

Camilla Thunborg

Uniwersytet Sztokholmski

UCZENIE SIĘ „ZA ZASŁONĄ” – O STAWIANIU SIĘ OPIEKUNKĄ MEDYCZNĄ W SZWECJI

Wstęp

Poniższy artykuł analizuje aspekty uczenia się w miejscu pracy, którym w tym przypadku będzie szwedzki resort służby zdrowia. Główny nacisk położony jest na wykształcanie tożsamości zawodowej opiekunek medycznych. Grupa ta obejmuje dwie kategorie – asystentkę pielęgniarki oraz pielęgniarkę asystującą – będące najbardziej powszechnymi grupami zawodowymi wśród Szwedek¹. Rolf Å. Gustafsson² twierdzi, że zarówno zawód asystentki pielęgniarki, jak i pielęgniarki asystującej zajmuje niską pozycję w hierarchii zawodów medycznych pomimo różnic na przykład w formalnym wykształceniu. Gerd Lindgren³ w swoich badaniach pokazuje, że opiekunki medyczne – w codziennej praktyce lekarskiej określane mianem „dziewczyn” – nierzadko padają ofiarami stereotypów płciowych. Poza tym, nie ma wielu badań, które podejmowałyby temat opiekunek medycznych w Szwecji. Dwie prace autorstwa Jacka Hochwäldera⁴ i Lisy Sundin⁵ skupiają się na wypaleniu zawodowym, będącym rezultatem niskiej pozycji opiekunek medycznych w hierarchii zawodowej. Ponieważ nie ma badań skupiających się na konstruowaniu tożsamości zawodowej tej grupy, poniższy artykuł stanowi istotny wkład w ten temat.

¹ SCB (Statistiska Centralbyrån), *The Occupational Structure in Sweden 2007. Occupational Statistics based on the Swedish Occupational Register. Statistiska meddelanden, AM 33 SM 0901, 2007.*

² R.Å. Gustafsson, *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering I ett historie-sociologiskt perspektiv*, Stockholm 1987.

³ G. Lindgren, *Doktorer, systrar och flickor*, Stockholm 1988; *idem, Klass, kön och kirurgi*, Malmö 1999.

⁴ J. Hochwälder, *The psychosocial work environment and burnout among Swedish registered and assistant nurses. The main, mediating and moderating role of empowerment*, “Nursing and Health Sciences” 2007, nr 9.

⁵ L. Sundin, J. Hochwälder, C. Bildt, J. Lisspers, *The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden. A questionnaire survey*, “International journal of Nursing Studies” 2007, nr 44.

Tekst ten jest częścią projektu badawczego z lat 90., dotyczącego nabywania tożsamości zawodowej przez opiekunki medyczne w resorcie zdrowia⁶. Powstał on na podstawie studium przypadku czterech różnych oddziałów w obrębie dwóch klinik, w dwóch różnych szpitalach w Szwecji. Poniższy artykuł ma na celu pogłębienie wiedzy na temat sposobu, w jaki opiekunki medyczne konstruuja tożsamość zawodową w codziennej praktyce lekarskiej. Ponowna analiza wyżej wspomnianych materiałów empirycznych pozwoliła skoncentrować się bardziej na uczeniu się i rozwoju tożsamości zawodowych.

Kolejne sekcje zawierać będą krótki zarys historii opiekunek medycznych. Zdefiniuję także pojęcia tożsamości zawodowych i uczenia się, by następnie wykorzystać je jako narzędzia analityczne w odniesieniu do empirycznych danych. Kolejna część zawierać będzie szczegółowy opis metody badawczej, wyniki natomiast odniesione zostaną do trzech aspektów, czyli uczenia się, tożsamości zawodowych i możliwości rozwoju tychże tożsamości. Ostatnia sekcja skupi się na wynikach przeprowadzonej analizy.

Historia opiekunek medycznych

Przed 1850 rokiem określenia „asystentka pielęgniarki” używano w stosunku do kobiet z klasy robotniczej, które pracowały jako pokojówki, opiekowały się pacjentami, doglądały ich potrzeb, sprzątały i gotowały w szpitalach⁷. Kiedy do szpitali trafiły licencjonowane pielęgniarki, będące często niezamężnymi kobietami wywodzącymi się z klasy średniej, uważały one asystentki pielęgniarek za brudne i niewykształcone. W 1923 roku asystentki pielęgniarek założyły swój własny związek, który jednak dopiero w 1945 roku został włączony w szeregi tradycyjnych związków zawodowych, głównie z racji tego, że, jak uważa Agneta Emanuelsson⁸, należały do niego kobiety. Zawód pielęgniarki asystującej powstał z powodu braku licencjonowanych pielęgniarek w opiece zdrowotnej po II wojnie światowej. Obecnie otrzymanie tytułu pielęgniarki asystującej jest poprzedzone trzyletnim kursem w szkole średniej⁹. W latach 90. podjętych zostało kilka kroków mających na celu zmianę systemu opieki zdrowotnej w Szwecji. Zredukowano liczbę personelu, asystentki pielęgniarek zastąpiono pielęgniarkami asystującymi, pielęgniarki asystujące zastąpiono natomiast niewielką liczbą licencjonowanych pielęgniarek. Uważano to za

⁶ C. Thunborg, *Lärande av yrkesidentiteter. En studie av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor*, Linköping: Institutionen för pedagogik och psykologi, Linköpings 1999.

⁷ R.Å. Gustafsson, *op. cit.*

⁸ A. Emanuelsson, *Pionjärer i vitt. Professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden, 1851-1939*, Stockholm 1990.

⁹ SKOLFS, Curriculum for the Non-Compulsory School System – Lpf94, SKOLFS 2006, nr 24.

dobry sposób obciążenia kosztów, przy jednoczesnym zwiększeniu poziomu formalnych kompetencji¹⁰. Uznano, że różnice w pensjach między poszczególnymi kategoriami pielęgniarek w Szwecji nie są dostatecznie duże, by można było pozwolić sobie na dalsze ich zatrudnianie. Na przykład w Wielkiej Brytanii wprowadzono w latach 90. nową kategorię opiekunek medycznych w celu zmniejszenia wydatków na system zdrowia. Postanowiono także wykorzystać je w sposób bardziej elastyczny, w różnym zakresie obowiązków¹¹.

