsan åter, utan endast bidra till att vi lever ett långt liv. Eftersom vårdenhetens bidrag när det gäller att uppfylla vårt centrala värde är

begränsat, kan den knappast bekräfta att detta värde är rimligt.

På botten av statushierarkin återfinner vi *långvården*. Trettio procent av patienterna dör på långvårds-kliniker enligt en klinikchef från en långvårds-klinik i Göteborg. Många anser det inte vara en speciellt hög siffra. Möjligheten att bota patienterna är emellertid begränsad. Man hör inte talas om att läkarna inom långvården gör stora insatser för att rädda någons liv eller att forskarna funnit mediciner som återställer patienter från livshotande sjukdomar. Där vårdas ofta gamla, skröpliga människor som har större delen av livet bakom sig. Långvården bidrar inte till att uppfylla vårt centrala värde. Den bekräftar inte heller, utan undergräver det snarare, genom att visa vad slutet kan innebära.

Låt oss nu se på vårdenheterna från värdighetssynpunkt. Så länge vi kan sköta oss själva, eller med enkel och begränsad hjälp från omgivningen, skapar sjukvården knappast några problem från värdighetssynpunkt. Men när denna gräns överskrids kan värdighetsproblem uppstå för såväl de sjuka, som för deras omgivning. Jag kan nämna några exempel: Vissa svårt sjuka måste använda blöjor, gamla kvinnor med en annan moralisk uppfattning än dagens, tvättas av relativt unga manliga skötare. Det kan upplevas som förnedrande, dels för de sjuka och dels för deras anhöriga. En följd kan bli att vården accepteras som något oundvikligt och nödvändigt, men den värderas lågt. Vid en jämförelse mellan de fyra vårdenheterna måste man inse att den typen av problem verkar förekomma mest inom långvården vilket medför att långvården får ett lågt värde i allmänhetens ögon.

Om vi ser på sjukvården utifrån ett lidandesperspektiv kan vi säga att lidandet inte utgör något större problem för patienterna inom allmänläkarvård och vårdcentraler. Man kan inte heller säga att lidandet är störst för patienterna inom långvården. Sannolikt finns kliniker med specialiteter inom akutsomatisk sjukvård och psykiatrisk akutvård där patientens lidande på grund

Problem från värdighetssynpunkt verkar förekomma mest inom långvården

.....

.....

Undersköterskor och sjukvårdsbiträdens möjligheter till inflytande är lika stor inom långvården som in-