

LA CRISIS DEL APRENDIZAJE, EL CONOCIMIENTO PROFESIONAL Y EL BIENESTAR EN EL TRABAJO SOCIAL Y EN EL SECTOR SANITARIO

Crisis of Learning, Professional Development and Welfare in Social and Care Work

Betina DYBBROE

Universidad de Roskilde, Dinamarca

Traducción del inglés:

José González Monteagudo, Universidad de Sevilla

RESUMEN: Este artículo pretende contribuir a la comprensión sobre la crisis en el trabajo social en los países nórdicos, resaltando la crisis del aprendizaje y del conocimiento profesional en Dinamarca. Este país tiene rasgos especiales, pero el tema de la crisis del aprendizaje y del conocimiento profesional afecta por igual a los cuatro países nórdicos, en la medida en que la ideología de la Nueva Gestión del Sector Público en sus diferentes versiones ha sido aplicada. En los cuatro países nórdicos, este movimiento significó avanzar en una economía de la salud que contempla la cualificación como coste y no como inversión en relación con el futuro del estado del bienestar. Como proceso, la descualificación tiene implicaciones importantes, referida a los mismos empleos, pero también a la carencia de trabajadores sociales y sanitarios cualificados y a las propias estrategias de reclutamiento. El artículo se centra en los procesos de identificación ocupacional y de aprendizaje en enfermería

PALABRAS CLAVE: Trabajo social, conocimiento profesional, descualificación, aprendizaje, identificación.

ABSTRACT: The aim of this article is to contribute to the understanding about the crisis in paid care work in the Nordic countries by highlighting the crisis of learning and professional knowledge in care in Denmark. Denmark has special features, but the theme of crisis of learning and professional

knowledge concerns all four Nordic countries, as the ideology of New Public Management in its different versions has been universally implemented. In all of the Nordic countries, this movement meant taking steps towards creating an economy of health in which qualification strategies are seen as costs and not investments in the future welfare state. As a process, dequalification has several dimensions, concerning the jobs themselves, the shortage of qualified social and health care workers as well as the failing recruitment strategies. The article focuses on processes of occupational identification and learning in nursing.

KEYWORDS: Care work, professional knowledge, dequalification, learning, identification.

INTRODUCCIÓN

Este texto se basa en dos proyectos recientes de investigación en el sector de la enfermería (Andersen, Dybbroe & Bering 2004, and Ahrenkiel, Dybbroe & Sommer 2008)) que arrojaron luz sobre el desarrollo de la identidad ocupacional y del aprendizaje, estrechamente ligados a los cambios en las condiciones y en los marcos de los sectores del trabajo social y sanitario. En el texto exploro esta crisis empíricamente, a través de experiencias y de dinámicas subjetivas e intersubjetivas, relacionando estas dimensiones con los factores contextuales y estructurales que contribuyen activamente a la conformación de la educación y el aprendizaje en estos sectores.

Antes de explorar la crisis del aprendizaje, voy a discutir de manera breve la crisis de largo alcance en el reclutamiento que están viviendo las ocupaciones del cuidado en Dinamarca, y que ha experimentado un giro durante los últimos años.

La crisis de reclutamiento-Un síntoma

La crisis de reclutamiento en los sectores social y sanitario daneses constituye actualmente una preocupación pública y un problema ampliamente reconocido por parte de los políticos. El número de graduados en nuevas titulaciones (establecidas en 1992) sociales y sanitarias aumentó hasta finales de la década de los 90`, pero en el año 2000 comenzó un rápido descenso (Dybbroe 2003, Christiansen 2003). Todas estas titulaciones han perdido popularidad entre los jóvenes, si comparamos con otras titulaciones para los jóvenes menores de 25 años, y recientemente este descenso de graduados se ha acelerado. En el año 2005, la matrícula en enfermería disminuyó el 9% en comparación con el año anterior. Este descenso en la matrícula coincidió con

un aumento de las inversiones para ampliar la fuerza de trabajo, con el fin de mantener la demanda pública para el cuidado de los ancianos y también para apoyar el esfuerzo de ampliar los tratamientos hospitalarios (Pedersen m.fl. 2006). En consecuencia, el descenso en el número de graduados tuvo un impacto severo, mientras creía rápidamente el número de empleados no cualificados en la atención a la tercera edad.

La proporción de abandonos en las titulaciones de cuidado social y sanitario tradicionalmente estuvo al mismo nivel que el resto de otras titulaciones profesionales y semiprofesionales, rondando el 20% (Pedersen, E.B., 2005). Sin embargo, en años recientes el número de abandonos en estas titulaciones ha aumentado de manera drástica: el porcentaje de los que completan la titulación de ayudante social y sanitario ha disminuido desde el 85% al 75% entre los años 1996 y 2005. El porcentaje de abandonos en enfermería ha sido particularmente alto: 47% en 2000, 32% en 2003, 25% en 2005 y 35% en 2006. Aunque hay varios factores antecedentes que explican parcialmente el alto nivel de abandonos, el número es muy alto en comparación con otros sectores. La inmensa mayoría de abandonos ocurre durante los periodos de prácticas clínicas e institucionales. Esto constituye una tendencia reciente, que resalta de manera muy especial la necesidad de examinar las posibilidades del aprendizaje y el desarrollo profesional en los lugares de trabajo.

Además, existe un notable descenso en los estudiantes que colocan la enfermería como su primera prioridad. La titulación de enfermería fue durante los 80` y los 90` una de las opciones educativas más populares de las jóvenes, mientras que ahora sólo el 40% de los candidatos eligen enfermería como su primera opción (Ministerio de Educación: *Uddannelsesguiden*, 2007). El declive de este interés coincide con el descenso en el volumen de candidatos. Es evidente que la profesión de enfermería ha perdido su anterior atractivo entre los jóvenes. Sin embargo, el problema más importante es el abandono del puesto de trabajo entre los que se han graduado recientemente. La gran proporción de abandonos en esta etapa es un problema compartido en enfermería y en el cuidado social y de la salud. Sólo la mitad de los ayudantes y auxiliares recientemente graduados en los sectores social y sanitario conservan sus puestos de trabajo tras la graduación (Pedersen m.fl. 2006). La crisis de reclutamiento está agravada por tres factores: En primer lugar, es difícil cambiar las estrategias de las nuevas cohortes en una situación en que el 25% de la cohorte no adquiere ninguna competencia profesional (Ministerio de Educación: *Indberetninger om uddannelsessøgende* 2003). El segundo factor está relacionado con la actual expansión de la economía, que está favoreciendo una mayor competencia entre los jóvenes. Actualmente, todas las ocupaciones profesionales que proveen servicios de bienestar están perdiendo candidatos. Menos del 5% de los jóvenes en cada cohorte elige una formación profesional en los ámbitos social, sanitario o pedagógico. El tercer factor es demográfico y

está relacionado con las políticas de bienestar; en este sentido, es importante el rápido envejecimiento de la sociedad. Una reciente estimación prospectiva de la mano de obra que hará falta en el futuro, sin tener en cuenta los cambios en las demandas y tareas, constataba que, en 2015, harán falta 9400 nuevos profesionales de la salud. También será preciso un amplio número adicional de nuevos trabajadores sociales y sanitarios (FTF 2007 b).

