

Master of Science

Masteroppgave

SOL 2010

Hilde Tveito og Hanne Rydèn Drange

Hvordan påvirkes legenes rolleutøvelse av samspillet mellom legenes profesjonsidentitet og talegjenkjenningsteknologien ved St. Olav?

Trondheim, mai 2010



Høgskolen i Sør-Trøndelag
Avdeling Trondheim økonomiske høyskole

Forord

Denne masteravhandlingen er skrevet våren 2010, og markerer en fullført siviløkonomgrad med fordypning innenfor strategi, organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, avdeling Trondheim Økonomiske Høgskole (TØH). Temaet for avhandlingen knytter seg til hvordan legens rolleutøvelse påvirkes av samspillet mellom legenes profesjonsidentitet og talegjenkjenningsteknologien ved St. Olav Hospital.

Arbeidet med avhandlingen har både vært spennende, utfordrende, og til tider krevende. Samlet sett er vi meget fornøyd med hvordan prosessen har forløpt og med sluttresultatet. Vi vil svært gjerne takke St. Olav Hospital spesielt, Kari Hestad og Anne Mari Fiksdal, som under hele avhandlingsarbeidet har vært meget behjelpelige. Vi vil også takke informantene som tok seg tid til å stille til intervju.

Vår veileder, Irene Lorentzen Hepsø, vil vi også rette en stor takk til. Hun har gjennom hele avhandlingsarbeidet gitt oss rask og konstruktiv tilbakemelding, og har vært en god medhjelper for fremdrift i arbeidet med avhandlingen.

Innholdet i denne avhandlingen står for forfatterens regning.

Trondheim, 27. mai 2010

Hilde Tveito

Hanne Rydén Drange

Sammendrag

Den offentlige sektor har siden midten av 1980- tallet gjennomgått store endringer i Norge. I 1996 kom blant annet den første nasjonale handlingsplanen for IKT i helse og sosialsektoren. Målene med handlingsplanen var å gjennomføre en rekke moderniseringstiltak for å øke helsepersonellens kompetanse for bedre diagnostisering og behandling. Innføring av elektroniske støttetjenester utgjør noen av tiltakene, og har erstattet papirtunge rutiner med teknologiske nyvinninger.

St. Olav Hospital har som en følge av den nasjonale handlingsplanen innført en rekke teknologiske nyvinninger de siste årene. Som siste store teknologiske nyvinning ble det i fjor sommer innført bruk av talegjenkjenningsteknologi. I korte trekk har innføringen ført til en endring av de ansattes rolleutøvelse, spesielt for legene. Innefor organisasjonsteori henviser aktørnettverksteorien (ANT) til hvordan teknologi, som TGK, påvirker menneskene som blir berørt av den. ANT fokuserer på aktørenes forståelse gjennom translasjon, forhandling og program, men tar imidlertid ikke hensyn til aktørenes identitet og dens påvirkning. I følge identitetsteorien kan man forstå personers handlinger ut ifra deres identitet. Per i dag eksisterer det ikke mye kunnskap om hvordan teknologi og identitet påvirker hverandre. Med dagens samfunn der innføring av teknologi i organisasjoner blir mer og mer fremtredene, trenger vi mer kunnskap om hvordan dette samspillet fungerer. På bakgrunn av dette har vi valgt å utforme følgende problemstilling for avhandlingen: *”Hvordan påvirkes legenes rolleutøvelse av samspillet mellom legenes profesjonsidentitet og talegjenkjenningsteknologien ved St. Olav?”*

Vårt teoretiske rammeverk er i hovedsak identitetsteori og ANT. Teori om makt, rollebegrep og dannelse av ny rolleutøvelse er tatt med for å gi et bredere perspektiv og fundament for analysen og besvarelse av problemstillingen. For å besvare problemstillingen på en god måte har vi anvendt en kvalitativ tilnærming, som bygger på bruk av intervjuer og dokumentanalyse.

I analysen kommer det frem at ledelsen ikke har tatt hensyn til at legene kan tolke intensjonene om talegjenkjenningsteknologien (TGK) ulikt, og ha ulike interesser for å benytte den. Dette gjør seg synlig i at ledelsens intensjoner med TGK ikke korrelerer med hva legene oppfatter det til å være. Endring av legenes rolleutøvelse har ført til at de har måttet danne seg en ny forståelse for deres nye rolleutøvelse. Forståelsen synliggjøres i legenes

praksisfellesskap og meningsdanninger. TGK er gitt ulike meninger på hver av avdelingene som en følge av forskjellige arbeidsoppgaver. I tillegg viser det seg at status og bruk av historier har påvirket til ulik meningsdanning på individnivå. Samtlige av legene har imidlertid en oppfatning om at deres rolleutøvelse baserer seg på deres profesjonsidentitet. Med en oppfatning av at den nye rolleutøvelsen utgjør mer sekretærarbeid, gir legene uttrykk for at de mister noe av sin legitimitet og status. Profesjonsidentiteten ser ut til i varierende grad å påvirke legenes rolleutøvelse. Rolleutøvelsen påvirker på sin side TGK og ledelsen, i form av tilbakemeldinger. Legene er klar over at de kan gi tilbakemeldinger, men ifølge ledelsen benytter legene i liten grad denne muligheten. Den manglende tilbakemeldingen kan tolkes som en tilbakemelding i seg selv om at det ikke ligger naturlig i deres rolleutøvelse.

Samlet sett ser man at legenes rolleutøvelse blir påvirket av et samspill mellom TGK og deres profesjonsidentitet. Sett bort i fra de kontekstspesifikke faktorene som diskuteres i analysen, kommer det frem en rekke momenter som også vil være gjeldende i andre situasjoner. Samspillet vi har avdekket vil av den grunn være mer eller mindre gjeldende for enhver innføringsprosess av teknologi, spesielt i situasjoner der sterke profesjoner blir berørt. I tillegg vil samspillet som er avdekket utvide det teoretiske rammeverket innenfor ANT, til å øke oppmerksomheten på betydningen av identiteter.

Abstract

The public sector in Norway has been under a constant period of changes since the 1980's. The first national plan of action for the health and social section were developed and put in use in 1996. The goals for this plan of action were to further develop the personnel's expertise regarding treatment and diagnostics. Difficult and complex routines have been replaced by easier new electronic and technological supporting services.

St. Olav Hospital has because of this introduced several technological developments the recent years, and one of those were the automatic speech recognition system. This introduction has had an effect on the doctors, specifically regarding how they do their jobs. Actor-Network theory is a well-known terminology within organizational theory, and it looks at how technology has an effect on people and how people affect technology. ANT focuses on translation, negotiation and program, but it does not look at the actor's identity and its effect. According to the theories that evolve around identity, it claims that one can understand people's actions by looking at their identity. To this day, knowledge concerning how technology and identity affects each other has not been written much about. Today's society is being more and more influenced by technology, and it is unfortunate that it does not exist knowledge regarding how this interaction works. On the basis of that we have chosen to generate this approach to the problem: *"How does the interaction between TKG and the doctor's professional identity affect the doctor's role of practice on St. Olav?"*

Identity- and actor-network theory has been the main framework for our thesis. We have also included theory concerning power, role and working practices to get a broader perspective and foundation for our discussion. This will also help us to better answer our problem of interest. We found it most beneficial to use the qualitative approach to this thesis, and the main tools have been the use of interviews, conversations and analysis of documents.

On the basis of our findings and discussion it appears to us that the management have not considered the fact that the doctors might interpret TKG differently, and have different interests regarding the use of it. The changes in the doctors way of doing their job has led to creating a new understanding for the work-processes for the doctors involved. This understanding is noticeable in their communities of practice and their way of creating understanding. TKG have been given different understandings as a consequence of different tasks, it also appears to be an influence of status and use of stories to create this. There is also

a comprehension about their work processes and how that is based upon their professional identity. The doctors express that they lose some of their status and legitimacy because of their new role of practice and how that role appears to be more in the scale of secretary work. However, it does not seem to be the same effect on every doctor. The new role of practice affects TGK and the management as well, regarding how they receive feedback concerning TGK. The doctors are aware that they can give feedback, but for some reason they hardly use it according to the management. This lack of feedback is in some ways a message in itself, and could mean that giving feedback is not present in their new role of practice.

Altogether, the doctor's role of practice gets affected by the interaction between TGK and their professional identity. And apart from the context specific factors that are being discussed in the analysis, it also appears to be other elements that will be prevailing in other situations. This newly revealed interaction will also be more or less assertive for any implementation of technology, and especially in those where there is a solid presence of strong professions. In addition, this interaction has further extended the theoretical framework within ANT to focus more on the significance of identity.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Modernisering av offentlig sektor	1
1.2 Modernisering av offentlige sykehus	2
1.3 Bakgrunn for valg av tema	2
1.4 Avgrensning og definering av problemstillingen	3
1.5 Strukturering av avhandlingen	5
2.0 Kontekstbeskrivelse	6
2.1 St. Olav Hospital	6
2.2 Talegjennkjenners historiske bakgrunn	7
2.3 Bakgrunnen for implementeringen av TKG i Helse Midt-Norge, avdeling St. Olav	8
2.4 Talegjennkjenners funksjon	9
2.4.1 Presentasjon av utvalgte avdelinger på St. Olav	10
2.5 Avslutning	11
3.0 Teori.....	12
3.1 Bakgrunn for valg av teori	12
3.2 Ulike tilnæringer til organisasjon og identitet	13
3.3 Identitet som sosial prosess	14
3.3.1 "Jeget og meget"	14
3.3.2 Image og identitet i organisatorisk tilpassing	14
3.3.3 Identitet sprunget ut fra kultur og image	15
3.3.4 Dysfunksjoner innen organisasjonsdynamikk	17
3.4 Klassifisering og kategorisering	17
3.5 Ulike identitetsformer	19
3.6 Forholdet mellom tekniske og ikke – tekniske elementer	20
3.7 Organisasjonen som et komplekst system	23