Związek między uczeniem się a tożsamością zawodową

Poniższy artykuł skupia się na dwóch powiązanych ze sobą pojęciach – uczeniu się w miejscu pracy i tożsamości zawodowej. Badania dotyczące uczenia się w miejscu pracy wywodzą się z różnych definicji i perspektyw dotyczących zarówno uczenia się, jak i miejsc pracy. Zdaje się jednak, że dyskusja mająca wykazać, czy uczenie się w miejscu pracy wiąże się z wynikami czy z procesami, z rozwojem czy też z przystosowaniem, doprowadza do zatarcia granic pojęciowych¹². W artykule perspektywa uczenia się usytuowanego¹³ używana jest w celu uchwycenia związku pomiędzy uczeniem się a tożsamością. Aby zdefiniować perspektywę uczenia się usytuowanego Jean Lave¹⁴ podnosi trzy kwestie istotne z punktu widzenia analizy uczenia się w miejscu pracy: Czego się uczymy? Jak się uczymy? Jakie są możliwości uczenia się? Pierwsze pytanie związane jest z aspektami uczenia się aby być¹⁵, stawiania się kimś oraz z rezultatami tego procesu w świetle tożsamości zawodowej¹⁶. Pytanie drugie związane jest z nieprzerwanym procesem formowania tożsamości zawodowych poprzez negocjowanie¹⁷ oraz uczestnictwo¹⁸ we wspólnotach działań. Wreszcie, pytanie o możliwości uczenia się można odnieść zarówno do kwestii dostępu do sytuacji związanych z uczeniem się, jak i do rozbieżności na przykład pomiędzy edukacją formalną a nieformalną.

¹⁰ A. Herrting, K. Nilsson, T. Theorell, U. Sätterlund Larsson, *Assistant nurses in the Swedish healthcare sector during the 1990s. A hard-hit occupational group with a tough Job*, “Scandinavian Journal of Public Health” 2005, vol. 33, nr 2.

¹¹ C. Thornley, *A question of competence? Re-evaluating the roles of the nursing auxiliary and health care assistant in the NHS*, “Journal of Clinical Nursing” 2000, nr 9.

¹² T. Fenwick, *Tidying the territory: questioning terms and purposes in work-learning research*, “Journal of Workplace Learning” 2006, vol. 18, nr 5.

¹³ J. Lave, E. Wenger, *Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge 1991; E. Wenger, *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*, Cambridge 1998.

¹⁴ J. Lave, *Learning, apprenticeship, social practice*, “Nordisk Pedagogik” 1997, nr 3.

¹⁵ J. Bruner, *The acts of meaning*, Cambridge 1990.

¹⁶ S. Billet, *Work, Subjectivity and Learning*, [w:] *Work, Subjectivity and Learning. Understanding Learning through Working Life*, red. S. Billet, T. Fenwick, M. Somerville, Dordrecht 2006.

¹⁷ E. Wenger, *op. cit.*

¹⁸ J. Lave, E. Wenger, *op. cit.*

Krytyka, która w ostatnich latach skierowana była pod adresem uczenia się usytuowanego, dotyczyła jego odtwórczego charakteru¹⁹ oraz zaniedbywania jednostki²⁰. W swoim artykule odnoszę się do perspektywy Georga H. Meada²¹ dotyczącej kształtowania samego siebie oraz postulowanej przez Ervinga Goffmana²² próby głębszego zrozumienia jednostki i jej doświadczeń będących częścią procesu uczenia się. W celu odparcia krytyki dotyczącej odtwórczości²³ wykorzystuję analizę rozbieżności w tożsamości zawodowej, posiłkując się w dużym stopniu teorią działania. Pozostałe zarzuty pod adresem perspektywy usytuowanego uczenia się dotyczą zaniedbywania *habitusu*²⁴ oraz aspektu władzy²⁵. Nie są one jednak omawiane w artykule.

Formowanie tożsamości zawodowych

Uczenie się w perspektywie sytuacyjnej jest definiowane jako nieprzerwany proces uczestnictwa i negocjowania we wspólnotach działań²⁶. Wspólnoty te cechują się wzajemnym zaangażowaniem, wspólnie podejmowanymi przedsięwzięciami oraz repertuarem pokrewnym działań dla wszystkich uczestników. Kontekstowe zakorzenienie wspólnot działań wynika z czynników społeczno-kulturowych oraz historyczno-materialnych²⁷; uczenie się w takiej wspólnocie jest, z kolei, określane mianem uczestnictwa o charakterze pełnoprawnym, peryferyjnym²⁸. Pełnoprawność odnosi się do bycia pełnoprawnym członkiem wspólnoty, peryferyjność natomiast oznacza przemieszczanie się uczestnika wspólnoty z pozycji peryferyjnej w kierunku pełnego w niej uczestnictwa. Z drugiej zaś strony, w wyniku nieprzerwanego procesu negocjacyjnego oraz stałego charakteru uczestnictwa we wspólnocie, podlega ona bezustannym zmianom, co wyklucza możliwość pełnej i wyraźnej przynależności. Uczenie się związane jest z procesami nieprzerwanego uczestnictwa we wspólnocie,

¹⁹ T. Fenwick, *Learning in portfolio work: anchored innovation and mobile identity*, "Studies in Continuing Education" 2004, vol. 26, nr 2.

²⁰ S. Billet, *Learning through work. Workplace participatory practices*, [w:] *Workplace Learning in Context*, red. H. Rainbird, A. Fuller, A. Munro, London 2004.

²¹ G.H. Mead, *Mind, Self & Society from a Standpoint of a Social Behaviorist*, Chicago 1934.

²² E. Goffman, *The Presentation of Self in Every Day Life*, New York 1959.

²³ Y. Engeström, *Learning by Expanding. An Activity Theoretical Approach to Developmental Research*, Helsinki 1987; *idem, Activity theory and individual and social transformation*, [w:] *Perspectives on Activity Theory*, red. Y. Engeström, R. Miettinen, R-L Punamäki, New York 1999.

²⁴ P. Bourdieu, *Outline of Theory and Practice*, Cambridge 1977; P. Sawchuk, *Adult Learning and Technology in Working-Class Life*, Cambridge 2003.

²⁵ T. Fenwick, *Escaping/Becoming Subjects*, [w:] *Work, Subjectivity...*

²⁶ J. Lave, E. Wenger, *op. cit.*; E. Wenger, *op. cit.*

²⁷ J. Lave, *The practice of learning*, [w:] *Understanding practice. Perspectives on a Activity and context*, eds. J. Lave, S. Chaiklin, Cambridge 1993.