Otra preocupación consiste en que cada vez resulta más difícil afrontar las necesidades de los *profesionales cualificados*. Un creciente número de profesionales cualificados está abandonando el sector. Al mismo tiempo, un número creciente de jóvenes carece de las cualificaciones básicas necesarias incluso para estar en condiciones de acceder a titulaciones de cuidado social y de la salud. El decreciente interés en estas titulaciones y el alto número de trabajadores y estudiantes que está dejando el sector no está siendo tratado desde un punto de vista político (FTF 2007 b). Además, la transición de la educación al trabajo, vital para la conformación de la cualificación de un trabajador en este sector, actualmente es en gran medida ignorada por los gestores políticos. El descuido principal en las políticas educativas consiste en la falta de atención a las condiciones sobre la práctica del trabajo y las estrategias vitales de las generaciones jóvenes.

¿Una estrategia de cualificación para las políticas de bienestar?

Como en los demás países nórdicos, Dinamarca ha realizado una importante inversión en el desarrollo de cualificaciones para los trabajos de cuidado. Los grupos ocupacionales en estos sectores constan de tres principales categorías: 1) enfermeros y otras profesiones de la salud con el título de bachiller, 2) ayudantes sociales y sanitarios con una autorización recientemente establecida y una formación de 2 años y tres cuartos, y 3) auxiliares sociales y sanitarios, con 14 meses de formación. Actualmente, uno de los lemas en el que coinciden varias instancias políticas, así como algunos sindicatos, es “más manos para el trabajo social y sanitario”, indicando con ello que existe una carencia de trabajo práctico en este sector. Este discurso separa el trabajo de la formación, la profesionalidad y la cualificación formal.

El punto de interés político consiste en atraer a nuevos grupos del mercado de trabajo hacia empleos en los sectores del cuidado social y sanitario. Como telón de fondo está el bajo nivel de desempleo en Dinamarca, 3,3% en 2007 (Ministerio de Educación: *Uddannelsesguiden*, 2007). El discurso político actual está configurado por una perspectiva muy limitada sobre el mercado de trabajo y construido en base a un bajo ranking de empleos y titulaciones en los sectores del cuidado social y sanitario. Como consecuencia, la atracción de estos empleos está disminuyendo entre los grupos de reclutamiento tradicionales, forzando a los gestores políticos a dirigir el reclutamiento a nuevos

grupos, más periféricos y con menores competencias. En consecuencia, los contenidos de los empleos tienen que ser revisados, de manera que se adapten mejor a estos grupos con competencias más limitadas (Ministerio de Empleo, 2007). Paradójicamente, al mismo tiempo que los gestores se centran en la política de “más manos”, los medios de comunicación están llevando a cabo un debate separado sobre el sector del cuidado en donde los escándalos sobre la calidad en las instituciones son discutidos en relación con el deterioro de la calidad del cuidado y de las condiciones generales de estos sectores. Algunas revelaciones en los medios de comunicación de problemas con la calidad en las instituciones en los años 2006 y 2007 crearon una fuerte crítica política y pública de la ética y los estándares del personal en las instituciones sanitarias.

Una crítica de los sindicatos que representan a los grupos profesionales en el sector del cuidado de la salud (enfermeros, fisioterapeutas, etc.) exigió un acceso más amplio a todas las titulaciones del área de salud, más posibilidades de formación permanente y una mayor profesionalización, todo ello como parte de la solución a la crisis de reclutamiento (Sunhedskartellet 2007). Su argumento más importante era contra el descenso de los estándares profesionales. Los sindicatos pedían que las “manos” necesitadas fuesen cualificadas y formadas profesionalmente. La inversión en los sectores profesionales (por ejemplo, enfermeros) y semiprofesionales (por ejemplo, auxiliares sociales y sanitarios) fue sugerida como parte de la solución y no como parte del problema. En contradicción con esto, el gobierno se ha opuesto a estas pretensiones, defendiendo el aumento de la calidad sin costes mayores (Ministerio de Empleo, 2007).

La investigación reciente apoya el argumento de que hay una relación entre las condiciones en el trabajo de cuidado y la voluntad y habilidad de los trabajadores para permanecer en estos empleos (e.g., Hansen 2006, Liveng 2007, Andersen & Dybbroe 2004, Wethje & Borg 2003). La investigación indica que las *condiciones y estructuras* del trabajo social y sanitario, no los empleos y el trabajo en sí mismos, se están convirtiendo cada vez más en algo carente de atractivo. Además, los estudios sugieren que los trabajadores de este sector experimentan una amenaza hacia sus *estándares profesionales* (Baagoe Nielsen & Dybbroe 2008). Actualmente, los trabajadores en este sector no tienen posibilidades adecuadas, en forma de cualificaciones, posibilidades de aprendizaje, autoridad profesional y condiciones de trabajo, para desarrollar correctamente las tareas que se espera que desarrollen. La investigación, además, indica que las organizaciones del sector público no son capaces de organizar las posibilidades de aprendizaje de cara a sus empleados (Gustavson 2006). Desde esta perspectiva, el reclutamiento de trabajadores con cualificaciones más bajas que anteriormente tiene el potencial sólo de acelerar la crisis.

¿Pero cómo afectan las posibilidades inadecuadas de aprendizaje al conocimiento, la reflexión y el aprendizaje en la vida cotidiana del trabajo de cuidado? ¿Cómo están cambiando las identidades profesionales de estos trabajadores en función de los cambios en las condiciones y posibilidades? ¿Y cómo son capaces estos trabajadores de otorgar significado a su trabajo y cómo desean permanecer en él? Estas preguntas son la base para el análisis y la crítica de la crisis en la provisión de las políticas del bienestar. En la siguiente sección, paso de la discusión sobre el desarrollo de las políticas en un nivel macro, a considerar el desarrollo del trabajo desde la perspectiva de los profesionales implicados. Esto permite comprender las maneras en que se configuran el *aprendizaje y las experiencias de horizontes subjetivos* y cómo estos están, a su vez, relacionados con la vida cotidiana del cuidado y la enfermería, así como con otras prácticas de la vida.