3.8 Dannelse av ny arbeidspraksis	24
3.8.1 Identitetsdannelse innefor sosial læringsteori	24
3.8.2 Sammenhengen mellom identitet og praksisfellesskap.....	25
3.8.3 Deltakelse og ikke-deltakelse.....	26
3.9 Identifikasjon.....	27
3.9.1 Sosial identitetsteori	29
3.10 Profesjonsidentitet	30
3.10.1 Sosial identitet bestående av flere lag	30
3.10.2 Profesjoner og deres identitet.....	30
3.10.3 Legeyrket som profesjon	32
4.0 Metode	33
4.1 Ontologi.....	33
4.2 Epistemologi.....	34
4.2.1 Induktiv, deduktiv eller abduktiv datainnsamling.....	34
4.3 Metodevalg.....	36
4.3.1 Forskningsdesign.....	36
4.3.2 Kvantitativ versus kvalitativ metode.....	37
4.4 Valg av forskningsdesign	38
4.4.1 Casedesign.....	38
4.5 Datainnsamling.....	39
4.5.1 Valg av datainnsamlingsmetoder	39
4.5.2 Valg av intervjupersoner	41
4.5.3 Intervjuguide	42
4.5.4 Gjennomføring av intervjuene	43
4.6 Metodologiske krav	44
4.6.1 Validitet	44
4.6.2 Reliabilitet	46

4.7 Dataanalyse	47
4.8 Ethiske aspekter.....	47
4.8.1 Informert samtykke	48
4.8.2 Anonymitet.....	48
4.9 Avslutning	48
5.0 Analyse	49
5.1 Talegjenskjennerens påvirkning på legenes rolleutøvelse.....	49
5.1.1 Ledelsens intensjoner med innføring av TGK	50
5.1.2 Informasjon til legene.....	51
5.1.3 Legens oppfattelse av informasjonsformidling	53
5.1.4 Endring av rolleutøvelse.....	56
5.1.5 Reaksjon	57
5.1.6 Hovedfunn	59
5.2 Meningsdanning blant legene.....	60
5.2.1 Praksisfellesskap mellom legene og ledelsen.....	61
5.2.2 Praksisfellesskap på avdelingene	62
5.2.3 Meningsdanning blant avdelingene.....	63
5.2.4 Meningsdanning på individnivå	65
5.2.5 Meningskonstruksjoner på tvers av avdelinger	67
5.2.6 Hovedfunn	68
5.3 Profesjonsidentitets påvirkning på legenes rolleutøvelse.....	69
5.3.1 Legenes assosiasjoner til profesjonsidentitet	70
5.3.2 Legenes profesjonsidentitet.....	71
5.3.3 Endring av legenes profesjonsidentitet.....	74
5.3.4 Påvirkning fra andre elementer	78
5.3.5 Hovedfunn	80
5.4 Tilbakemeldinger til ledelsen	82

5.4.1 Informasjon og resignasjon	83
5.4.2 Fastsettelse av rutiner	83
5.4.3 Respons på tilbakemelding.....	84
5.4.4 Bruk av superbrukere	85
5.4.5 Teknisk vs. menneskelig aspekt.....	86
5.4.6 Meningsdanning om TKG tilknyttet tilbakemelding	86
5.4.7 Hovedfunn.....	87
6.0 Konklusjon.....	89
6.1 For fremtiden.....	92
7.0 Litteraturliste.....	94
8.0 Vedlegg	100
Vedlegg 1	100
Vedlegg 2, Informasjonsbrev til intervjuobjekter	101
Vedlegg 3, Intervjuguide.....	103
Vedlegg 4, konfidensialitetskontrakt.....	105
Vedlegg 5, Samtykkeerklæring	106

Figuroversikt

Figur 1: Rolleutøvelsens samspillmodell	4
Figur 2: Illustrasjonsbilde	6
Figur 3: Illustrasjonsbilde av talejengkjenneren	9
Figur 4: Den organisatorisk dynamiske identitetsmodell	15
Figur 5: Rolleutøvelsens samspillmodell, steg 1	50
Figur 6: Rolleutøvelsens samspillmodell, steg 2	60
Figur 7: Rolleutøvelsens samspillmodell, steg 3	69
Figur 8: Rolleutøvelsens samspillmodell, steg 4	82
Figur 9: Rolleutøvelsens samspillmodell	89
Figur 10: Ledelsens top-down implementering	91

1.0 Innledning

I løpet av vår femårige utdannelse, og spesielt disse to årene ved Trondheim Økonomiske Høgskole, har vi begge fått en sterk interesse for selve organisasjonen og hvordan den interagerer med en rekke elementer. Implementering av teknologi, tilpasning til omgivelsene og ansattes reaksjoner på endringer og implementeringer er blant noen av elementene vi har tilegnet oss kunnskap om. Denne kunnskapen er i stor grad tilegnet gjennom caseskriving. Et av casene omhandlet St. Olav og deres innføring av smartkortet. I fjor sommer ble vi kjent med at St. Olav var i startfasen med innføring av talegjenkjenningsteknologi, som innebar en stor teknologi-implementeringsprosess og endringer i arbeidsrutinene for berørte medarbeidere. Med stor og entusiastisk interesse for tidligere case ved St. Olav trigget dette vår interesse og var et naturlig og ønskelig valg av tema for vår masteravhandling. Før en videre presisering av valg av tema og problemstilling vil vi først presentere trender i offentlig sektor og hvordan offentlige sykehus de siste årene har blitt modernisert, for å gi et bredere perspektiv på avhandlingens tema. Deretter vil vi presentere bakgrunnen for valg av tema, vår begrunnelse for valg av teori, hva som er formålet med avhandlingen, for så å definere problemstillingen og hvilke avgrensninger vi har satt for den. Avslutningsvis vil vi gi en kort presentasjon av avhandlingens videre oppbygging.

1.1 Modernisering av offentlig sektor

Modernisering av offentlig sektor har siden 1980-tallet hatt en sentral posisjon på den politiske agendaen i mange land (Vanebo, Busch, Klausen og Johnsen, 2005). Den offentlige sektor har i denne perioden endret seg fra å være forankret i offentlig administrasjon med hensikt - å betjene offentlige interesser, til å ha fokus på markedstyring og markedslignende organisasjons- og styringsprinsipper. Ofte betegnet som New Public Management (NPM), et konsept som stammer fra privat og økonomisk rasjonell tankegang. NPM kommer som en effekt av kritiske holdninger over en lengre periode til hvorvidt den offentlige virksomhet var effektiv i sin tjenesteproduksjon og problemløsning (Vanebo et al., 2005). Det ble uttrykt at offentlig sektor var preget av lav omstillingsevne og svak produktivitetsutvikling, der en økende andel av de ansatte bidro lite til fellesskapet (Hermansen, 2005). Modernisering, effektivitet og konkurranseutsetting er noen av elementene som vokste frem av de kritiske holdningene og var med på å danne NPM. I senere tid har den offentlige sektor blitt stilt

ovenfor en rekke endringer som knytter seg til innføring av teknologi med formål om å effektivisere.

1.2 Modernisering av offentlige sykehus

Den første nasjonale handlingsplanen for IKT i helse- og sosialsektoren i Norge kom i 1996. Hovedmålene i planen var kompetanseheving, med fokus på å ha mer tid til pasienten. Dette innebar blant annet en økning av helsepersonellens kompetanse for å bedre diagnoser og behandling, forenkling av rutiner for ajourføring og lagring av informasjon for å få mer tid til pasienten. I tillegg til forbedret kommunikasjon mellom ulike ledd for å bedre koordinering og samhandling, samt ivaretagelse av informasjonssikkerhet for en forsvarlig og effektiv pasientbehandling og et sterkt personvern.

Som en følge av denne handlingsplanen ble det i perioden 1999 – 2005 gjort store organisasjonsendringer innenfor offentlige sykehus (Kjekshus og Harsvik, 2007). I løpet av denne perioden ble det satt i gang en rekke moderniseringstiltak innenfor de fire organisasjonsområdene ledelses- og myndighetsstrukturer, elektroniske støttetjenester, budsjett rutiner og pasientflyt. Innenfor elektroniske støttetjenester ble de ”papirtunge” rutinene modernisert med innføring av elektroniske pasientjournaler, elektroniske epikriseutsendelser, og elektroniske bildearkiv. Bruk av elektroniske pasientjournaler på sykehus økte fra 58 % i 2001 til en andel på 85 % i 2005 (Kjekshus og Harsvik, 2007). Selv om 85 % av sykehusene har innført elektronisk pasientjournal, var det 69 % som opplyste at journalen fortsatt ble brukt i papirformat.