²⁸ J. Lave, E. Wenger, *op. cit.*

która staje się miejscem, gdzie kształtuje się, podtrzymuje i zmienia społeczne tożsamości. Etienne Wenger definiuje procesy kształtowania w kategoriach procesu negocjacyjnego: „Budowanie tożsamości składa się z negocjowania znaczeń naszego doświadczenia nabytego w rezultacie uczestnictwa w społeczeństwie”²⁹.

Uczestnictwo i negocjowanie tożsamości jest podobne do opisanej przez G.H. Meada³⁰ relacji pomiędzy podejmującym działania „ja podmiotowym” i wykształconym w toku procesów socjalizacji „ja przedmiotowym”, gdzie poprzednie doświadczenia oraz osoby znaczące (znaczący inni) stanowią część procesu negocjacyjnego. Ian Burkitt opisuje tę relację w następujący sposób:

Obie twarze są społeczne i wyłaniają się jednocześnie tylko podczas dyskursu. „Ja przedmiotowe” reprezentuje unikalną tożsamość, którą wykształcamy obserwując ją przez pryzmat stosunku innych do tejże tożsamości, gdy tymczasem „ja podmiotowe” jest subiektywnym stosunkiem refleksji, wynikłej z obiektywnego obrazu samego siebie i swoich własnych reakcji. „Ja podmiotowe” umożliwia wewnętrzny dialog między reakcjami w stosunku do innych, z jednej strony, i samoświadomością, z drugiej. Samoświadomość natomiast, jako wytwór języka, odzwierciedla znaczenia, zasady moralne i wartości zawierające się w dyskursie³¹.

Można zauważyć punkty styczne między podejściem G.H. Meada a perspektywą uczenia się usytuowanego, która wiąże się ze społeczną naturą uczenia się i bezustannym negocjowaniem w procesie formowania tożsamości. Co do różnic, można zauważyć, że perspektywy uczenia się usytuowanego skupiają się w większym stopniu na nieprzerwanej praktyce, podczas gdy G.H. Mead koncentruje się na jednostce sprawczej w tejże praktyce, na plan pierwszy wysuwając osobiste doświadczenia w procesie formowania tożsamości.

Tożsamość zawodowa

Pojęcie tożsamości zawodowej używane jest w artykule jako rozumienie związku pomiędzy oczekiwaniami dotyczącymi tego, czym jest, a czym powinien być zawód opiekunki medycznej; zdanie sobie sprawy z wpływu osobistych doświadczeń wynikłych z bycia opiekunką medyczną oraz bycie świadomym trwałego uczestnictwa i negocjowania w różnych środowiskach pracy, które są wspólnotami działań.

Zarówno Etienne Wenger³² jak i Stephen Billet³³ określają pojęcie tożsamości jako centralny punkt, wokół którego zasadzają się wymiar osobisty i społeczny. Pozwala to uniknąć dychotomicznego rozumienia terminu tożsamość. Etienne Wenger pisze:

²⁹ E. Wenger, *op. cit.*, s. 145.

³⁰ G.H. Mead, *op. cit.*

³¹ I Burkitt, *Social Selves. Theories of the Social Formation of Personality*, London 1999, s. 38.

³² E. Wenger, *op. cit.*

³³ S. Billet, *Work, op. cit.*

Pojęcie tożsamości służy za oś dla wymiarów społecznego i indywidualnego, w sposób umożliwiający omawianie jednego z uwzględnieniem drugiego. Unikamy dzięki temu nazbyt uproszczonej dychotomii na linii społeczny-indywidualny, zachowując jednocześnie wszystkie różnice między nimi³⁴.

Stephen Billet rozwija dalej pojęcie tożsamości, łącząc je z podmiotowością:

Koncept tożsamości, który ma konotacje zarówno osobiste, jak i społeczne, związany jest także z pojęciem podmiotowości. W ujęciu społecznym istnieją formy praktyk instytucjonalnych, normatywnych oraz tych łączących się z dyskursem, które są powiązane z tożsamością jednostki. Przykładami mogą być zawody zhierarchizowane i wartościowane w szczególnie sposób. I tak, istnieją społeczne oczekiwania względem określonych czynników przypisanych tym, którzy chcą pełnić rolę mechaników samochodowych, doktorów medycyny, pielęgniarzek, fryzjerek itd., a które wiążą się z szerszymi kategoriami (np. z płcią). Jeśli chodzi o tożsamość, dużą wagę odgrywa także sposób, w jaki jednostka pokazuje się społecznemu światu (np. jak się z nim utożsamia) oraz z jakimi społecznymi praktykami chce być łączona. Jest to wynikiem tego, jak dana jednostka przedstawia i negocjuje swoje „ja” w społecznym świecie odnośnie do tego, co robi i jak to robi. [...] W ten sposób, tożsamość jest postrzegana jako rezultat, konstrukcja narracyjna, która jest produktem tegoż procesu³⁵.

Możliwości uczenia się i rozwoju

Powracając do kwestii konstruowania zawodowych tożsamości oraz możliwości uczenia się i rozwoju, warto odnieść się do analitycznego rozróżnienia Pera-Erika Ellströma³⁶ między uczeniem się adaptacyjnym a twórczym. To pierwsze dotyczy opanowywania istniejących już procedur związanych z miejscem pracy, podczas gdy uczenie się twórcze związane jest z rozwojem praktyk stosowanych w zawodzie. Alison Fuller i Lorna Unwin³⁷ podkreślają, że możliwości uczenia się dostarcza zarówno analiza dostępu do różnorodnych sytuacji pojawiających się w codziennej praktyce zawodowej³⁸, jak i rozbieżności pomiędzy różnymi czynnikami powiązanymi z tą praktyką³⁹. Wykorzystuję koncepcję sformułowaną przez J. Lave i E. Wengera⁴⁰ odnośnie do wykorzystania wspomnianego dostępu jako czynnika wpływającego na możliwości uczenia się zarówno adaptacyjnego, jak i twórczego, a następnie odnoszę tę koncepcję do uczenia się przez poszerzanie, zdefiniowanego przez Yrjö

³⁴ E. Wenger, *op. cit.*, s. 145.

³⁵ S. Billet, *Work, op. cit.*, s. 7.