El aprendizaje de la profesionalidad

La historia de vida del trabajador del cuidado, incluyendo sus experiencias y conocimientos, forma su contexto subjetivo para el aprendizaje. Nuevas demandas, retos y circunstancias deben encajar, ser rechazadas, o cambiar su conocimiento y orientación histórica vital. Las experiencias de la historia de vida, no sólo como individuo, sino como parte de los contextos históricos y sociales, configuran el horizonte de expectativas y el conocimiento del sujeto, formando su enfoque hacia el trabajo, la cultura laboral, el aprendizaje y el lugar de trabajo, por ejemplo, formando su identificación profesional. Las experiencias personales pueden ser incluidas o excluidas en la cultura, la organización y la base de conocimiento del proceso de trabajo real. El horizonte subjetivo de experiencia llegará a coincidir en parte con el horizonte colectivo de experiencias y de aprendizaje (Lorenzer, 1980), esto es, los “modos” colectivos de hacer, reflexionar y desarrollar la práctica, por ejemplo, de cómo afrontar la muerte o manejar una emergencia. Esto también incluirá la configuración de experiencias y expectativas comunes o generalizadas: qué estándares debería tener la enfermería, el significado de las políticas de bienestar para los pacientes y la relación entre los trabajadores y los políticos. En consecuencia, el aprendizaje en el lugar de trabajo incluirá procesos adaptativos y transformativos, y el espacio de aprendizaje puede ser visto como una situación que favorece o limita el aprendizaje (Ellström et al. 2008). El aprendizaje en el lugar de trabajo siempre tiene un aspecto individual y otro colectivo.

A continuación, presento análisis de entrevistas de historia de vida con tres enfermeras. La discusión de estos tres horizontes diferentes me ayudará a resaltar la crisis del aprendizaje y del conocimiento profesional desde diferentes ángulos.

Identificación y una comunidad reflexiva

Birthe fue entrevistada en 2006 y pertenece al tercio de la población trabajadora de enfermería que tiene entre 40 y 49 años de edad (FTF 2007a). Cuando Birthe se hizo enfermera en los 70, la enfermería se encontraba en un rápido proceso de profesionalización, lo que ayudaba a los enfermeros a conseguir una posición sólida en el mercado de trabajo. Para Birthe, la adaptación a la práctica de la enfermería y a la comunidad enfermera se convirtió en algo entrelazado con la construcción de su identidad profesional y personal. Aunque su proceso de aprendizaje se llevó a cabo en el contexto de un proyecto emancipatorio dirigido a la mejora de las condiciones de empleo para enfermeros, la identificación de Birthe con su ocupación fue ambivalente, como una revuelta contra el todavía imperante discurso de la ocupación como una llamada.

El discurso profesional del tiempo estaba plagado de tensiones y contradicciones, exigiendo un alto nivel de profesionalismo en el ámbito de las competencias y también en términos de los estándares éticos. En la escuela de enfermería a la que asistió Birthe ambas dimensiones eran muy resaltadas. La enseñanza relacionaba fuertemente la teoría con la práctica; así, los temas teóricos estaban ligados a áreas específicas del trabajo en enfermería. Los profesores en la escuela de enfermería tenían un papel de mentores con los estudiantes y la enseñanza basada en el modelo del aprendiz y el maestro desempeñaba una importante función. La relación entre profesores y estudiantes era cercana y la identificación ocupacional se iba construyendo como algo similar a la identidad educativa. El aprendizaje y el trabajo tenían los mismos objetivos, y el trabajo era presentado a los estudiantes como un ambiente de aprendizaje sin fronteras respecto de la escuela de enfermería. Esta afinidad entre educación y trabajo ayudó a Birthe a casi “deslizarse” en el trabajo, una vez graduada. Birthe no experimentó esa transición como algo especialmente amenazante o dificultoso.

Estábamos en el área hospitalaria y estábamos uno o dos días en la escuela y lo que aprendíamos en las clases, por ejemplo, si aprendíamos sobre el hígado, luego los profesores sabían que esto estaba relacionado con otras cosas e intentaban relacionarlo con lo que se podía relacionar y entonces aprendíamos que en una sección o área específica del hospital había un paciente cuya situación era de este tipo y este tipo, y nosotros podíamos bajar y mirar por allí...

“El tiempo que lleva” era una orientación sobre la importancia que había que conceder al hecho de mostrar a los estudiantes los procesos de trabajo y al hecho de dar a los estudiantes una comprensión sobre las experiencias de los propios sobre la enfermedad. Esto último tenía que ser adquirido es-

cuchando a los pacientes, lo que implicaba una práctica de identificar a los pacientes cuya enfermedad ilustraría el tema sobre el que los estudiantes trabajaban en clase. Birthe construyó una fuerte identificación con su trabajo, retratándose a sí misma como una “artesana”. Una parte de su pensamiento profesional se refiere a que la práctica siempre tiene que ser adecuada a la tarea y a la necesidad.

Un carpintero no cortará una tabla de manera torcida porque tenga prisa, porque entonces no encajará con la siguiente muesca, ¿no? Tienes que, pienso yo, para ti mismo tú tienes que hacer un buen trabajo y conseguir un buen resultado a partir de él...

Las palabras de Birthe ilustran el punto de vista de una trabajadora de la enfermería fuertemente identificada, que aprende a través de la comunidad de práctica en la que se encuentra, y que resalta el dominio en tareas, problemas y métodos de trabajo específicos, por ejemplo, los modos particulares de trabajo que son percibidos como más correctos. Este estilo de aprendizaje ha sido identificado como aprendizaje adaptativo (Ellström et al. 2008). Aunque Birthe es un ejemplo de una estudiante formada a través del sistema educativo más adaptativo y tradicional, ha sido capaz de incorporar de manera continuada sus propias experiencias, por ejemplo, implicándose en aprendizajes transformativos. Birthe reacciona contra las contradicciones en el trabajo, por ejemplo, la discrepancia entre el discurso sobre el papel importante del paciente, y la indiferencia factual hacia el paciente como persona y ciudadano. Birthe cree que es un reto importante incluir a los pacientes y no aceptará preguntar a los pacientes sobre cómo se sienten si no dispone de tiempo para hacer algo con la respuesta. En su temprana identificación con la ocupación, Birthe aprendió siempre a conectar las palabras con la acción. En consecuencia, su biografía está llena de ejemplos de lugares de trabajo que ha criticado y dejado, y de cosas que ha intentado cambiar en la práctica cotidiana.