1.3 Bakgrunn for valg av tema

I følge Hægeland og Skogstrøm (2007) er teknologiske endringer eller produktivitetsvekst den viktigste kilden til varig vekst og velstand. Det refereres til at man med teknologisk fremgang vil få mer ut av samme mengde arbeidskraft og kapital enn før. Innenfor organisasjonsteorien henviser Aktørnettverksteori (ANT) til hvordan teknologi har innflytelse på menneskelig oppførsel og motsatt. ANT tar derimot ikke hensyn til hvilken betydning identitet har for aktørenes forståelse av teknologien. Slik det fremkommer i identitetsteorien, har identitet betydning for hvordan en persons handlinger kan forstås, men dette tas ikke hensyn til innenfor ANT. Med mangel på kunnskap om hvordan dette samspillet fungerer kan man stille spørsmål til om teknologiske endringer vil ha evnen til å være den viktigste kilden til varig

vekst. Vi ønsker med denne avhandlingen å utvide det teoretiske rammeverket tilknyttet ANT ved å inkludere en teoretisk tilnærming som knytter seg til hvordan mennesker som likestilles med teknologien forstår og oppfatter den ut i fra sin identitet. Avhandlingen vil på den måten utvide ANT med en helt ny dimensjon, ved å inkludere flere perspektiver på hvordan teknologi påvirker organisatorisk oppførsel og motsatt. For å kunne gjennomføre teknologiske implementeringer og samtidig ta hensyn til det menneskelige aspektet i prosessen vil slik kunnskap vil være meget etterspurt i fremtiden. På grunn av tid og ressursbegrensninger har vi i denne avhandlingen valgt å fokusere på hvordan legene oppfatter og føler at de blir påvirket av innføringen av talegjenkjenningsteknologien. Identitetsteorien hevder at man kan forstå personers handlinger ut i fra deres identitet. Vi ønsker å utvide fokuset fra bare å konsentrere oss om hvordan legene føler de har blitt påvirket av teknologien, til også se på hvordan deres profesjonsidentitet har vært med på å danne deres inntrykk av den nye rolleutøvelsen. Vi ønsker å se på hvordan legenes rolleutøvelse påvirkes av et samspill mellom deres profesjonsidentitet og TGK.

Det har for oss vært ekstra inspirerende å jobbe med denne avhandlingen, da det tidligere ikke er gjennomført forskning på dette, og vi kan med denne avhandlingen bidra med et viktig teoretisk aspekt når det gjelder spillet mellom ANT og identitet. Vi har videre utarbeidet en problemformulering og forskningsspørsmål som vi mener kan hjelpe oss med å vise til hvordan ANT og identitet påvirker hverandre.

1.4 Avgrensning og definering av problemstillingen

Med bakgrunn i det vi har påpekt i pkt 1.3 har vi utarbeidet følgende problemstilling:

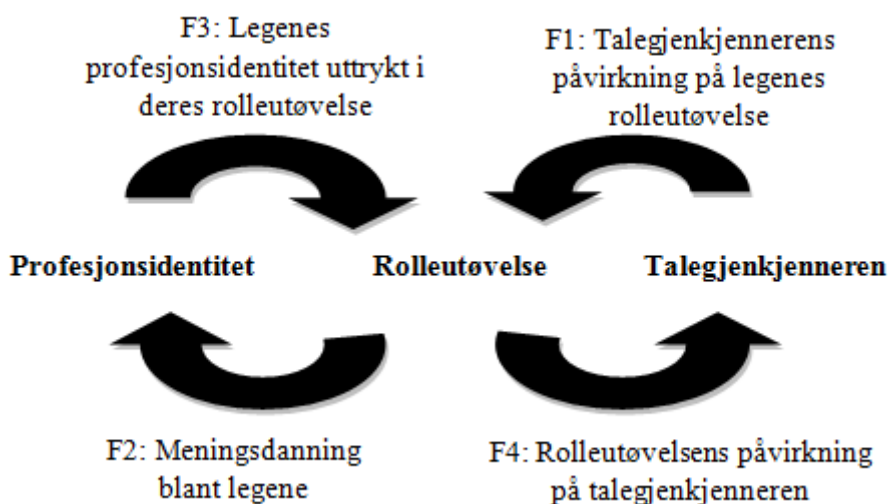
Hvordan påvirkes legenes rolleutøvelse av spillet mellom legenes profesjonsidentitet og talegjenkjenningsteknologien ved St. Olav?

Rolleutøvelse er i denne avhandlingen definert som legenes utøvelse av sin arbeidspraksis. I hovedsak omfatter det hva legene faktisk gjør og oppfatter som sine arbeidsoppgaver.

Profesjonsidentitet er definert som ”En yrkesgruppe som ønsker å fremstå som et selvstendig fag og yrke i forhold til andre yrkesgrupper, og med kontroll og autoritet over eget fag og arbeidsfelt” (Sommervold, 1997: 247). Profesjonsidentitet vil bli utledet videre under 3.11.

Talegjenkjenningsteknologien (TGK) er en erstatning for legenes dikteringsmetode, og vil bli utledet ytterligere i kapittel 2.

For å besvare denne problemstillingen måtte vi foreta valg og avgrensinger i forhold til teori, metode og omfanget av selve avhandlingen. Hensikten med avhandlingen er å fremskaffe kunnskap om hvordan legenes rolleutøvelse påvirkes i et samspill mellom innføringen av TGK og deres profesjonsidentitet. Med inspirasjon fra Hatch og Schultz (2002) sin identitetsmodell som er utdypet i 3.4, har vi utviklet en modell som gir et helhetlig bilde på dette, og som vil være et rammeverk for denne avhandlingen.



Figur 1: Rolleutøvelsens samspillmodell

Denne modellen gir et godt bilde av hvordan vi har valgt å tilnærme oss problemstillingen, da den illustrerer effekten vi mener profesjonsidentitet, rolleutøvelse og TGK har på hverandre. Det er ikke en kausal sammenheng mellom enkelttemaene, men et samspill som går over flere av temaene, og det skjer i tillegg en kontinuerlig endring slik vi ser det.

Ved å ha dette fokuset på problemstillingen ble det naturlig for oss å benytte blant annet aktørnettverksteori som ser på spillet mellom teknologi og menneske slik det fremkom under 1.3. I tillegg ble det nødvendig å benytte oss av teorier vedrørende identitet og spesielt profesjonsidentitet, da vi i stor grad fokuserer på legene ved St. Olav. Identiteten er med på å bestemme hvordan vi handler og hva vi uttrykker. Med andre ord kan handlinger

forstås ut fra identitet. Det var i tillegg nødvendig å benytte teori som omhandler hvordan man danner seg meninger om TGK. Utvalgt teori og ”Rolleutøvelsens samspillmodell” hjalp oss til å utvikle avhandlingens forskningsspørsmål. Nedenfor vil hvert av forskningsspørsmålene bli utledet.

F1: Hvordan påvirker talegjennkjenneren legenes rolleutøvelse?

Hensikten med dette spørsmålet er å finne ut om TGK påvirker legenes rolleutøvelse. Vi ønsker her å finne ut om legene godtar ledelsens instruksjoner vedrørende bruken av TGK.

F2: Hvordan har legene utviklet forståelse for talegjennkjenneren og prosessen med innføringen av den?

Slik det fremkommer av ”Rolleutøvelsens samspillmodell” vil vi under dette forskningsspørsmålet se på hvordan legene har utviklet forståelse for TGK og innføringsprosessen ut i fra deres meningsdanninger og praksisfellesskap.

F3: Hvordan påvirker legenes profesjonsidentitet deres rolleutøvelse?

Med dette forskningsspørsmålet ønsker vi å avdekke hva som utgjør legenes profesjonsidentitet og i hvor stor grad legene oppfatter den nye rolleutøvelse i lys av sin profesjonsidentitet.

F4: Hvordan påvirkes talegjennkjenneren av legenes rolleutøvelse?

Med dette forskningsspørsmålet ønsker vi å undersøke hvorvidt legene gir tilbakemeldinger om TGK, og hvordan det gjøres. Med utgangspunkt i at TGK er et fysisk objekt vil vi konsentrere forskningsspørsmålet rundt tilbakemeldinger til ledelsen.

1.5 Strukturering av avhandlingen

Det vil nå bli gitt en kort presentasjon av avhandlingens videre oppbygging.

I neste kapittel vil vi utrede det teoretiske rammeverket som analysen baserer seg på. Deretter vil vi gi en presentasjon av våre metodiske valg i avhandlingen, for så drøfte empiriske funn opp mot det teoretiske rammeverket i analysen. I analysen vil empiri bli presentert samtidig som den blir drøftet opp mot teori. I etterkant vil analysens hovedfunn presenteres og problemstillingen bli besvart i form av en konklusjon.

2.0 Kontekstbeskrivelse

Hensikten med dette kapittelet er å sette leseren inn i konteksten for vår avhandling. På denne måten kan man få en best mulig forståelse for våre meninger og beslutninger tatt gjennom hele avhandlingen. Vi vil presentere St. Olav Hospital, som fungerer som case for dette arbeidet. Det vil bli gitt en kort presentasjon av TGK sin historiske utvikling, for videre å utdype St. Olav sine årsaker for innføringen og bruken av TGK. Informasjon om TGK er i hovedsak hentet fra Max Manus AS, som er St. Olav sin leverandør av denne teknologien.



Figur 2: Illustrasjonsbilde (Siemens, 2008)

2.1 St. Olav Hospital

St. Olav Hospital er navnet på det samlede sykehusstilbudet i Sør-Trøndelag, eid av Helse Midt-Norge. Mye av virksomheten er konsentrert på Øya i Trondheim hvor det pågår bygging av et helt nytt sykehus. Sykehuset på Røros og i Orkdal er i tillegg til en rekke andre avdelinger rundt om i fylket tilknyttet St. Olav.

Det har til stadighet blitt innført ny teknologi på St. Olav. I 2005 ble det blant annet innført smartkort. Dette smartkortet er et adgangskort som samtidig fungerer som autentisering av den ansatte når vedkommende logger seg på datanettet på sykehuset. Dette var en del av en større avtale mellom Telenor og Helse Midt Norge regionale helseforetak i 2004. Årsaken til denne satsingen var et ønske fra Helsebygg Midt-Norge om et bedre IKT-system i sammenheng med ferdigstillingen av det nye universitetssykehuset i Trondheim.

Helsebygg Midt- Norge innførte på samme tidspunkt bruk av talegjenkjenning på røntgenavdelingen i Molde. De var en av de første avdelingene i Norge som tok i bruk talegjenkjenning for medisinsk sektor. Først i 2009 ble talegjenkjenning innført på St. Olav.