³⁶ P.-E. Ellström, *The two logics of learning*, [w:] *Learning, Working and Living. Mapping the Terrain of Working Life Learning*, red. E. Antonacopoulou, P. Jarvis, V. Andersen, B. Elkjær, S. Høyrup, London 2006.

³⁷ A. Fuller, L. Unwin, *Expansive learning environments. Integrating organizational and personal development*, [w:] *Workplace Learning in Context*, red. H. Rainbird, A. Fuller, A. Munro, London 2004.

³⁸ J. Lave, *op. cit.*

³⁹ Y. Engeström, *Activity theory...*

⁴⁰ J. Lave, E. Wenger, *op. cit.*

Engeströma⁴¹. Dostęp łączy się z pełnoprawnym, peryferyjnym uczestnictwem w specyficznych sytuacjach związanych z praktyką zawodową bądź z zawodem właściwym. Rozbieżności są z kolei postrzegane jako sposób analizowania możliwości rozwoju, które można umiejscowić poprzez analizę drobnych zakłóceń napotykanym przez jednostkę podejmującą działanie, czy też odnaleźć je w codziennych czynnościach⁴².

Model teoretyczno-analityczny

Analizując uczenie się tożsamości zawodowych w pracy opiekunek medycznych, można zauważyć, że głównym punktem skupienia staje się biografia dotycząca ich doświadczeń związanych z uczeniem się, uczestnictwem i procesem negocjacyjnym⁴³. Co więcej, ich tożsamości zawodowe analizuje się zarówno pod kątem wrażeń wywoływanych, jak i wrażeń przekazywanych⁴⁴, a także tego, w jaki sposób inni kategoryzują opiekunki medyczne względem oczekiwań – kim one powinny być i co mają robić w codziennej pracy⁴⁵. Dostęp jest również używany w celu określenia, efektem których sytuacji zakorzenionych w codziennej praktyce zawodowej jest uczenie się⁴⁶. Rozbieżności natomiast służą określeniu, jakie są możliwości rozwoju tożsamości i praktyk zawodowych⁴⁷.

Pytania badawcze

Aby głębiej zrozumieć sposób, w jaki opiekunki medyczne uczą się tożsamości zawodowych w trakcie praktyki medycznej, rozwijam przytoczone powyżej podstawy teoretyczne, stawiając trzy następujące pytania badawcze:

1. Jak opiekunki medyczne konstruują tożsamość zawodową w codziennej praktyce lekarskiej?
2. Czym charakteryzują się ich tożsamości zawodowe?
3. Jakie możliwości rozwoju tożsamości zawodowych można znaleźć w ich formowaniu przez opiekunki medyczne?

⁴¹ Y. Engeström, *Activity theory...*; *idem*, *Learning by Expanding...*

⁴² *Idem*, *Activity theory...*

⁴³ J. Lave, E. Wenger, *op.cit.*; E. Wenger, *op. cit.*

⁴⁴ E. Goffman, *op. cit.*

⁴⁵ G.H. Mead, *op. cit.*

⁴⁶ J. Lave, *op. cit.*

⁴⁷ Y. Engeström, *Activity theory...*

Metoda

Metoda, której używam to wielokrotne studium przypadku⁴⁸. Wykorzystuję dane zebrane na przestrzeni dwóch lat z dwóch różnych klinik w dwóch szpitalach⁴⁹. Jedna z nich to klinika anestezyjologiczna przy szpitalu uniwersyteckim; druga to klinika medyczna w małym, wiejskim szpitalu. W tej pierwszej przebywają tylko pielęgniarki asystujące, które pracują w systemie rotacyjnym pomiędzy dwoma oddziałami – pooperacyjnym i intensywnej terapii. Na oddziale intensywnej terapii pacjenci wymagają 24-godzinnej nadzoru i pilnej uwagi; na oddziale pooperacyjnym pacjenci wybudzają się po operacjach. W klinice medycznej pracują zarówno asystentki pielęgniarek jak i pielęgniarki asystujące, które przebywają na oddziałach piątym lub ósmym. Oddział piąty jest ogólnym oddziałem medycznym, w którym mieści się kilka łóżek przeznaczonych dla pacjentów z wadami serca. Pracują w nim pary składające się z licencjonowanej pielęgniarki oraz pielęgniarki asystującej. Oddział ósmy, na którym przebywają w głównej mierze starsze osoby, specjalizuje się w podstawach rehabilitacji. Pracują tam grupy składające się z jednej licencjonowanej pielęgniarki i trzech opiekunek medycznych.

Badania prowadziliśmy w dwójkę – w ich trakcie przeprowadziliśmy wywiady z czterema asystentkami pielęgniarek i pięcioma pielęgniarkami asystującymi. Wyniki wykorzystane zostały w dwóch różnych dysertacjach⁵⁰. Doświadczenie zawodowe respondentek wahało się w przedziale od pięciu do osiemnastu lat. Siedem pielęgniarek asystujących przez dwa tygodnie pisało pamiętniki. Przeprowadziliśmy także wywiady z czwórką dyrektorów, szóstką lekarzy i szóstką licencjonowanych pielęgniarek w celu poznania ich punktu widzenia na temat grup opiekunek medycznych. Używaliśmy głównie wywiadów o charakterze częściowo ustrukturyzowanym oraz metody polegającej na samoobserwacji w postaci pamiętników. W wywiadach pytaliśmy o pracę, edukację, idealną opiekunkę medyczną i to, jakie kompetencje powinna taka opiekunka posiadać. Pamiętniki miały wyraźną strukturę i składały się z sekcji: Która godzina? Co robię? Gdzie jestem? Z kim lub czym mam do czynienia? Komentarze!

Dane zostały poddane tematycznej analizie przypadków⁵¹, w której narracje opiekunek medycznych z różnych oddziałów są badane razem z narracjami innych grup zawodowych oraz z dziennikami dotyczącymi wzorów postępowania i współ-

⁴⁸ R.K. Yin, *Case Study Research. Design and Methods*, London 1984.

⁴⁹ C. Thunborg, *op. cit.*

⁵⁰ D. Rönnqvist, *Kompetensutveckling i praktiken – ett samspel mellan ledning, yrkesgrupper och omvärld. En studie av strategier för kompetensutveckling inom hälso- och sjukvården*, Linköping 2001; C. Thunborg, *op. cit.*

⁵¹ R.K. Yin, *op.cit.*

oddziaływania w czasie i przestrzeni. Tak zebrane dane z różnych źródeł mają posłużyć w sformułowaniu tematów, które ostatecznie wpiszą się w ramy teoretyczne.