En la experiencia de Birthe se ha producido un cambio lamentable en su situación laboral.

Actualmente no hay formación. Todo se ha ido, todo ha vuelto a cero-sin cursos... No hay dinero para continuar desarrollando nada ahora mismo. Quiero decir que, ahora mismo, estamos parados, estamos completamente parados... Y tal vez hay algunas cosas, en las que tú podrías decir, podrías decir que podrían haber sido evitadas, si no hubiésemos tenido que correr tanto.

La expresión es simbólica, trazando el retrato de los movimientos detenidos (*completamente parados*), pero también del tiempo detenido (*vuelto a cero*)

y resalta que *todo se ha ido*, implicando que su situación actual, así como la de sus colegas, era mejor caracterizada por la oscuridad, tal y como es expresada por la noción “apagón profesional” que Birthe usa en otra cita. Al mismo tiempo, hay mucho de la *prisa* por otras cosas, desconectadas del aprendizaje y del desarrollo. El resto de la entrevista transmite la idea de que Birthe relaciona esta experiencia con los cambios en el lugar de trabajo, referidos a un aumento de las tareas y de su complejidad, áreas de trabajo más grandes y unidades autofinanciadas, así como una gestión más jerárquica. Estas nuevas medidas económicas y organizativas están reconfigurando el trabajo y haciendo que los trabajadores se muevan más rápido, mientras, al mismo tiempo, experimentan que están parados en su propio desarrollo.

Desde una perspectiva de aprendizaje, Birthe y sus colegas actualmente no forman parte de una comunidad reflexiva; sus experiencias de la situación cambiante son individualizadas y no compartidas. Como aprendiz, Birthe depende fuertemente de un ambiente de aprendizaje favorecedor y cuando se ve enfrentada a una falta de expectativas para mantener una alta calidad en su trabajo no sabe qué hacer, incapaz de mantener las nuevas experiencias dentro de su horizonte de experiencias. Sus propios estándares altos y su experiencia de poner a las palabras en acción son lentamente dejados de lado, según la perspectiva que Birthe tiene de su trabajo cotidiano. Birthe se siente constreñida por la experiencia del *impasse* profesional. Ni la organización ni el colectivo de trabajadores son capaces de asegurarle la experiencia de la provisión de un buen cuidado. Birthe expresa el miedo de que las enfermeras en los hospitales trabajen actualmente bajo una fuerte presión sobre el tiempo. Este miedo contribuye a la formación de su horizonte de expectativas para el futuro. Birthe teme que el trabajo será progresivamente más indigno. Para ella, el espacio y el tiempo para el aprendizaje están desapareciendo.

El choque de las experiencias históricas vitales con las experiencias laborales

La segunda enfermera es Nanna, quién se graduó en 1999. Fue entrevistada en 2004. Forma parte del 12% de la población de trabajadores de la enfermería que tiene menos de 30 años (FTF 2007a). Nanna estaba construyendo su identidad profesional en un momento de grandes transformaciones en el trabajo de cuidado social y sanitario, y en un momento de una creciente crisis de reclutamiento. Pertenece a los dos tercios de enfermeros que no abandonaron durante su formación o durante la transición al trabajo. Nanna incluso quiere continuar trabajando. Nanna está comprometida tanto con su trabajo como con su familia y su vida fuera del trabajo. Nanna interactúa dinámicamente con el trabajo, los pacientes, los colegas y la organización y toma parte en la transformación del sector de la salud, no siendo sólo reactiva, sino también

proactiva. Como en la mayoría de las demás historias de vida de las jóvenes enfermeras, se puede apreciar un proceso de identificación profesional abierta en el relato de Nanna.

Normalmente en las entrevistas de historia de vida los informantes usan frases que sugieren una identificación con alguno de los roles importantes de la enfermería. En un estudio previo hemos identificado cuatro posturas habituales en el narrador que expresan roles de enfermería: “el enfermero muy cuidador”, “la ama de llaves”, “el asistente médico” o el “organizador y gestor” (Andersen et al. 2004). Más que posicionarse a sí misma de esta forma, Nanna se posiciona *contra* tales imágenes:

Normalmente son chicas agradables las que se hacen enfermeras... Bien, yo me considero una chica agradable, pero también soy bastante ordinaria, sabes, yo pisoteo a la gente, y ellos en seguida se ponen de pie otra vez. Y por supuesto yo pido perdón si los he molestado, pero ya sabes, yo no tengo eso, no sé si es porque no tengo esos sentimientos acerca de las cosas... Realmente tengo eso con los pacientes, ahí soy muy muy, pero si tengo una opinión sobre algo, entonces la digo... Pero las enfermeras son chicas agradables que dicen las cosas adecuadas y sonrín en el momento adecuado... Y ese nunca ha sido mi estilo, probablemente es verdad, realmente no soy el arquetipo de enfermera.

Nanna confunde aquí dos proverbios daneses: 1) *pisar los dedos de la gente*, y 2) *la gente en seguida se enamora de mí*. En otras palabras, Nanna es ordinaria y hiere a la gente, pero también es cercana a la gente y les gusta mucho. La confusión lingüística expresa su confusión experiencial. Nanna siente presión para adaptarse al rol de enfermera, que para ella significa rechazar lo “muy” que es. Nanna se niega a ser una “chica agradable”, pero al mismo tiempo, desde su propia perspectiva, es una persona y una cuidadora cercana y buena. Así, Nanna puede preservar su dignidad posicionándose a sí misma contra las posturas “obvias” de los enfermeros en el contexto del hospital como una institución patriarcal, mientras a la vez construye una identidad profesional que cumpla los estándares profesionales.

La habilidad de Nanna para transformar la relevancia del género en el contexto del hospital es posible sólo porque ella emplea su historia de vida como un contexto. Nanna crea un espacio de aprendizaje transformativo en el trabajo introduciéndolo en sus experiencias sociales como mujer joven y sacándolo de la socialización de género de su generación, que ha experimentado un fuerte cambio. Nanna va construyendo un rol en el trabajo y una identidad profesional de forma innovadora y transformativa, sin dar por supuesta o preconcebir ninguna identidad profesional.