Slik det fremkommer ovenfor har det blitt innført flere teknologiske nyvinninger på St. Olav. En representant fra ledelsen uttrykte følgende:

”St. Olav lever i et veldig schizofrent stadium, det har det gjort i flere år. Vi ser gamle bygg og nye bygg står ferdig. Og det som kanskje er Europas mest moderne sykehus. Samtidig har man gamle bygg som står enda. Hvor det samtidig blir en av Europas eldste sykehus. Dette skal da fungere sammen med hverandre”.

Denne situasjonen har selvsagt skapt utfordringer for innføringen av TGK, og kan sammen med en rekke andre elementer skape uforutsette situasjoner. Ledelsen er klar på at de per dag ikke er i en ideell situasjon, og at det enda er noen år til man får vurdert om TGK fungerer som et verktøy på den måten man hadde tenkt.

2.2 Talegjenkjennerens historiske bakgrunn

Allerede i 1997 ble det besluttet fra statlig hold at alle meldinger på sykehus skulle sendes elektronisk innen utgangen av 2000 (Buttedal, 2009). Dette målet er ikke innfridd, men stadig blir ny teknologi tatt i bruk med ønske om å nå målet, deriblant talegjenkjenning. Moderne teknologi gjør sykehushverdagen enklere for både brukere og ansatte.

Talegjenkjenning har vært under forskerlupen siden 1960-tallet. Det norske systemet har fått navnet ”Speech Magic”, og er et resultat av et samarbeid mellom Max Manus AS og Nuance. Nuance er et amerikansk selskap som blant annet har spesialisert seg på tale- og avbildningsløsninger. Speech Magic brukes i dag på rundt 8000 sykehus i 45 ulike land. Systemet bygger på innsamlingen av 100 millioner ord med norske røntgenbeskrivelser, 450 millioner ord med generelle norske medisinske beskrivelser i tillegg til opptak av to timer alminnelig norsk tale fra over 100 nordmenn i alle aldre, fra begge kjønn og på flere dialekter. I 2003 ble TGK tildelt Rosingprisen. Dette er en pris etablert som en påskjønnelse til den bedrift eller organisasjon som på en best mulig måte har hevet IT-kompetansen internt.

2.3 Bakgrunnen for implementeringen av TGK i Helse Midt-Norge, avdeling St. Olav

Talegjenkjenning ble innført av Helsebygg Midt-Norge med ønske om å spare penger, øke kvaliteten og sikkerheten, og ikke minst for å bedre service og effektivitet overfor pasientene. I en revidert sluttrapport for TGK har man kalkulert med å spare inntil 48 millioner kroner i løpet av få år på en gradvis reduksjon av antallet sekretærer.

Implementering av TGK kom som en effekt av at ledelsen ved Helse Midt-Norge var på besøk hos et stort sykehus i Danmark, hvor TGK var i bruk. Ledelsen ble imponert over hvor bra det så ut til å fungere og fant samtidig ut av at dette systemet var norsk, men at nesten ingen i Norge benyttet seg av det. Denne turen skulle vise seg å være det steget som måtte til for at St. Olav valgte å ta i bruk TGK. Selve implementeringen av TGK har blitt gjennomført på en prosjektorganisatorisk måte. Prosjektlederen for innføringen er Kari Hestad, og hun har en rekke andre aktører med seg i arbeidsgruppen, deriblant et verneombud, tillitsvalgte etc. Det ble i tillegg etablert en styringsgruppe for å holde et overordnet oppsyn og korrigere utviklingen, dersom den ikke utvikler seg som ønsket. Det er ifølge den reviderte sluttrapporten for TGK styringsgruppen som har ansvar for den løpende oppfølgingen av prosjektet.

På et tidlig tidspunkt ble enkelte avdelinger valgt ut til å være med på et pilotprosjekt. Dette ble gjort for å få kunnskap om hvordan TGK fungerte, og avdekke de utfordringer som kunne oppstå. Ledelsen mente et slikt pilotprosjekt ville gjøre de bedre rustet til å implementere TGK på alle aktuelle avdelinger på St. Olav. Utover dette har ledelsen ved St. Olav hatt tilgang på erfaringsdokumenter fra andre sykehus som har innført TGK, deriblant Danmark og Ullevål sykehus. Ved innføringen av TKG på St. Olav bestemte ledelsen at alle legene skulle gjennom et tre dagers langt kurs hvor de skulle få innføring i hvordan TGK fungerer, hvordan arbeidsflyten i DocuLive¹ med TGK er og bruken av grensesnittet i TGK-vinduet.

¹DocuLive er en elektronisk pasientjournal system som de største regionssykehusene i Norge benytter (Siemens, 2010).

2.4 Talegjenkjennerens funksjon



Figur 3: Illustrasjonsbilde av talegjenkjenneren (Dips, 2010)

Legenes tidligere rolleutøvelse gikk ut på å diktere journalbeskrivelse inn på diktafon, sende denne til sekretærer som skrev inn beskrivelsen i journal, for så sende dokumentet i retur til legen for signering. I hovedsak går talegjenkjenning ut på at man snakker til en datamaskin via en form for digital diktafon (se illustrasjon ovenfor), som deretter omformer talen til tekst som kommer opp på skjermen. Legene kan også benytte maler de selv lager for ytterligere å forenkle diktering. En situasjon hvor maler kan bli benyttet er ved standardoperasjoner hvor man kun fyller inn prøvesvar, eventuelle korte notater etc. Ifølge MaxManus kan alle som benytter norske ord i diktering benytte seg av talegjenkjenning. TGK lærer brukeren å kjenne i forhold til antall taletimer, da det skal opparbeides en egen profil for brukeren med hans/hennes dialekt, aksent, setningsoppbygging og eventuelle spesielle realiseringer av ordlyder. For at enhver profil skal være god nok kreves det at man har omkring åtte timers effektiv dikteringstid. Dette er nødvendig for at profilen skal kunne kjenne igjen 98 % av det legene taler inn i journalen. I løpet av opplæringskurset opparbeidet legene ca en time med tale på sin profil gjennom trening av diktering. TGK er designet for å forstå medisinske uttrykk, men ikke i så stor grad ”vanlige” samtaler. Det vil med andre ord fungere dårlig å forsøke å diktere et ordinært brev til pasienter med TGK. Det medisinske fagområdet er definert i et eget leksikon. Med det mener vi eksempelvis at hjertelunge-avdelingen bruker en indremedisinsk ordbok, og TGK vil forstå ord derfra i tillegg til utfyllingsord brukeren måtte velge å legge inn. Talegjenkjenningssystemet har endret seg mye, og det gikk fra å være kun forståelig for radiologer til å være forståelig for så godt som alle medisinske disipliner.

I følge ledelsen er det flere fordeler med TGK, blant annet at tidsbruk på journalføring og behandling av epikriser vil bli betraktelig redusert. En annen viktig fordel er at denne journalføringen kan benyttes 24 timer i døgnet, da man ikke er avhengig av at en sekretær må skrive inn det legene tidligere har diktert inn for så å sende det tilbake for godkjenning. På denne måten er det nye systemet mer effektivt da legen selv ser det han/hun har diktert inn med en gang, og således har muligheten til å rette opp eventuelle feil. Det fører til at journalen blir raskere oppdatert enn tidligere.

2.4.1 Presentasjon av utvalgte avdelinger på St. Olav

Vi ønsker å gi litt bakgrunnsinformasjon om de ulike avdelingene vi valgte å undersøke i avhandlingen. Under vår deltakelse på opplæringskurset, og ved egne undersøkelser, kom det frem at ikke alle avdelinger på St. Olav benytter TGK. På bakgrunn av dette valgte vi ut fire avdelinger: smerteklinikken, blodsykdommer, hjertelungeavdelingen og nevrokirurgisk avdeling. Nedenfor har vi kort beskrevet de ulike avdelingene.

Blodsykdommer

Denne avdelingen er en spesialenhet for behandling av kreftsykdommer i blod og benmarg samt utredning og behandling for andre blodsykdommer.

Hjertelunge-avdeling

Lungeavdelingen ved St. Olavs har regionssykehusfunksjon for helseregion Midt-Norge, sentralsykehusfunksjon for Sør-Trøndelag fylke og blant annet Rindal kommune i Møre og Romsdal.

Smerte og sammensatte lidelser – Smertesenteret

Smertesenteret er delt opp i tre enheter: nasjonalt kompetansesenter for sammensatte lidelser (NKSL), smerteteamet og poliklinikk. De har landets eldste smerteteam, som kunne feire 25 år i 2005. NKSL ble utnevnt av helsedepartementet i 2001 til å være det nasjonale kompetansesenter innenfor smerte og sammensatte lidelser.

Nevrokirurgisk avdeling

Denne avdelingen er en av fem i Norge. Avdelingen dekker helseregion Midt-Norge, Møre og Romsdal og Nord- og Sør Trøndelag.

Vi har ikke valgt å beskrive dette noe ytterligere da vi mener at det strider i mot de rettighetene intervjuobjektene våre skal ha. Vi har forsikret anonymitet, og dette skal overholdes fra vår side. I analysen vil avdelingenes navn ikke bli nevnt, og vil kun gjengi legenes utsagn i form av hva lege 1, lege 2 etc. har uttalt.

2.5 Avslutning

Vi har med dette kapittelet forsøkt å skape et innblikk i situasjonen rundt St. Olav og den aktuelle konteksten. Ledelsen gir uttrykk for å ha kontroll over situasjonen og være tidlig ute med å forutse hva som kan skje. Denne avhandlingen ser på innføringen av TGK fra legenes ståsted og gir av den grunn et annet bilde av hva som oppleves som den reelle situasjonen.