Wyniki badań

Poniższa część zawiera dalszą analizę tożsamości zawodowych opiekunek medycznych, możliwości rozwoju tych tożsamości, oraz procesu uczenia się w codziennej pracy opiekunki medycznej.

Konstruowanie tożsamości zawodowych w pracy opiekunki medycznej

Opiekunki medyczne postrzegają swoją codzienną pracę, a w szczególności swój związek z przedstawicielami innych zawodów na oddziale, jako kluczowy czynnik w procesie uczenia się. Twierdzą, że pomoc starszych opiekunek medycznych jest niezwykle istotna w uczeniu się codziennych obowiązków, odpowiedziach na pytania i w rozwiązywaniu problemów. Współpraca z pacjentami pomaga natomiast budować relacje i uczy zachowań, które powinny charakteryzować dobre opiekunki medyczne. Dlatego też licencjonowane pielęgniarki są głównym czynnikiem sprawczym w procesie uczenia się codziennych obowiązków czy obsługi sprzętu. Ponadto pielęgniarki zlecają indywidualne zadania opiekunkom medycznym: „[...] kiedy znam pielęgniarkę i zdarzy się, że ma ona dużo do roboty, może oddelegować mnie do zadania, któremu według nas na pewno sprostim” (pielęgniarka asystująca, oddział intensywnej terapii).

Doktorzy także wyznaczają zadania, kiedy sytuacja jest nagła: „Był to nagły wypadek, pacjent potrzebował leku a doktor akurat był na sali i poprosił mnie, bym podała lek dożylnie. Zrobiłam jak prosił, dzięki czemu mógł zobaczyć, jak dużo z siebie daje” (pielęgniarka asystująca, oddział intensywnej terapii).

Organizacja pracy na oddziale zdaje się mieć wpływ na proces uczenia się opiekunek medycznych. Na oddziale piątym pracują one blisko licencjonowanych pielęgniarek, uzyskując dostęp do tych samych zadań. Ponadto współpracują z nimi podczas planowania pracy. Na oddziale ósmym wykonują tradycyjne zadania, jak na przykład pomoc pacjentom oraz licencjonowanym pielęgniarkom. Na oddziale intensywnej terapii są związane w miejscu i czasie, nie mogą opuścić sali z pacjentami, dopóki nie zastąpi ich ktoś inny. Ponad 80 procent ich całkowitego czasu pracy ogranicza się do tego miejsca. Opisują także, że przez wzgląd na specyficzną naturę oddziału intensywnej terapii, często zdarza się im wykonywać całkiem nowe rzeczy. Zasady wyznaczania zadań na oddziale zdają się mieć także bardziej nieformalny charakter:

W miejscu pracy jest jedna bardzo rzetelna licencjonowana pielęgniarka, pracująca tu od wielu lat, która fach ma już we krwi i to widać... Krok po kroku tłumaczy dziewczynie co ta ma zrobić, co następnie zmienia się w niepisaną regułę odnośnie do zakresu obowiązków. Po jakimś czasie przychodzą obie do mnie i mówią, co dana pielęgniarka asystująca robi na oddziale, po czym już formalnie oddelegowuję ją do tego zadania (dyrektor kliniki anestezyjologicznej).

Opisując swoje doświadczenia z procesu uczenia się, opiekunki medyczne postrzegają formalną edukację jako istotny czynnik w uzyskaniu dostępu do pracy. Niektóre z nich uważają także pewne aspekty za przydatne w praktyce zawodowej. Odnosząc się do zaplanowanych zadań szkoleniowych, mówią, że nigdy same ich nie inicjują, w związku z czym użyteczność tych zadań w codziennej pracy może być różna.

Doświadczenia poszczególnych opiekunek medycznych, związane z wcześniejszym procesem uczenia się, także różnią się od siebie. Opiekunki medyczne z krótszym stażem uważają formalną edukację i szkolenie za bardziej istotne niż w przypadku ich dłużej pracujących koleżanek. Te z kolei mają za sobą wiele zadań szkoleniowych, które nigdy nie doprowadziły do jakichś zmian w ich pracy, w związku z czym są nimi znużone. Niemniej, w niektórych przypadkach zadania te także i tu mogą zainicjować proces uczenia się. Jedna ze „starszych” opiekunek medycznych przyznaje, że z roli *outsidera* jeśli chodzi o kwestie medyczne stała się częścią nowego świata, co pozwoliło jej rozwijać się także jako osoba:

Jestem obecnie bardziej ciekawa świata, niż przedtem, ponieważ mam przystąpić do programu szkoleniowego... Mam w pracy przyjaciółkę, która jest pielęgniarką asystującą... zadaję jej dużo pytań. A jak jesteśmy przy łóżku pacjenta, pytam także doktora. Używają dużo łaciny – połowy z tego nie rozumiem, ale dopytuje się wciąż i wciąż, aż się nie nauczę (asystentka pielęgniarki, oddział piąty).

Podsumowując, proces uczenia się opiekunek medycznych jest w dużym stopniu skorelowany z ich uczestnictwem w codziennej pracy. Sposoby organizowania pracy, społeczne interakcje i kształtowanie stosunków z licencjonowanymi pielęgniarkami i doktorami przy pracy są kluczowe w procesie nauki. Poprzednie doświadczenia, zarówno te życiowe jak i zawodowe, z jednej strony są istotne jeśli chodzi o motywację do nauki w formalnym kontekście edukacyjnym, z drugiej natomiast, uczestnictwo w tym kontekście w dużym stopniu motywuje ich do nauki w trakcie codziennej pracy.

Tożsamości zawodowe opiekunek medycznych

Wrażenia przekazywane przez opiekunki medyczne odnoszą się do pacjenta. Przyjęcie jego perspektywy, stanie się jego głosem, pomoc i zrozumienie go jest w opinii opiekunek medycznych fundamentalne dla tego, kim są i kim mają się stać:

Myślę, że powinno traktować się ludzi w sposób, w jaki samemu chciałoby się być traktowanym. Opiekując się tymi starszami, chcesz robić to tak, jakby mieli się oni kiedyś zaopiekować twoimi rodzicami. Wiesz wówczas, że twoje serce jest na właściwym miejscu (pielęgniarka asystująca, oddział numer pięć).