La “chica agradable” es un estereotipo de género que ha tenido una fuerte influencia sobre Nanna. Aunque Nanna no lo identifica explícitamente, el “vínculo desaparecido” aquí consiste en el simbolismo del ala hospitalaria como una casa en donde el jefe médico es el padre y los trabajadores son las hijas. Sin embargo, el patriarcado del sistema de salud constituye una referencia importante y explícita en otras partes de la historia de Nanna. Desde esta perspectiva, Nanna está intentando suprimir a las “hijas agradables” en la jerarquía y establecer una identidad contra-profesional. Nanna tiene tres narrativas impactantes de su lucha contra la jerarquía. El más extenso de estos relatos es una historia sobre su protesta contra el modelo de gestión y la organización de una huelga; las otras dos historias tratan sobre la resistencia ante médicos varones. En estas situaciones, Nanna articuló su expectativa de ser reconocida como una parte en las relaciones simétricas en el hospital, pero fue acusada de cometer una infracción. Una de las situaciones fue una discusión profesional que tuvo lugar después de que un médico hubiese corregido a Nanna de manera severa ante un paciente con el que estaban trabajando. Nanna experimentó la expectativa del médico, en el sentido de que ella debería someterse a su autoridad, como algo cercano a una violación, y esto, para ella, era algo completamente inaceptable.

El médico simplemente me colocó en una situación profundamente vergonzosa... Cuando lo confronto y le digo: Nunca me vas a volver a tratar así delante de un paciente, simplemente no lo permitiré, pienso que es algo indecente... Y aceptado, así realmente las cosas fueron mejor con este médico.

Su acción contra el médico es un momento significativo para Nanna, y como experiencia de aprendizaje es una práctica experimental que trasciende la “práctica normal”. Las prácticas experimentales se producen para crear un nuevo equilibrio entre los aspectos deseables y no deseables de un reto que amenaza la subjetividad. Actuar de una manera novedosa requiere que uno encuentre la energía interior para hacerlo así. Este tipo de práctica y experiencia puede transformar la identidad profesional, y así parece haber ocurrido en el caso de Nanna. Así, esta historia constituye uno de sus momentos claves, una experiencia significativa de aprendizaje transformativo, que ha influido su práctica y su identidad profesional. Sin embargo, hay otros aspectos de la vida laboral en los cuales Nanna no encuentra tan fácilmente cómo actuar para restaurar los desequilibrios. Nanna se halló confusa sobre cómo debería entender la importancia de su trabajo profesional cuando, mientras llevaba a cabo una huelga contra las malas condiciones de trabajo, la dirección forzó a los empleados a volver al trabajo. Aquí Nanna expresa su irritación con los mensajes de doble sentido sobre el valor del trabajo de cuidado que percibe como dependiente de un contexto.

Pienso que esto debería ser evaluado tanto como ellos realmente lo hacen cuando nosotros estamos en crisis... Lo que quiero decir es que nosotros somos realmente indispensables... Nosotros no deberíamos hacer huelga, porque eso no estará en relación con nuestros pacientes, porque realmente tú eres verdaderamente, verdaderamente necesario para hacer que esto funcione. Pero, por otra parte, no debería ser tan necesario que tú necesites ganar dinero para ello.

Las numerosas posiciones y racionalidades activas en el lugar de trabajo están presentes como voces en el diálogo interno que lleva a cabo Nanna en su narrativa. El trabajo es situado como una cosa, *esto*, pero es también un *nosotros*, como identidad laboral. Nanna incluso expresa una identificación profesional amenazada a través de la discrepancia entre *tú* y *esto*, dado que está dándole una voz a la dirección.

El relato de Nanna transmite ambivalencia y el dilema de la identificación con su trabajo. ¿Con qué versión del “trabajo” debería identificarse Nanna? Con el trabajo que posee un alto valor para ella desde un punto de vista personal, ¿o con el bajo valor que se da a su trabajo en términos salariales? ¿O debería identificarse con el punto de vista de sus pacientes? Para Nanna es necesario trabajar con los pacientes, pero, desde su punto de vista, la dirección, los políticos y el público no comparten la responsabilidad. De esta forma, los pacientes son construidos como el ámbito de los trabajadores, “*tus*” pacientes. Las ideas de Nanna hacen visible la gravedad de los problemas de los profesionales cuando estos, reaccionando a los mensajes de doble sentido de la dirección, encuentran incompatibles las diferentes maneras de entender su trabajo. El hecho de asumir responsabilidades hacia los pacientes de una manera profesional podría significar hacer un trabajo de gran valor, con marcos y condiciones adecuados, pero también podría implicar trabajar con una idea de necesidad, que no es profesional y que tiene escaso valor. Este tipo de paradoja encuadra activamente el espacio de aprendizaje y muestra lo difícil que resulta aprender bajo tales condiciones. Esto dificulta la identificación profesional.

La importancia de los espacios de aprendizaje expansivos y transformativos en el lugar de trabajo es evidente en la historia de Nanna. Actualmente, el contexto de cuidado choca con muchas de las expectativas de los trabajadores. Tales conflictos se hacen aún más graves por el hecho de que el potencial para aprender es descuidado actualmente. Asumiendo el género y la simetría profesional, los jóvenes enfermeros esperan tener iguales oportunidades y derechos. Además, esperan oportunidades para el desarrollo personal y espacios para poder llegar a ser, al mismo tiempo, una persona y un trabajador. Nanna nos ofrece un ejemplo de cómo, en esta perspectiva “estratégico-vital”, el aprendizaje profesional y el desarrollo en el lugar de trabajo implican la

gestión y la creación del conflicto. Los trabajadores jóvenes enfrentan demandas contradictorias sobre su socialización, tanto en el trabajo como fuera de él. El desequilibrio entre estas demandas incompatibles procedentes de la cultura del trabajo y el contexto institucional no anima a los enfermeros o a los trabajadores del cuidado a aprender y a crear el cambio.

Contradicciones en el trabajo que crean dilemas de aprendizaje

Ditte es una enfermera que está en la treintena; pertenece al 30% del personal de enfermería que tiene entre 30 y 39 años de edad. Fue entrevistada en 2007. Ditte realizó su formación profesional básica en los 90` y desde entonces ha realizado dos titulaciones de especialización en enfermería y un cierto número de cursos de larga duración, que en total suman siete años de formación profesional en enfermería. Ditte es innovadora en su enfoque hacia la enfermería y el aprendizaje, y se identifica con tareas tanto especializadas como generales. Es un ejemplo de los enfermeros jóvenes y bien formados que están centrados en el desarrollo de la enfermería en la práctica, y no como investigación. Sin embargo, Ditte recurre al conocimiento profesional de base disponible:

Yo, como una enfermera normal, diría que ello exige, ello realmente exige que alguien se siente y se mantenga al día con los recientes desarrollos y lea las nuevas tesis doctorales. No pienso que sea interesante trabajar si tu actitud es: Nunca hemos intentado eso antes, no funcionará. No, hemos llegado a desarrollarnos nosotros mismos y de otra manera no encuentro interesante estar trabajando.