3.0 Teori

Vi vil i dette kapittelet presentere de ulike teorivalgene vi har tatt på bakgrunn av undersøkelsens problemstilling, forskningsspørsmål og intervju spørsmål. De utvalgte teoriene vil bli brukt i analysen for å støtte og hjelpe oss med å diskutere den innsamlede empirien, og vil også kunne være med på å utvikle nye teoretiske bidrag.

3.1 Bakgrunn for valg av teori

Vårt valg av teori kom blant annet ut i fra den informasjonen og de funnene vi kom frem til i forskningsprosessen. Vår problemstilling lyder som kjent: *”Hvordan påvirkes legenes rolleutøvelse av samspillet mellom legenes profesjonsidentitet og talegjenkjenningsteknologien ved St. Olav?”* Med denne problemstillingen vil vi berøre begrepene rolleutøvelse, profesjonsidentitet og teknologi spesifikt. Dette gjorde det klart for oss at vi måtte benytte teori som kunne belyse disse begrepene. Av den grunn har vi sett på ulike former for identitet, derav kollektiv identitet, sosial identitet og profesjonsidentitet. Spesielt profesjonsidentitet var viktig for oss da undersøkelsen gjelder leger, som er kjent for å ha en sterk profesjonsidentitet. Aktørnettverksteori blir også benyttet i vår oppgave, da den er veldig sentral i forhold til hvordan teknologi påvirker mennesker og motsatt.

Utover dette mente vi det også ville være en fordel for vår oppgave å benytte oss av andre teorier for å gi et bredere perspektiv og fundament i analysegrunlaget for problemstillingen. Blant disse valgte vi å se på ulike former for makt, klassifisering og kategorisering av mennesker i sosiale kategorier, rollebegrep og rolleutøvelse. Disse teoriene følte vi kunne gi ytterligere forklaringer på hvordan samspillet mellom legenes profesjonsidentitet og TGK påvirker deres rolleutøvelse. Innenfor de ulike studiene finnes det mange bidragsytere og teorier, men på grunn av oppgavens omfang har vi fokusert på disse. Dette kan selvsagt ha ført til begrensninger, men vi har valgt ut de teoriene vi mener er mest hensiktsmessige for oppgaven og som mange andre forskere også har benyttet på samme tema de siste årene.

I dette kapitlet vil vi først presentere det teoretiske grunnlaget for identitetsteori, som knytter seg til ulike tilnærminger til organisasjon og identitet. Deretter vil vi presentere våre hovedteorier mer inngående, identitet, ANT, dannelse av ny rolleutøvelse og profesjonsidentitet. I tilknytning til identitetsteorien har vi valgt å trekke inn teorier om

klassifisering, kategorisering og hvordan ulike identiteter oppstår. ANT vil videre bli utledet, for å gi leseren en forståelse for hvordan teknologi påvirker mennesker. Organisasjoner kan av den grunn bli oppfattet som komplekse system. I følge March (1994) er det også andre elementer som påvirker til at organisasjoner kan oppfattes som komplekse system. I etterkant av ANT ser vi det hensiktsmessig å utlede om disse elementene. De siste to hovedteoriene, dannelse av ny rolleutøvelse og profesjonsidentitet, vil så bli utledet. Oppbyggingen av teorikapitlet vil gi leseren en inngående forståelse for avhandlingens teoretiske fundament, som aktivt blir tatt i bruk i analysen, kapittel 5.

3.2 Ulike tilnærminger til organisasjon og identitet

Studiet av organisasjonsidentitet fremstår i følge Kvåle og Wæraas (2006) som fragmentert og uoversiktlig, som en følge av at ulike fagtradisjoner legger vekt på ulike sider av begrepet organisasjonsidentitet. Det tilnærmingene har til felles, er at identitet viser hvem og hva organisasjoner er. Med utgangspunkt i ulike fagtradisjoner skiller Hatch og Schultz (2004) mellom bedriftsidentitet og organisasjonsidentitet.

Bedriftsidentitet baserer seg på at identitet kan skapes og styres. Ved bruk av symboler i form av navn, logo og slagord som representerer organisasjonen, mener man dette vil signalisere hvem og hva organisasjonen er (Kvåle og Wæraas, 2006). Denne tilnærmingen til identitet er nært tilknyttet image og omdømme, inspirert av bedriftsøkonomiske teorier. Organisatorisk identitet baserer seg derimot på at identitet er et naturlig fremvoksende fenomen, nært tilknyttet det indre livet i organisasjonen. Tilnærmingen har mye til felles med organisasjonskultur, og har sitt opphav fra organisasjonsstudier basert på Cooley (1902) og Mead (1934). Sosialantropologien har gitt sitt bidrag til organisatorisk identitet ved å gjøre det mulig å forstå kulturer og kollektive identiteter. I følge Bovim (2010) er kollektiv identitet ansett for å være en form for sosial identitet. Innenfor sosial identitet skjer identitetsutviklingen ved sosial tilhørighet og identifisering med en gruppe (Tajfel og Turner, 1979). Denne identitetsformen må imidlertid skilles fra et individs individuelle og personlige identitet. Den individuelle identiteten karakteriseres i følge Bovim (2010) som et individs selvforståelse, mens den personlige identiteten uttrykkes til å omhandle personlige egenskaper og karakteristikk. I denne sammenhengen betraktes sosial identitet som den individuelle identiteten utsprunget fra tilhørighet til grupper eller kollektiver. Følelsen av samhörighet eller delt oppfatning av hvem vi er som gruppe blir i følge Blumer (1939) omtalt som

kollektiv identitet. Med andre ord er organisatorisk identitet opptatt av både hvordan ansatte identifiserer seg med organisasjonen (Ashforth og Mael, 1989) og følelsen av hvem de er i et kollektiv (Kvåle og Wæraas, 2006.)

3.3 Identitet som sosial prosess

3.3.1 "Jeget og meget"

Allerede i 1902 utfordret Charles Cooley identitetens forutsetninger basert på hans teori om "speilbildet". Ut ifra en sosiologisk tilnærming, uttrykker han at en persons "jeg" vil vokse ut av samfunnets mellommenneskelige interaksjoner og oppfatningene av andre (Cooley 1902). Med inspirasjon fra Cooley gjorde Mead (1934) det klart at identitet må ses på som en sosial prosess, der mennesket er et aktivt "subjekt" og et observerende "objekt" samtidig, der de er atskilt i fasene "det ubevisste jeg" og "det bevisste meg" (Thuen og Vaage, 1989).

Førstnevnte baserer seg på hvordan personer opptrer basert på grunnleggende antakelser og normer. Dette knytter seg til hvordan en ser på seg selv, ofte omtalt som privat identitet. "Det bevisste meg" knytter seg derimot til hvordan en person presenterer seg utad, basert på hvordan han antar at han blir oppfattet av andre folk. Denne fasen blir i følge Mead (1934) betraktet som en offentlig identitet. Til sammen utgjør de en identitet når den fremkommer i sosial erfaring (Kvåle og Wæraas, 2006). Det vil si at "jeget" og "meget" er på samme tid atskilt og gjensidig avhengig. I følge Mead (1934) fungerer identitet best når det er en balanse mellom kulturelle antakelser og tilbakemelding fra omgivelsene.

3.3.2 Image og identitet i organisatorisk tilpassing

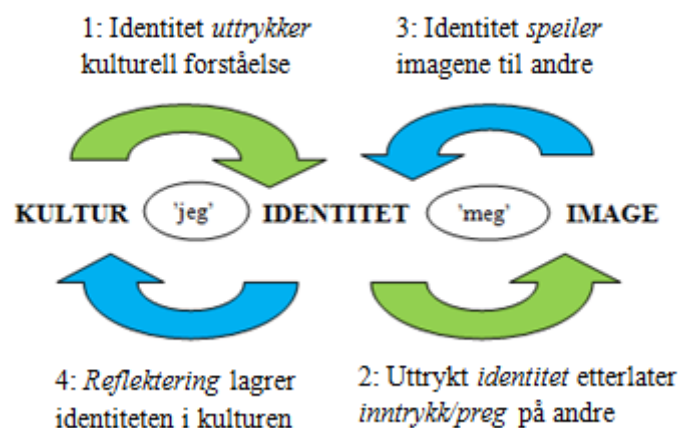
Dutton og Dukerich (1991) erkjenner ideen om at organisasjoner har identiteter som påvirker hvordan individer fortolker hendelser og hvordan man handler i forhold til disse. Innen en organisasjon er det mange gjøremål som fremkommer rutinemessig, som organisasjonsmedlemmene lett kan gjenkjenne og identifisere. De ulike gjøremålene passer godt til eksisterende kategorier, og når de først er klassifisert vil det fremkomme en naturlig respons hos organisasjonsmedlemmene. Disse godt innarbeidede responsene er typer av organisatoriske oppskrifter, eller mønster av rutineoppførsel som er lett tilgjengelig (Dutton og Dukerich, 1991). Andre gjøremål er derimot ikke like lett å tolke eller bearbeide, disse kan være problematiske fordi de er ikke-tradisjonelle. Man har ikke støtt på disse i fortiden, og dermed passer de heller ikke i organisasjonens velkjente system. Dutton og Dukerich (1991)

mente å ha avslørt at ”the organization’s identity and image are critical constructs for understanding the relationship between action soon and interpretations of an issue over time... An organization’s identity, or what organizational members believe to be its central, enduring, and distinctive character, filters and molds an organization’s interpretation of and action on an issue” (Dutton og Dukerich, 1991:520).