W codziennej pracy większość czasu spędzają z pacjentami. Pierwsza tabela pokazuje, że czas bezpośrednio poświęcony pacjentom waha się od 49 do 76 procent całego ich czasu pracy.

Tabela 1. Praca opiekunek medycznych bezpośrednio związana z pacjentami wyrażona w procentach ich całkowitego czasu pracy w okresie dwóch tygodni

Praca opiekunek medycznych bezpośrednio związana z pacjentami			
Oddział intensywnej terapii	Oddział pooperacyjny	Oddział numer 5	Oddział numer 8
67	76	49	64

* Czas, jaki według pamiętników przypadł na zadania bezpośrednio związane z pacjentami, został podany w procentach całkowitego czasu pracy. Został on zliczony na każdym oddziale i objął zarówno licencjonowane pielęgniarki, jak i opiekunki medyczne.

Tabela pierwsza pokazuje różnice pomiędzy czasem pracy na różnych oddziałach. Oprócz tego istnieją różnice w tym, co opiekunki medyczne rozumieją pod pojęciem pracy, zakresu kompetencji czy tożsamości. Postrzegają siebie jako spostrzegawcze i elastyczne w sytuacjach nagłych wypadków, bądź nieprzewidzianych zdarzeń na oddziałach intensywnej terapii i pooperacyjnym: „W tym miejscu musisz być spokojna, ale i szybka, dostrzegać rzeczy natychmiast. Musisz być spostrzegawcza, pilnować ciśnienia krwi i wiedzieć, co trzeba robić, gdy te zacznie spadać” (pielęgniarka asystująca na oddziale intensywnej terapii).

W codziennej pracy na oddziale intensywnej terapii, opiekunki medyczne muszą stale przebywać na sali z pacjentami, obserwować i dokumentować, co się dzieje oraz regularnie kontrolować stan zdrowia pacjentów. Na oddziale piątym opiekunki medyczne pracują razem z pielęgniarką, dzieląc się z nią problemami medycznymi związanymi z doглядaniem pacjentów czy pracą administracyjną. Na oddziale ósmym opiekunki medyczne myją, pielęgnują i doглядają pacjentów, przyrównując się czasami do oddziałowych sióstr położnych. Łączy je to, że uważają się za pracownice od przestrzegania zasad i realizowania codziennych obowiązków:

Po tym jak przychodzimy na oddział, pacjentów trzeba umyć, następnie powinni zjeść śniadanie, pójść na terapię, fizjoterapię, odwiedzić w przerwie toaletę, po czym przychodzi pora obiadu i cała reszta i... dzień w pewien sposób staje się rutyną (asystentka pielęgniarki, oddział ósmy).

Niektóre opiekunki medyczne wspominają o przepisach, które z ich perspektywy są sprzeczne z tym, co wolno, a czego nie wolno im robić:

Nowe przepisy nie pozwalają mi już opatrywać ran, chociaż kiedy zaczynałam tu pracę, to właśnie robiłam – opatrywałam rany. Wiem, że potrafię to robić, papiery jednak twierdzą inaczej, mimo że robiłam to już wcześniej, kiedy nie mieli licencjonowanych pielęgniarek ani pielęgniarek asystujących; wówczas nie było to problemem (asystentka pielęgniarki, oddział ósmy).

Na koniec opiekunka medyczna, z którą przeprowadzono wywiad powiedziała, że dostosowuje się do innych grup zawodowych na oddziałach. Jej zdaniem, idealna opiekunka medyczna nie powinna przejmować inicjatywy, lecz dostosowywać się do innych grup: „Musisz zrozumieć, że nie wolno ci tego robić ze względu na braki w wykształceniu. Musisz także zrozumieć pracę innych grup i że czasami, kiedy jest dużo pracy, sytuacja może być nagląca” (licencjonowana pielęgniarka, oddział intensywnej terapii).

Pojawia się także opinia, że do każdej pielęgniarki trzeba się dostosować z osobna:

Gdy pracujesz ze „swoją” licencjonowaną pielęgniarką, wiesz, co należy robić. Gdy jednak zjawia się ktoś nowy, musisz dostosować się do nowego systemu i robić to i tamto inaczej niż dotychczas. Trudno jest kiedy nie ma się jednej i tej samej pielęgniarki (pielęgniarka asystująca na oddziale piątym).

Na podstawie samoobserwacji, opiekunki medyczne często opisują sytuacje, w których licencjonowana pielęgniarka bądź doktor prosi je o coś, co następnie trzeba wykonać.

Podsumowując, tożsamość opiekunek medycznych, z jednej strony, kształtuje się na podstawie powtarzania rutynowych działań, z drugiej zaś, w byciu elastyczną w dostosowywaniu się do innych grup, niespodziewanych sytuacji oraz pilnych potrzeb wynikłych w trakcie pracy na oddziale. W porównaniu z innymi zawodami w sektorze medycznym, tożsamość opiekunek medycznych wydaje się dość słaba, chociaż dobrze zdefiniowana pod kątem dzielonego przez nie poglądu odnośnie do bycia zorientowaną na pacjenta. Opiekunki na oddziałach pooperacyjnym i intensywnej terapii w sposób zdecydowany utożsamiają się z wizerunkiem elastycznego obserwatora, medycznie i technicznie kompetentnego. Jest to tożsamość daleka od tej, którą wykazują „siostry położne” z oddziału ósmego. Bliska obecność licencjonowanych pielęgniarek na oddziale piątym zdaje się zacierać silną tożsamość zawodową opiekunek medycznych, wzmacniając zarazem tożsamość jednostek. Z pozoru sprawia ona wrażenie słabej, w środku jest jednak znacznie mocniejsza.

Możliwości rozwoju tożsamości zawodowych

Analizując powyższe wyniki, można wykazać przynajmniej cztery opozycje zestawienia, które oferują możliwości rozwoju tożsamości zawodowych. Są to: uczenie się formalne a nieformalne, uczenie się adaptacyjne a twórcze, legitymizacja formalna a nieformalna oraz niski status a silna tożsamość.