Ditte ha elegido trabajar como una enfermera básica, sin funciones de especialización, porque se identifica profesionalmente con los elementos básicos y clínicos de la enfermería (por ejemplo: observación, movilización, comunicación e higiene cotidiana):

He aprendido [tanto] sobre cuidados generales en las áreas médicas, y de hecho me han revisado toda mi anatomía por el hecho de haber estado dos años en estas áreas. En anestesia, sólo estábamos allí mirando a los anestelistas y dije, bueno, un poco por eso y un poco por aquello y realmente no supe qué estaba sucediendo y cómo evolucionaban los procesos individuales de los pacientes.

El aprendizaje en el lugar de trabajo es de interés profesional para Ditte, en términos de enseñar y tutorizar a colegas y estudiantes, y en relación con su propio desarrollo como una enfermera profesional centrada en la práctica. Desde su punto de vista, el profesionalismo se crea a través de la práctica. Es aquí en donde tiene lugar el aprendizaje transformativo y expansivo. En su

trabajo Ditte ha tenido la oportunidad de asumir responsabilidades sobre la formación de los profesionales en un ámbito más amplio que su institución.

Ditte habla sobre cómo recluta enfermeros para la unidad médica donde trabaja actualmente, y establece un contraste entre su trabajo actual en medicina general y el trabajo que dejó en el área de anestesia:

[Aquí] sólo trabajo 8 horas cada vez. Solía trabajar tanto 16 como 24 horas, pero no lo voy a hacer de nuevo... Me siento verdaderamente feliz de trabajar sólo 8 horas, porque aunque las cosas pueden ser complicadas aquí, luego tengo, luego esto tiene un final. Y de esta manera pienso que podría reclutar más, porque, en cierta manera, luego es la manera en que funciona una unidad de producción [como en mi antigua área médica], entonces es producción, producción, producción, no hay desarrollo de cómo recibes a un paciente, y qué hacemos con el ansioso y qué hacemos con esos que no pueden tener la máscara. Quiero decir que no hay nada, sólo hay producción, producción, producción, y pienso que debería haber algunos estudiantes que podrías atraer a tu unidad si estos supiesen, de esto van las cosas, y no te vamos a cazar cuando dejes el trabajo.

Pero en otra parte de la entrevista Ditte nos habla de su trabajo actual en la unidad médica:

Nunca hay suficiente gente en el trabajo, un alto porcentaje de ausencias debidas a enfermedades, y lo que viene primero entonces... Yo creo que en el futuro seremos cazados, ya sabes, nos llamarán en cualquier momento, si les falta gente en el trabajo. La gente tiene que trabajar 16 horas. Estas son las historias de los viejos, pero no está bien que estas cosas no hayan cambiado; no debería ser una realidad que estas cosas continúen... Y no creo que no estemos trabajando procesando pacientes de manera acelerada, como suelen hacer en las unidades quirúrgicas, nosotros también hacemos esto ahí. Esto para fuera, y debo admitir, es increíble lo que mandamos a casa para que se cuide a los pacientes en sus propias casas. Pero así es como es, y hay muchos errores...

Aquí Ditte describe su lugar de trabajo actual en casi los mismo términos que usa para el antiguo: la prematura alta es una parte lógica de procesar a los pacientes de manera acelerada, de acuerdo con un plan de producción. En ambos lugares las horas de trabajo sobrepasan la jornada de 8 horas. Ninguna de las unidades facilita tiempo para el desarrollo. Pero Ditte no discute las similitudes entre sus dos lugares de trabajo, sino que enfatiza las diferencias entre ellos. El contraste que crea en su narración le permite expresar que su experiencia de trabajo es realmente contradictoria. Su situación actual de trabajo es vista desde dos perspectivas: en una perspectiva idealizante que

recurre a su identidad profesional y a las experiencias de las diferencias entre el trabajo anterior, menos interesante, y el actual, más interesante. El nuevo trabajo llega a ser la toma de conciencia de que para Ditte la calidad en la enfermería lo significa todo. Pero desde otra perspectiva, su viejo trabajo y su nuevo trabajo son la misma cosa. Ditte habla en un lenguaje que refleja la taylorización de su trabajo, en la cual el trabajo hospitalario de enfermería se divide en pequeñas unidades, y la división del trabajo que esto implica descalifica al propio trabajo y lo aleja del juicio profesional. Desde la segunda perspectiva, Ditte habla sobre su trabajo en el lenguaje de un peón esforzado que puede identificarse sólo débilmente con los contenidos del trabajo y que está más preocupado por las condiciones en que trabaja.

Esta contradicción hace surgir la ambivalencia en relación al trabajo y al dilema de aprendizaje en Ditte. Por una parte, el trabajo es atractivo y la compromete para continuar desarrollando y estableciendo estándares profesionales. Por otra parte, el trabajo es casi asqueroso (*es increíble lo que mandamos a casa*) y resulta muy difícil identificarse con él. Al igual que en Nanna, los dilemas de aprendizaje de Ditte están relacionados directamente con los cambios en las condiciones de trabajo y ligados a los numerosos mensajes de doble sentido del sistema de salud. Estar comprometido con el aprendizaje y con la creación de posibilidades de aprendizaje para otros en este contexto es muy difícil. ¿Qué debería sugerirse a los estudiantes y a los jóvenes diplomados para adaptarse o para aprender en relación con este contexto? Para favorecer el aprendizaje expansivo y transformativo hay que contrarrestar la situación actual. ¿Qué estudiantes seguirán ese camino? Como ya señaló Thunborg (2001), los servicios de salud siempre han creado dilemas de aprendizaje. El uso de algunas cualificaciones no siempre es aceptado y algunos no son confirmados en su puesto cuando cambia la situación en un área médica, o cuando cambian los pacientes o las tecnologías. Los trabajadores del cuidado enfrentan situaciones en las que piensan que saben cómo habría que hacer las cosas, pero no se les permite o anima a hacerlas. También pueden enfrentar el dilema de no saber cómo hacer algo pero que se les pida hacerlo (por ejemplo, en situaciones de emergencia).

Ditte lamenta que muchos jóvenes enfermeros abandonen el puesto durante su transición al trabajo, al encontrar difícil la práctica clínica. Otro elemento que aumenta el desánimo de los jóvenes enfermeros es que los estándares más teóricos en enfermería, defendidos por los diplomados recientes, no son reconocidos en el trabajo. Según Ditte, que es responsable de la formación y la tutoría de jóvenes enfermeros en su institución, muchos de ellos se centran en el ámbito de la gestión, tras la decepción inicial con la práctica clínica. Así, no intentan dominar la práctica de la enfermería clínica. Desde una perspectiva de aprendizaje, esto puede ser visto como un mecanismo de defensa contra las ambivalencias que crean las contradicciones presentes en el trabajo.