3.3.3 Identitet sprunget ut fra kultur og image

Med bakgrunn i Dutton og Dukerich (1991) sine undersøkelser hevdet Hatch og Schultz (2002) at meninger og reaksjoner til andre påvirker identiteten gjennom speiling. De foreslo videre at speiling fungerer for å motivere organisasjonsmedlemmer til å bli involvert i saker som kan redusere den offentlige meningen om organisasjonen de hører til. Videre hevder de at organisasjonsmedlemmene overvåker og evaluerer handlingene organisasjonen foretar seg for å måle hvordan fremmede dømmer organisasjonen. Hatch og Schultz (2002) argumenterer for at identitet er det umiddelbare resultatet av samtaler mellom organisatorisk (kulturell) selvtutfoldelse og de gjenspeilede bildene til interessentene. På den måten er selve identitetsprosessen dynamisk, der det foregår et kontinuerlig samspill mellom organisasjonens “jeg og ”meg”. Den organisatorisk dynamiske identitetsmodell er et resultat av forskningen, som en illustrasjon på hvordan identitet dannes, i spennet mellom kultur og image.

Den organisatorisk dynamiske identitetsmodellen viser til fire kontinuerlige prosesser som samlet danner organisasjonsidentitet. Det være seg at identitet uttrykker kulturell forståelse, vår uttrykte identitet etterlater inntrykk på andre, identitet speiler imaget til andre og sist men ikke minst at man reflekterer over identitet og lagrer det i kulturen.



Figur 4: Den organisatorisk dynamiske identitetsmodell

1: Prosessen hvor kulturell forståelse blir vist gjennom identiteten – uttrykking

Hatch og Schultz (2002) argumenterer for at organisasjonskulturer har uttrykksfulle krefter på bakgrunn av meningsgrunnlaget i deres artefakter i form av symboler, verdier og antagelser som kulturelle medlemmer har og til en viss grad deler. Denne dyptgående koblingen til organisatorisk mening er det som gir kulturell forklaring på antagelser til artefaktene, deres makt til å kommunisere troverdig om identitet. Uttrykkspraksiser som felles identitet, felles stil og felles ritualer når de bruker en organisatorisk oppfatning av ens kulturelle selv som referanse, hjelper til med å skape organisatorisk identitet. Noe av grunnen til at artefakter har så stor makt når det gjelder å kommunisere organisasjonsidentitet ligger i det fundamentalt emosjonelle og estetiske ved kulturell fremstilling.

2: Prosessen hvor den uttrykte identiteten setter preg på andre - inntrykk

Det blir påstått at organisasjoner fremlegger image til interessenter og institusjonaliserte mellomledd som til eksempel pressen. Dette kan foregå ved å holde en pressekonferanse, skape og bruke logoer, eller å ha samme klesstil i selskapet osv (Rindova og Fombrun, 1998). Ubevisst fremlegger man organisatorisk identitet hos andre gjennom hverdagslig atferd, opptreden og holdning osv. Det eksisterer også andre måter å sette preg på andre med identiteten sin, og det ligger utenfor organisasjonens direkte påvirkning.

3: Prosessen hvor man speiler image til andre - speiling

Organisasjonens image blir her speilet mot omgivelser og organisasjoner de har kontakt med. Det blir hevdet at meninger og reaksjoner til andre påvirker identiteten gjennom dette, og at det kan motivere organisasjonen til å bli involvert i gjøremål som kan få utenforstående til å skifte meninger om eksempelvis selskapet du jobber i. Dutton og Dukerich (1991) hevder i denne sammenheng at man blir mer motivert for å endre sitt image hvis man tror omgivelsene vil se mer positivt på organisasjonen enn hva de har gjort til nå. Hatch og Schultz (2002) tilføyer at prosessen ikke er så enkel som dette, ved å påpeke at det også handler om selvreflektering. I tillegg antydes det at interessentenes image smitter over til identiteten til selskapet det representerer. Med andre ord viser det at organisatorisk selvdefinering også er en anliggende sak for organisatorisk identitet.

4: Prosessen hvor man lagrer den nye identiteten i kulturen - reflektering

Det blir hevdet av Hatch og Schultz (2002) at når imaget først blir speilet i identiteten blir det tolket i forhold til den eksisterende selvdefinerte organisatoriske kulturelle forståelsen. I slike situasjoner blir identiteten forsterket eller endret gjennom reflekteringsprosessen. Refleksivitet i organisatorisk identitetsdynamikk er prosessen hvor organisasjonsmedlemmene

forstår og forklarer seg selv som en organisasjon, ut ifra konteksten.

Organisasjonsmedlemmenes reflektering over sin identitet, gjøres med referanse til deres organisasjonskultur, som forankrer deres refleksjoner i tause kulturelle forståelser.

I følge Røvik (1998) er identitet et selvilde som også rommer bildet av andre og det bildet en oppfatter andre har av en selv. Identitet er altså ikke noe håndfast som man kan se, høre eller ta på, men er alt av ideer og forestillinger som gir mening.

3.3.4 Dysfunksjoner innen organisasjonsdynamikk

Når organisasjonsdynamikken er balansert mellom påvirkning av kultur og image oppstår det en sunn organisasjonsidentitet som samordner interessene og aktivitetene til alle relevante interessenter. Når kultur og image blir atskilt kan det oppstå dysfunksjoner. Dette skjer når linkene mellom kultur og image blir ignorert eller fornektet og ikke vurdert i sammenheng, men heller sett på hver for seg. Altså enten konstruerer man identitet i relasjon til organisasjonskultur eller interessentenes tankebilder, men ikke til begge i like stor grad. Når dette oppstår er organisasjonen sårbar for en av de to dysfunksjoner: narsissisme eller hypertilpasning. Organisatorisk narsissisme oppstår når organisasjonen tar for lite hensyn til interessentene, noe som medfører at organisasjonen vil tape interesse og støtte fra sine eksterne interessenter. Det motsatte problemet er å ta for mye hensyn til interessentene, som betyr å gi interessentene for mye makt over organisasjonens selvdefinisjon at kulturen blir ignorert eller oppgitt. Organisasjonen kan risikere å gi så mye oppmerksomhet at de mister følelsen av hvem de er.

3.4 Klassifisering og kategorisering

Ifølge Mead (1934) er identitet den samlingen av meninger og overbevisninger som skal svare på spørsmålet "Hvem er jeg?". Organisasjonsidentitet har blitt kombinert med sosial identitetsteori for å kaste lys på prosessen hvor individer identifiserer seg med organisasjoner. Sosial identitetsteori springer ut ifra et sosial- psykologisk perspektiv, basert på forskning av Tajfel og Turner (1979). Denne tilnærmingen fokuserer i hovedsak på sosial identitet som identifikasjon med grupper. Sosialisering, rollekonflikter og intergrupperelasjoner er begreper som i stor grad blir anvendt innenfor denne tilnærmingen. I følge Ashforth og Mael (1989) klassifiserer vi oss selv og andre inn i ulike sosiale kategorier, eksempelvis religion, alder, medlemskap osv. Denne kategoriseringen baserer seg i hovedsak på abstrakte karakteristikker av prototyper som tilhører de ulike kategoriene (Ashforth og Mael, 1998). Selve

klassifiseringer har to funksjoner som baserer seg på kognitiv segmentering og sosiale omgivelser. Klassifisering gjør det også mulig for individer til å lokalisere eller definere seg selv inn i sosiale omgivelser, som utgjør den andre funksjonen. Dutton, Dukerich og Harquail (1994) uttrykker at vi definerer oss selv med grupper eller organisasjoner som likner en selv. Det er derimot gjort lite forskning på hvorfor vi definerer oss selv til noen fremfor andre. I følge Elsbach (1998) utvikler et individs identitet seg som en langvarig link til den samme gruppen, der ens identitet gir inntrykk av å være forskjellig over tid.

Ashforth og Mael sin forskning på 1970 og 80-tallet utvider det teoretiske rammeverket tilknyttet grupperelasjoner, ved å poengtere at det kan oppstå favoriserende lukkede grupper/felleskap bare ved at gruppen utvides med kun en person, noe det teoretiske rammeverket tidligere ikke kunne stadfeste. Denne gruppedannelsen er ikke avhengig av mellommenneskelige likheter eller linker, og kan til og med oppstå når det ikke er noen interaksjon mellom gruppemedlemmene.

Frem til slutten av 1980-tallet uttrykte mange teoretikere innenfor identitetsteori, deriblant Mead (1932), Cooley (1902), Goffman (1959) og Ericson (1964), at individet lærer å tilegne seg selv sine sosiale konstruerte betegnelser, gjennom personlig og symbolsk interaksjon med hverandre. Der identitet blir betraktet som et relasjonelt og komparativt konsept (Tajfel og Turner, 1979). Ericson (1964) tilføyde det teoretiske rammeverket en viktig dimensjon ved å påpeke at identitet ikke bare utgjør en måte å se seg selv eller klassifisere seg selv atskilt fra andre, men ser samtidig seg selv i sammenligning til de individer man assosierer seg selv med, og de man ikke assosierer seg med. Gioia (1998) påpeker i den sammenheng at det er en fin balansegang mellom det å identifisere seg selv når man er en del av en gruppe, men samtidig ønsker å skille seg fra dem. Individuell identitet kan av den grunn betraktes som en tvetydig prosess. Ifølge Brewer og Gardner (1996) var sosialpsykologiske teorier om ”jeg” inntil nylig fokusert på individets selvbilde, personens unike identitet differensiert fra andre. Imidlertid har de nye krysskulturelle perspektivene skaffet en ny interesse i forhold til de sosiale aspektene ved ”jeg”, og hvorvidt man definerer seg selv ut i fra forholdet man har til andre og til ulike sosiale grupper. Det sentrale i dette perspektivet er ideen om at sammenhengen og samhørigheten ikke bare er tilknytninger eller allianser mellom ”jeg” og andre, men det medfører fundamentale forskjeller i måten jeg er konstruert. Individer forsøker å identifisere seg selv i forhold til hvor fordypet de er i forholdet til andre og med større kollektiver, og de utvinner mye av sine selvrealiseringer fra slike sosiale identiteter. Ut i fra det som er beskrevet hittil kan man se et skille mellom et

individuelt/personlig selv der man differensierer seg selv fra andre, og et relasjonelt/sosialt selv som viser til aspektene ved selvkonseptet som reflekterer tilpasningen til andre eller signifikante sosiale grupper. På individnivå hevder sosial identitetsteori at personer som tilhører en rekke grupper vil oppleve at deres sosiale identitet bestående av en blanding av ulike identiteter kan være i konflikt med deres personlige identitet (Ashfort og Mael, 1989).