Uczenie się formalne a uczenie się nieformalne

W narracjach opiekunek medycznych można dostrzec rozbieżność pomiędzy uczeniem się formalnym a nieformalnym. Dlatego też poprzednie doświadczenia życiowe i zawodowe są bardzo istotne jeśli chodzi o motywację do uczenia się w sytuacjach formalnych. Uczestnictwo w takich sytuacjach może być także kluczowe dla motywacji do nauki w codziennej pracy.

Z jednej strony opiekunki uczą się w codziennej pracy i poprzez relacje z innymi. Ponadto, doświadczają wielu sytuacji, w których uczą się w sposób formalny nie prowadzący do żadnych zmian w wykonywanych zadaniach. A choć opiekunki medyczne uważają, że ich zawodowa tożsamość jest w dużym stopniu zorientowana na pacjenta, nie ma żadnych szkoleń bezpośrednio związanych z opieką, można więc odnieść wrażenie, że ukierunkowanie na pacjenta nie stanowi istoty rozwoju w zawodzie opiekunki. Z drugiej strony, propozycja uczestnictwa w zadaniach związanych z formalnym uczeniem się (pojawiająca się w jednej z historii) zdaje się być istotna pod kątem motywowania do uczenia się w trakcie wykonywania codziennych czynności, jako że umożliwia ona na kontakt z problemami, pytaniami i perspektywami uprzednio nierozpatrywanymi.

Uczenie się adaptacyjne a uczenie się twórcze

Odnosząc się do podziału P.-E. Ellströma⁵² na uczenie się adaptacyjne i twórcze, proces uczenia się opiekunek medycznych z jednej strony można zaklasyfikować jako adaptacyjny. Wynika to z tego, że od opiekunek medycznych wymaga się dostosowywania do innych grup zawodowych w trakcie pracy. Używając pojęcia „znaczącego innego” G.H. Meada, pacjenci są najważniejsi w pracy opiekunek medycznych, jeśli zaś chodzi o proces edukacji w trakcie pracy, najważniejszymi osobami są licencjonowane pielęgniarki. Różne oczekiwania osób trzecich mogą być, i często są, sprzeczne z potrzebami pacjentów oraz z wyobrażeniem o pielęgniarkach asystujących i ich pracy. Przyjmując perspektywę licencjonowanych pielęgniarek, opiekunki

⁵² P.-E. Ellström, *op. cit.*

medyczne dostosowują się do zawodowej hierarchii oraz powielają schemat tożsamości zawodowej podwładnych; tak więc, nawet jeśli opiekunki medyczne są w dużym stopniu zorientowane na pacjenta, wciąż muszą liczyć się z oczekiwaniami innych, panującymi zasadami i ustalonym porządkiem.

Jednak mimo to proces ich uczenia się można, do pewnego stopnia, określić mianem twórczego⁵³. Związek z licencjonowanymi pielęgniarkami stwarza dostęp do sytuacji związanych z uczeniem się, które prowadzą do kwestionowania zasad i ogólnie panującego porządku. Opiekunki medyczne tworzą związek z każdą pielęgniarką asystującą, ucząc się, w jaki sposób dostosowywać się do każdego jednego przypadku. Z tej perspektywy już sam ten związek prowadzi do sytuacji obopólnej edukacji, co z kolei daje dostęp do nowych zadań, problemów i dostarcza możliwości rozwoju tożsamości zawodowych⁵⁴. Sposób, w jaki zorganizowana jest praca oraz charakter sytuacji, do jakich dochodzi w trakcie jej trwania, zdaje się ważny dla możliwości uczenia się i rozwoju. Pod tym względem, oddział intensywnej terapii z zachodzącymi na nim nieprzewidzianymi zdarzeniami oraz oddział piąty z pracą zorganizowaną w parach są miejscami pracy oferującymi większe możliwości rozwoju dla opiekunek medycznych niż oddział ósmy.

Pełnoprawność formalna a pełnoprawność nieformalna

Istnieje sprzeczność między regułami formalnymi a tym, co opiekunki medyczne robią w pracy nieformalnie. Używając pojęć J. Lave i E. Wengera⁵⁵, pełnoprawne, peryferyjne uczestnictwo opiekunek medycznych może być określane zarówno jako formalne, jak i nieformalne. Z jednej strony opiekunki medyczne – jak i inne grupy zawodowe – wyrażają pogląd jakoby ich poczynaniami kierowały formalne reguły odnoszące się do zadań medycznych. Nowe przepisy zmieniają, a czasem ograniczają, zakres obowiązków, nawet jeśli jest się pewnym, że dane zadanie pozostaje w czyimś zasięgu. Wyrażając się na temat tego, kim są, opiekunki medyczne często wspominają o ciągłym pozostawaniu pod wpływem reguł i ustalonego porządku. Z drugiej strony, przyuczone opiekunki uzyskują możliwość edukacji oraz dostęp do zadań, których formalnie nie mogą wykonywać. Korzystając z rozróżnienia E. Goffmana⁵⁶, wrażenia wywoływane różnią się w zależności od tego, kiedy, z kim i w jakich sytuacjach pracują opiekunki, natomiast wrażenia przekazywane odnoszą się do przepisów formalnych. Rozbieżność pomiędzy pełnoprawnością formalną a nieformalną dostarcza okazji do rozwoju, te jednak rzadko są formalnie usankcjono-

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ J. Lave, E. Wenger, *op. cit.*; Y. Engeström, *Activity theory...*

⁵⁵ J. Lave, E. Wenger, *op. cit.*

⁵⁶ E. Goffman, *op. cit.*

nowane. Opiekunki medyczne zdają się wiedzieć o rzeczach, o których nie mówią, ale i również mówić o rzeczach, które potrafią robić, a których robić im się nie pozwala. Uczą się, jak przystosować się do nieformalnych struktur reprodukcją te formalne; jak wiedzieć o rzeczach, o których nie mówią, a powoływać się na struktury formalne. Przykład zmieniania tego co nieformalne w formalne może być postrzegany w kategoriach metody radzenia sobie z rozbieżnością. Mówi się o tym jednak tylko na oddziale intensywnej terapii, oba oddziały w klinice medycznej zdają się ograniczać możliwości opiekunek medycznych wprowadzając więcej przepisów i ograniczeń. Wniosek jest więc taki, że uczą się one zdobywania wiedzy za „zasłoną”.