Ditte es un ejemplo de cómo los dilemas en el aprendizaje pueden provocar el retroceso de la experiencia, en este caso de las condiciones cambiantes y cada vez peores. Ditte se aferra a la historia sobre las diferencias entre sus dos lugares de trabajos, que llega a ser una representación de las contradicciones existentes en el trabajo de enfermería en general. Resaltando las buenas condiciones en su trabajo actual, Ditte puede mantener una cierta tolerancia hacia la experiencia ambivalente del trabajo como espacio de aprendizaje.

Experiencia subjetiva y compartida de la descualificación

Este texto ha mostrado que para comprender la crisis del aprendizaje y del conocimiento profesional en el sector del cuidado en Dinamarca, es importante reflexionar sobre el *horizonte de experiencias y aprendizaje* (Ziehe 1998). Esta reflexión implica una investigación sobre cómo comprendemos este horizonte como algo presente en el espacio de aprendizaje, que el trabajo social y sanitario construye para los trabajadores. El horizonte de aprendizaje está siempre presente en tanto que metas del aprendizaje, establecidas y articuladas públicamente y, en el caso del trabajo, esto podría ser la demanda existente de competencias cuando se introducen las nuevas tecnologías o nuevos procedimientos en un trabajo específico. Sin embargo, el horizonte de aprendizaje es algo creado a través de las experiencias individuales y de las cosas compartidas en una cultura del trabajo específica. Una cultura del trabajo abarca los temas identificados como temas profesionales en un lugar de trabajo específico. La configuración del horizonte de aprendizaje individual está relacionada con las experiencias y paradigmas profesionales predominantes que el trabajador encuentra en el lugar de trabajo. En el caso de las alas hospitalarias, el horizonte de aprendizaje está dominado por temas relacionados con el paradigma de la curación y con los procedimientos de trabajo de la “cadena de producción” compartida. El horizonte dominante a la vez limita y facilita las experiencias y el aprendizaje. Y, al mismo tiempo, el espacio de aprendizaje puede ser configurado, de manera que posibilite o restrinja el aprendizaje. Esto define el ámbito de aprendizaje, particularmente en lo que se refiere al aprendizaje transformativo.

Existe una multitud de horizontes potenciales para la transformación del trabajo y del conocimiento del lugar de trabajo. No existe un solo espacio transformativo dentro del lugar de trabajo, sino varios espacios de transformación separados. Estos espacios están relacionados con y conformados por las diferentes “invitaciones” para la transformación operantes en el lugar de trabajo, y con los contextos de aprendizaje histórico-vitales que también están presentes en ese espacio. El espacio de aprendizaje puede ser comprendido en relación con las experiencias vividas de una *vida*. El reconocimiento de la complejidad de una vida como base para la experiencia significa prestar aten-

ción tanto a lo *ancho* (*width*) de la experiencia vivida como a la perspectiva a lo largo de la vida (*lifelong*) del sujeto. Desde una perspectiva de historia de vida, el aprendizaje de los trabajadores se extiende a lo largo del espacio físico, los sectores administrativos y las esferas sociales (Becker-Schmidt 2003). Los trabajadores llevan sus experiencias compartidas del proceso de trabajo y sus experiencias de historia de vida individual al trabajo que desarrollan. Además, sus experiencias de vida “carentes de fronteras” configuran su espacio para el aprendizaje de una manera mental, emocional y física. Inevitablemente, establecen espacios de aprendizaje y transformación que se extienden más allá de las fronteras entre el trabajo y la vida privada, y entre el pasado y el presente. Un ejemplo de ello es la manera en que Nanna transforma el rol de género y la identidad de la enfermera rompiendo con los roles requeridos por la estructura de la institución, llevando su vida como una joven en la sociedad actual a su trabajo. Otros ejemplos se refieren a la manera en que las tres, Birthe, Nanna y Ditte, reflexionan sobre las relaciones de trabajo con los pacientes, tanto profesionales como personales. Aquí ellas se sirven de sus experiencias de historia de vida como ciudadanas y como personas, aunque esto no es lo que se requiere en su ámbito profesional. Empleando sus historias de vida como un contexto, los profesionales son capaces de establecer horizontes para el aprendizaje y la transformación del trabajo diferentes de los que son construidos profesionalmente. Aunque la perspectiva de historia de vida hace visible el gran potencial de renovación y desarrollo que llevan al trabajo los propios trabajadores, es evidente que la crisis en el aprendizaje y el conocimiento profesional coarta más que apoya el establecimiento y preservación de esos horizontes para el aprendizaje que se acomodarían a las experiencias de los trabajadores del cuidado social y sanitario. Cuando los jóvenes diplomados inician su trabajo, enfrentan condiciones similares a las descritas por Nanna, Ditte y Birthe, lo que podría hacerlos retroceder y abandonar su compromiso con el trabajo. Las tres profesionales, cuyas historias constituyen el fundamento empírico de este texto, han continuado en la enfermería, pero sus historias ayudan a comprender el paisaje peligroso de contradicciones y de mensajes de doble sentido. Además, el análisis de estas historias sugiere que los enfermeros están constantemente forzados a yuxtaponer sus fuertes ambiciones a la dura realidad del trabajo. Los enfermeros menos comprometidos no llegan a evitar estas paradojas y contradicciones; por el contrario, sus estrategias pueden ser mucho más defensivas, tales como el abandono de la práctica clínica. La carencia de compromiso también puede llevar a la adaptación a unas condiciones de trabajo severas y, de este modo, puede contribuir al debilitamiento de la identificación y del conocimiento profesional.

Mi análisis ha mostrado que existe una contradicción entre las formas en que los trabajadores conciben, crean y llevan a cabo sus tareas y los estándares de calidad y los modos en que estos son configurados por la organización actual del trabajo de cuidado social y sanitario. Actualmente, estas

contradicciones están llegando a ser algo tan importante que llegan a excluir las experiencias y el conocimiento procedente de la práctica y a deconstruir el espacio y el tiempo para el aprendizaje. La carencia de espacio para el aprendizaje en el trabajo crea ambivalencias estresantes en los profesionales, que impiden el aprendizaje. El segundo punto analítico que he suscitado es que el deterioro de las posibilidades de aprendizaje implica que las identidades ocupacionales son amenazadas y debilitadas. Este desarrollo tiene gran importancia para el futuro del sector del cuidado, dado que posee un impacto relevante sobre el modo en que los profesionales se identifican con su trabajo y con su institución. Además, es probable que la pérdida de posibilidades de aprendizaje se vea reflejada en el creciente número de abandonos que existe en este sector.