3.5 Ulike identitetsformer

Kollektive identiteter kan utvikles på tross av at det ikke er noe krav til personlig forhold mellom medlemmene i gruppen. *Sosial identitet medfører at man får en avpersonifiserende følelse av seg selv*” (Brewer og Gardner, 1996:67). Det innebærer et skift i retning av at oppfatningen ”selv/jeg” handler i form av den sosiale kategorien man befinner seg i, fremfor å oppfatte seg selv som en unik person.

De ulike aspektene ved selvet viser til de ulike omfattende nivåene i forhold til konseptualiseringen av ”jeg” – skiftet fra ”jeg” til ”oss” som er selve ”kontrollpunktet” for selvdefinisjonen. Ideen om det sosialt utvidede ”jeg” går lengre enn oppfattet likhet og andre relasjonelle koblinger som finnes mellom seg selv og andre (Brewer og Gardner, 1996). Det utstrakte ”jeg” betyr at grensene som omhandler jeget er tegnet på nytt, og innholdet er fokusert på de ulike karakteristikker som gjør en til en god representant for gruppen. De mest fremtredende trekkene ved selv-konseptet er de som oftest blir delt med andre medlemmer i gruppen når kollektive identiteter blir aktivert ifølge Brewer (1991).

Foreman og Whetten (2002) påpeker i denne sammenhengen at organisasjonsmedlemmer kan inneha flere identiteter som stammer fra det å tenke på og å relatere seg til organisasjonen på fler abstraksjonsnivåer. Individuer kan ha forskjellige og konkurrerende identitetsforventninger på tvers av de ulike nivåene av identitet. De legger frem ideen om at et medlem sammenligner hennes eller hans oppfattelse om bedriftens nåværende identitet med den identiteten man ser på som ideell. Det resulterende gapet som vil eksistere mellom nåværende og ideell identitet vil da påvirke medlemmets involvering i organisasjonen. Innenfor det teoretiske rammeverket har det blitt stilt spørsmål ved om disse sammenligningene har påvirkning i form av endret holdning og oppførsel i forhold til blant annet internalisering, samarbeid, akseptering av endring, forpliktelse, oppreisning og utskiftning av ansatte (Ashforth og Mael, 1989).

Albert og Whetten (1985) mener organisasjoner bruker identitet som et konsept for å karakterisere seg selv. Identitet kan fremkomme i ulike klassifikasjoner, bl.a. som individuell, dobbel eller multiple identiteter. Individuell identitet blir ofte linket opp mot identifikasjon, ved at man kan kjenne igjen selskapet basert på identiteten. Identitet blir av Albert og Whetten (1985) brukt som et selvreflekterende spørsmål. Videre hevder de at spørsmålet om identitet oftest kommer opp når det skal foretas valg som har konsekvenser i en viss grad. I disse situasjonene kan man ofte oppleve at noen stiller identitetsspørsmålet; Hvem er vi? Hvilken type virksomhet er det vi driver med? En organisasjonsidentitet har over tid også en tendens til å utvikle seg i bedrifter til å bli tosidig.

3.6 Forholdet mellom tekniske og ikke – tekniske elementer

Aktørnettverksteori (ANT) er et teoretisk rammeverk utviklet av sosiolog Michel Callon og sosialantropolog og filosof Bruno Latour, med et ønske om å overkomme skillet mellom teknologi og samfunn (Monteiro, 2000). ANT som blir beskrevet i den følgende teksten baserer seg av den grunn på Callon (1986), Latour (1991) og Monteiro (2000). Rammeverket tilbyr et språk som beskriver hvor, hvordan og i hvilken grad teknologi influerer på menneskelig/organisatorisk oppførsel og omvendt. Med andre ord et sett med begreper brukt til å beskrive kontakt og interaksjonen mellom mennesker, organisasjon og teknologi mer presist. Teorien baserer seg på at maskiner og mennesker bør bli behandlet som likeverdige. Et aktørnettverk kombinerer både tekniske og ikke-tekniske elementer. Det er forholdet mellom disse elementene som er vesentlig, ikke egenskaper hos aktørene.

En aktør betraktes innenfor denne teoretiske tilnærmingen som ethvert element som gjør andre elementer avhengig av seg. Et aktørnettverk består av alle faktorene som må ”stemme” for at man kan utføre en bestemt ting, eksempelvis kjøre en bil. Forståelse for de ulike aktørene får man i lys av nettverket. En aktør vil alltid forsøke å identifisere allierte som man kan ha en påvirkning på og vise at deres interesser er ens egne. Et aktørnettverk kan med andre ord betraktes som heterogene nettverk av sammenstilte interesser. Prosessen med å skape et slikt nettverk består av tre trinn, uttrykt som en oversettelsesprosess. Først vil man definere identiteter og interesser fra andre aktører som er i samsvar med aktørens egne interesser. Neste steg er å overbevise andre aktører om å akseptere definisjonen av interessene til aktøren. Tredje steg er å akseptere interessentene i nettverket. Meningsdanningen forgår innen nettverkene, hvor man kan stå ovenfor dagens inskripsjoner eller dannelse av nye.

Inskripsjon er en prosess hvor man referer til hvordan tekniske gjenstander former bruksmønstre, en prosess hvor ikke-menneskelige elementer skapes for å sikre en aktørs interesser. Dette kan eksempelvis være en jobbrutine, et regelverk, en prosedyre osv. Styrken på inskripsjonen, om man følger dem eller unngår dem, avhenger av irreversibiliteten² til aktørnettverket de er inngravert i. På den annen side er oversettelsesprosessen en forhandlingsprosess hvor det foregår en kontinuerlig interessekamp mellom aktørene for at de skal kunne vokse seg større. Med andre ord innebærer prosessen alle forhandlinger, intriger, kalkuleringer, oversettelsesstrategier og maktutøvelser som foregår mellom de ulike aktørene.

Samfunnsfagene har over lang tid prøvd å definere maktrelasjoner, men har hatt problemer med å forstå hvordan påvirkning oppstår. Teoretikerne omtaler organisasjoner som et uttrykk for maktfordeling mellom personer og grupper i et sosialt system (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Dette gjenspeiler fellestrekkene i de mange definisjonene på makt, der makt dreier seg om en påvirkning mellom personer eller aktører (Christensen og Jensen, 2008). Makt er derimot et av de vanskeligste fenomener å forstå, da det både er synlig, og usynlig, utøvet og foregrepet, ettertraktet og avskydd (Engelstad, 2005). Makt påvirker blant annet mye av vår forståelse av et samfunn eller hvordan en organisasjon skal fungere. Makt er altså sterkt involvert i de fleste funksjoner som skjer i en organisasjon, på både et bevisst og ubevisst plan. For å kunne forstå makt må man da forstå personene, relasjonene, omgivelsene og de ulike interessentene som påvirker et maktforhold.

ANT kan således hjelpe til med å skaffe en forklaring på maktbegrepet. For å forstå makt må man forstå påvirkning. ANT utvider den teoretiske forståelsen av makt, ved å sette de sosiale relasjonene inn i den teknologiske sammenhengen de oppstår i. Ut ifra ANT analyseres de ulike nettverkene som oppstår i disse relasjonene. På den måten blir makt ikke en egenskap ved en privatperson, men at mennesker oppnår makt gjennom å bygge nettverk som ivaretar deres interesser best mulig. Makt er en dynamisk sekvens der den ikke er tildelt en bestemt posisjon og man må kjempe for å opprettholde den lengst mulig. Nettverket søker alltid etter å stabilisere seg, og nettopp ved å gjøre dette, kan man sikre sjansen for aktørens eksistens og utvikling. Stabilitet hviler på aktørens evne til å oversette andres interesser til ens egne. En maktposisjon må hele tiden bearbeides for å opprettholdes. Et aktørnettverk kan dermed ses på som en maktposisjon. Innen nettverket foregår det en kontinuerlig oversettelsesprosess mellom de ulike aktørene for å opprettholde stabiliteten og den sosiale

² Hvordan oversettelsene mellom aktør-nettverk gjøres varig – hvordan de kan motstå angrep fra konkurrerende oversettelsesprosesser (Monteiro, 2000).

orden. En aktør vil av den grunn ikke eksistere uten et nettverk. Det påpekes at stabilitet avhenger i stor grad av makten den enkelte aktør har i form av sin posisjon i sitt nettverk. Opprettholdelsen av stabilitet kan bli vanskeligere dersom nettverket vokser seg større.