Niski status a silna tożsamość

Z jednej strony, tożsamość opiekunek medycznych zdaje się mieć wewnętrzną siłę. Mają one dobrze zdefiniowaną tożsamość przejawiającą się we wspólnym sposobie mówienia o pacjentach, w przestrzeganiu zasad i przystosowywaniu się do innych grup zawodowych. Z drugiej jednak strony ich status w odniesieniu do innych grup zawodowych, jak i na tle całego systemu zdrowia, zdaje się niski pod względem rangi w medycznej hierarchii zawodowej.

Omówienie

Można odnieść wrażenie, że istnieje pewne brzemie historyczne jeśli chodzi o tożsamość zawodową opiekunek medycznych związane z byciem kobietą wywodzącą się z klasy robotniczej⁵⁷. Pomimo zwiększającej się liczby pielęgniarek asystujących, a mniejszej liczby asystentek pielęgniarek, tożsamość zawodowa jednych i drugich zdaje się być związana z tą samą historią. Carole Thornley⁵⁸ zwraca uwagę, że charakter pracy opiekunek medycznych w Wielkiej Brytanii jest bardzo elastyczny nawet ze szwedzkiego punktu widzenia. Powyższe badanie zdaje się potwierdzać tę tezę. W perspektywie tożsamości zawodowej opiekunek medycznych elastyczność wykształca się jako aspekt znajdowania wspólnego języka i dostosowywania się do innych grup zawodowych. To podporządkowanie jest również aspektem medycznej hierarchii, która zdaje się być wtórnie realizowana na różnych oddziałach i w różnych warunkach. Ponadto, jest to także część systemu zarządzania, któremu podlegają pielęgniarce asystujące. Opiekunki medyczne uczą się dostosowywać zarówno do pacjentów, jak i do innych grup oraz do formalnych i nieformalnych przepisów systemu opieki. Jednakże wyniki wskazują też na sytuacyjny i relacyjny charakter

⁵⁷ R.Å. Gustafsson, *op. cit.*; G. Lindgren, *Doktorer, systrar...*

⁵⁸ C. Thornley, *op. cit.*

edukacji, w którym tożsamości tworzone są w codziennej pracy. Wykształcenie dobrych stosunków z licencjonowaną pielęgniarką jest ważną metodą uzyskania dostępu do sytuacji związanych z uczeniem się, a także sposobem na poradzenie sobie z byciem podporządkowanym w hierarchii rozwojowej. Zdają się występować rozbieżności między uczeniem się adaptacyjnym a twórczym⁵⁹.

Wyniki badania opisanego w artykule wskazują, że tożsamość zawodowa ma charakter zarówno indywidualny, jak i instytucjonalny⁶⁰. Co jednak znaczy pojęcie tożsamości instytucjonalnej? Uważam, że zarówno bycie zorientowanym na pacjenta, jak i przestrzeganie zasad mają charakter instytucjonalny i są postrzegane jako wytwory różnych praktyk zawodowych oraz oczekiwań innych grup zawodowych w systemie zdrowotnym. Jednocześnie opiekunki medyczne negocjują sposoby organizowania pracy, interpretowania zasad w codziennej praktyce, postępowania w razie nagłych wypadków oraz to, kim są względem innych grup w ciągle zmieniającym się środowisku pracy⁶¹. Stworzenie kolektywnego „my” można powiązać z lokalnym charakterem praktyki zawodowej, ogólnymi oczekiwaniami społeczeństwa oraz ze społecznym statusem opiekunek medycznych.

Jeśli natomiast chodzi o podejście indywidualne, można zaobserwować tworzenie się napięcia pomiędzy różnymi oczekiwaniami wynikłymi z codziennej pracy a dyskursywnymi i praktycznymi aspektami tożsamości⁶². Każda pielęgniarka asystująca jest kształtowana przez swoje doświadczenia, które mają wpływ na jej motywację do uczenia się. Kaija Collin⁶³ uważa, że motywacyjne aspekty są często zaniebdywane w teoriach dotyczących wspólnot działań. Motywacja jednak zdaje się być kwestią związaną z praktyką. Powyższe badanie wykazuje, że uczenie się jest związane z pracą i z instytucjonalnym charakterem wykonywanego zawodu, który ma także swoją historię powiązaną z klasą społeczną i płcią⁶⁴.

Istnieje duże prawdopodobieństwo, że dostosowywanie się do innych grup, bycie zorientowanym na praktykę oraz uczenie się „za zasłoną” są nieodzownymi elementami historii opiekunek medycznych jako grupy, co staje się tym bardziej widoczne, kiedy weźmiemy pod uwagę dostosowywanie się jednostki do hierarchicznego systemu pracy.

Tłumaczenie z języka angielskiego: Patryk Kowalski

⁵⁹ P.-E. Ellström, *op. cit.*

⁶⁰ S. Billet, *Work, Subjectivity...*

⁶¹ A.L. Strauss, S. Fagerhaugh, B. Suczek, C. Wiener, *Social Organization of Medical Work*, New Brunswick 1997.

⁶² A. Giddens, *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*, Cambridge 1984.

⁶³ K. Collin, *Work-related identity in individual and social learning*, „Journal of Workplace Learning” 2009, vol. 21, nr 1.

⁶⁴ P. Sawchuk, *op. cit.*

Learning Behind Curtains – Becoming Health Care Assistants in Sweden

Summary

Health care assistants are the most common occupation for women in Sweden. Yet, facts about their learning and occupational identities are quite unknown. The aim of the paper is to deepen the understanding of how health care assistants learn their occupational identities in daily work. In the theoretical framework, the interrelationship between learning and occupational identity are elaborated on. The resulting findings come from case studies of four wards at two hospitals and are based on interviews and self-observations provided in the form of diaries.

The results show that the health care assistants' occupational identity is weak when compared to other professional groups, yet strong in sharing the same orientation towards patients. Moreover, the identities are learned at work, where registered nurses and physicians are of great importance to this process. Previous life and work experiences seem to have an impact on health care assistants' motivation to learn in formal settings but learning in formal settings also seems to be crucial for learning in daily work. Four contradictions have been discussed as the potentials for developing the occupational identities: formal versus informal learning, adaptive versus developmental learning, formal versus informal legitimacy and weak status versus strong identity.

My conclusion is that assistant nurses seem to learn how to do things they do not talk about, while talking about things they can but are not allowed to do. They learn how to adapt to the informal order by reproducing the formal one, which leads to their learning behind the curtains.

Key words: learning; occupational identity; health care assistants; health care