Bibliografía

- Ahrenkiel, A., Dybbroe, B. & Sommer, F.(forthcoming) *DSR tillidsrepræsentant i et forandret sundhedsfelt*, Roskilde University, en prensa.
- Andersen, V. Dybbroe, B. & Bering, I. (2004) *Fællesskab kræver fællesskab*. Hillerød: Dansk Sygeplejeråd, Frederiksborg Amtskreds.
- Becker-Schmidt, R.(2003) Introduction, and Theorizing Gender Arrangements. In R. Becker-Schmidt (Ed.) *Gender and Work in Transition, Globalization in Western, Middle and Eastern Europe* (pp. 7- 48). Opladen: Leske & Budrich.
- Borg ,V.et. al..(2005) *Arbejdstid og Arbejdsmiljø*, Projekt SATH. Copenhagen: Dansk Sygeplejeråd & AMI.
- Borritz, M. (2006) *Burnout in Human Service Work- Causes and Consequences. Results of 3-Years of Follow-Up of the PUMA Study among Human Service Workers in Denmark*. PhD. Thesis, Copenhagen: National Institute of Occupational Health.
- Dahl, H. M. (2004) A changing ideal of care in Denmark: a different form of retrenchment? In H. M. Dahl & T. R.Eriksen (Eds.), *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State, Continuity and Change* (pp. 47-61). Aldershot: Ashgate.
- Dybbroe, B.(2003) For hvem har sundhed værdi og mening? *FOFU-Nyt* 2003(1-2), 7-13.
- Dybbroe, B. (2006) Omsorg I skæringspunktet mellem arbejde og liv. *Menneskearbejde- Tidsskrift for Arbejdsliv* 2006(1), 67-81.
- Ellström, E. & B. Ekholm (2006) *Two Work Cultures- Two Learning Environments*. Paper for publication, Linköping University.
- FTF (The General Federation of Public Employees) (2007) Tal der taler, www.FTF.dk

- FTF May 2007 (The General Federation of Public Employees) Ubalancer på det offentlige arbejdsmarked frem imod 2015, Notat May 2007 www.FTF.dk
- Gustavsson, M. (2006) Organizing for Learning Opportunities in a Resource Squeezed Public Sector Organisation, in print, Linköping University.
- Hahr, E. (2007) Sygeplejeuddannelsen. Notat October www.DSR.dk
- Hansen, H. K. (2006) Ældreomsorg i et pædagogisk perspektiv. Ph.d.-afhandling, Roskilde University.
- Hjort, K. (2004) Viden som vare. In K. Hjort et. al. (Eds.), *De professionelle* (pp. 73-101). Roskilde: Roskilde Universitets Forlag.
- Holm-Petersen, C. et.al. (2006) *Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger*, DSI, Copenhagen.
- Liveng, A. (2007) *Omsorgsarbejde, subjektivitet og læring*. PhD. Thesis, Roskilde University.
- Lorenzer, A. (1979) Die Analyse der subjektiven Struktur von Lebensläufen und das Gesellschaftlich Objektive. In Baacke & Schültze (Eds.) *Aus Geschichte Lernen*, München
- Ministry of Education (2007) *Uddannelsesguiden, Statistik*. www.ug.uvm.dk
- Ministry of Employment (2007) *Beskæftigelsesministeren. In 6 skarpe om kvalitetsreformen*. Copenhagen: Sekretariatet for Ministerudvalget.
- Nielsen, S.B. (2004) Når unge vælger uddannelse og job. In S. B. Nielsen & B. Simonsen (Eds.), *Unge valg af uddannelse og job- udfordringer og veje til det kønsopdelte arbejdsmarked*, (pp. 15-28.). Roskilde: Center for Ligestillingsforskning ved Roskilde Universitetscenter.
- Olesen, H. S. (1996) Tacit knowledge and general qualifications. Concepts of learning in everyday life and formal education when work changes. In H.S. Olesen (Ed.), *Adult Education and the Labour Market III*, ESREA, Roskilde University and University of Leeds.
- Olesen, H.S. (2004): Professioner som (trod) spejl for arbejdet i den udfoldede modernitet. *Tidsskrift for Arbejdsliv* 2004(1), 77-95.
- Pedersen, E.B. (2005) *Social- og sundhedshjælpere og -assistenter. Antal, flow og årsager til frafald under og efter endt uddannelse*. Arbejdsmedicinsk klinik, Bispebjerg Hospital, FOR-SOSU rapport nr. 1 AMI, Copenhagen.
- Pedersen, K. M. (ed) (2005): *Sundhedsvæsenets økonomi, organisation og ledelse*. Copenhagen: Gads Forlag.
- RUC (2007) *Flere hænder? Velfærd, kvalitet og rekrutteringskrise i omsorgen* (More Hands? Welfare, Quality and Recruitment Crisis in Care) Conference 26th September, Mpower and The Research Unit for Health Promotion (RUC), Roskilde University. <http://www.ruc.dk/paes/forskning/sos/konference/> Retrieved 2007-11-12.

- Szhebehely, M. et. al. (2007):Förändringar i omsorgens vardag och villkor, a Nordic Project. Work in progress, presented at the conference *Flere hænder? Velfærd, kvalitet og rekrutteringskrise i omsorgen* (More Hands? Welfare, Quality and Recruitment Crisis in Care), 26th September, Mpower and The Research Unit for Health Promotion (RUC), Roskilde University.
- Sundhedskartellet (2007) *Kvalitetsreform: 7fiks punkter til fremtidens sundhedsvæsen*, www.sundhedskartellet.dk
- Thunborg, C.(2001) Lär dilemman inom hälso- och sjukvården. In T. Backlund, H. Hansson. & C. Thunborg (Eds.) *Lär dilemman i arbetslivet. Teoretiska och praktiska perspektiv på lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Wethje, A. & Borg, V. (2003) *Sygeplejerskers Arbejdsmiljø, trivsel og helbred* (SATH). Copenhagen: Dansk Sygeplejeråd and Arbejdsmiljøinstituttet.
- Ziehe, T.(1998) Goodbye to the 70ies. In E. Prescod (Ed), *Zapping Through Wonderland. Social Issues in Art for Children and Young People*. Amsterdam: KIT Publishers.