På et overordnet nivå uttrykker Christensen og Jensen (2008) at makt kan skilles mellom en substansiell og relasjonell maktforståelse. Substansiell makt dreier seg i hovedsak om at aktører benytter ressurser til å ”vinne” over andre aktører, i form av kunnskap, status, interesser og evne til å skape allianser. Den relasjonelle makten oppstår derimot i det sosiale samspillet mellom aktører, som fokuserer på hvordan aktørens interesser og virkelighetsoppfatninger hele tiden påvirkes av relasjoner til andre mennesker. Det innebærer å forstå hvordan aktører som har en sosial relasjon til hverandre påvirker hverandres virkelighetsoppfattelser. Mer presist oppstår den relasjonelle makten når det skjer en transformasjon av aktørens virkelighetsoppfattelse. I en slik situasjon må man forstå hvilke aktører som innehar posisjoner som omtales som et obligatorisk passasjepunkt. Det være seg aktører med posisjoner som definerer og forvalter det som oppfattes som ”sann kunnskap” og kan definere virkeligheten.

Institusjonell makt er et eksempel på den relasjonelle maktdimensjonen der man må ha forståelse for hvordan ansatte har opparbeidet seg erfaringer og rutiner over tid, som har dannet seg som en kollektiv forståelse som ingen stiller spørsmål til (Christensen og Jensen, 2008). Dette kan knyttes til begrepet blackbox innenfor ANT. Kort forklart kan begrepet forklares som de ”tingene” som man ikke lenger trenger å ta i betraktning og stille spørsmål ved.

Utover utfordringer knyttet til størrelse på nettverk, henviser ANT til at det også finnes mange ulike nettverk. ANT tar for seg hvilke typer nettverk som finnes – hvordan de ulike nettverkene ser ut, som igjen avgjør hvem man vil ha med. Nettverksdannelse som skjer i et ANT perspektiv preges av skjulte agendaer og lukkede nettverk (Kirkebak, 2000). Aktører har ulike strategier de ønsker å gjennomføre, også kalt programmer, hvor andre har anti-programmer. Et anti-program baserer seg på å motarbeide andres program for å nå andre mål. Teknologi blir gitt mening i form av å legge føringer på hvordan den skal forstås og brukes. I slike situasjoner har brukerne alltid muligheter til å omgå dette, ved at de legger en annen mening til teknologien. For å nøytralisere og involvere potensielle opponenter i nettverket vil utfordringen i følge Kirkebak (2000) være å åpne opp prosesser, preget av tillit, initiativ, involvering og engasjement.

3.7 Organisasjonen som et komplekst system

En forståelse av organisasjonen som et komplekst system finner vi også hos March (1994) som viser til at organisasjoner er en sammensetting av individer med ulike interesser, kompetanse, identiteter, roller og oppfattelser. Ifølge Haslebo (2004) har rollebegrepet en lang historie innen sosialpsykologien. Når rollebegrepet blir brukt innenfor organisasjoner pleier man ofte å skille mellom rolle og person. Haslebo (2004) antyder viktigheten av hvordan rolle og person kan og skal henge sammen for at arbeidet skal bli gjennomført og at man som organisasjonsmedlem føler seg som en del av den organisatoriske konteksten. Jobbfunksjonen bestemmes ofte av den formelle organisasjonen og beskrives ut fra arbeidsoppgaver, ansvar og beslutningskompetanse. Personen som ansettes i en bestemt jobbfunksjon vil derimot ha flere ulike roller innen organisasjonen. Til hver av de ulike rollene man innehar knytter det seg en mengde forventinger og normer for en atferd. I noen organisasjonskulturer er det viktig at rollen er tydelig og veldefinert for den enkelte leder eller medarbeider. I følge Haslebo (2004) gjelder dette i store deler av den offentlige sektor.

Atferd hos ansatte er ikke like lett å forutsi, selv om de utfører arbeidsoppgaver etter et sett med regler og prosedyrer. I følge March (1994) blir beslutninger tatt på bakgrunn av ens egen fortolkning av situasjonen, hvem man er og hvilke antakelser man har av hva som forventes av en selv. Denne tilnærmingen kan knyttes til Carlile (2004) sin teori om den syntaktiske, semantiske og pragmatiske tilnærmingen til kunnskap. Ifølge Carlile (2004) baserer den syntaktiske tilnærming seg på overføring av kunnskap. Her er man av den oppfatning at så lenge man pøser ut nok informasjon, så blir alle godt nok informert til slutt, man må bare si det mange nok ganger. Den semantiske tilnærmingen baserer seg mer på hvordan kunnskap oversettes. Overgangen fra et syntaktisk til et semantisk nivå skjer når en ny setting gjør forandringer, og avhengighetene blir uklare eller noen meninger tvetydige. Med andre ord viser den semantiske tilnærmingen til at et budskap kan tolkes på ulike måter ut i fra at alle har ulike erfaringer og historikk (Carlile, 2004). Innenfor den pragmatiske tilnærmingen tas det også høyde for at ulike interesser kan påvirke våre tolkninger. En aktør vil av den grunn ha mange identiteter, som skifter i forhold til hvordan konteksten endres. Enhver handling baserer seg da på spørsmål knyttet til gjenkjennelse - hva slags situasjon er dette, identitet - hvilken type person er jeg, og regel - hva gjør en person som jeg i en slik situasjon (March, 1994). Med andre ord vil en handling alltid springe ut ifra hvilken rolle man innehar i ulike situasjoner. En endring kan altså oppfattes på svært ulike måter.

3.8 Dannelse av ny arbeidspraksis

Med inspirasjon fra Berger og Luckman utviklet Hepsø (2005) en modell for å vise hvordan en endring kan bli institusjonalisert og legitim (vedlegg 1). Internalisering omfatter alt som har påvirket en til å bli den personen man er. Videre påvirker den vår eksternalisering, i form av at alt vi gjør, sier og signaliserer mer eller mindre bevisst, har bakgrunn i hvem vi er og hvordan vi forstår ting. Utgangspunktet for institusjonalisering er at en stor del av menneskelig atferd over tid faller inn i et fast mønster. Vi utfører handlinger slik vi har erfart dem tidligere, handlingene blir derfor kontinuerlig gjentatt inntil de blir ”den riktige måten” å gjøre ting på (Busch, Johnsen, Valstad og Vanebo, 2007). Dette etablerer seg da som institusjonaliserte praksiser, som ofte sprer seg til hele grupper, som sterkt forankrede oppfatninger. For at praksisen som er institusjonalisert skal kunne bli varig må den legitimeres ifølge Berger og Luckman (1966). Praksisen må både erkjennes og aksepteres, av både de personene det gjelder og omverden. I følge Wenger (2004) må man da forstå meningskonstruksjonene og praksisfellesskapene der meninger dannes for å forstå en organisasjon. De påfølgende avsnitt frem til 3.9 er i hovedsak basert på Wenger (2004).

3.8.1 Identitetsdannelse innefor sosial læringsteori

Praksis betraktes som handling i en historisk og sosial kontekst, som danner mening og gir struktur til det vi gjør. Begrepet knytter seg med andre ord til hva som oppleves som meningsfylt i en organisasjon. Dette omfatter både det vi sier og det vi ikke sier, det vi gjør og det vi trakter etter, det vi vet og det vi kan uttrykke. Mening er en lokalisert prosess som kalles meningsforhandling. Denne meningsforhandlingen skjer i et praksisfellesskap hvor personer utvikler, forhandler og deler sine teorier og måter å forstå verden på.

Meningsforhandling blir av den grunn ofte betegnet ved at man søker en enighet mellom mennesker. Forhandlede meninger er på samme tid både historisk og dynamisk, kontekstuell og unik. Forhandlinger foregår kontinuerlig, som involverer interaksjonen mellom to utgjørende prosesser, deltakelse og reifikasjon.

Deltakelse beskriver den sosiale erfaringen av å leve, der man er medlem i et sosialt samfunn og involveres aktivt i sosiale virksomheter. Deltakelse er en del av hvem man er og utgjør en del av vår identitet som man alltid bærer med seg, både personlig og sosialt. Prosessen er å betrakte som kompleks, da den kombinerer handling, samtale, tenking, følelse og tillitsforhold. Deltakere i et praksisfellesskap har muligheten til gjensidig gjenkjennelse av andre deltakere, som innebærer at man har gjensidig mulighet til å forhandle mening. Fysiske gjenstander blir av den grunn ikke inkludert som en deltaker i et praksisfellesskap.

Reifikasjon dreier seg derimot om hvordan fysiske gjenstander blir gitt meninger i et fellesskap og skaper våre erfaringer. Begrepet er meget nyttig til beskrivelse av vårt engasjement i en verden som meningsproduserende. Et hvert praksisfellesskap skaper abstraksjoner, symboler, uttrykk og begreper der reifikasjon er en del av denne prosessen i stivnet form. Som oftest skjer reifikasjon utenfor det lokale fellesskapet, men må på den annen side gis mening lokalt. Selv om deltakelse har med mennesker å gjøre, og reifikasjon har å gjøre med objekter, kan man ikke betrakte dem hver for seg i betegnelsen av mening.

3.8.2 Sammenhengen mellom identitet og praksisfellesskap

Identitet består av å forhandle meninger i forbindelse med vår opplevelse av medlemskap i sosiale fellesskap. På den annen side omfatter identitet både vår evne og vår manglende evne til å skape meninger, eller definere våre fellesskap og våre måter å høre til på. Identitet benyttes som et begrep til å fokusere på personen uten å ta utgangspunkt i det individuelle selv. Innenfor denne tilnærmingen tjener identitet som en akse mellom det sosiale og det individuelle. Hver eneste deltakelse - og reifikasjonsprosess avspeiler den gjensidige konstruksjonen mellom individer og kollektiver, fra det mest offentlige til det mest private. Praksis, språk, artefakter og virkelighetsoppfatninger avspeiles av sosiale relasjoner. Vi forstår selv våre mest private tanker ved å benytte bilder, begreper og perspektiver i kraft av vår deltakelse i det sosiale fellesskapet.

Utviklingen av en praksis krever en dannelse av fellesskap, der medlemmene kan inngå i et gjensidig forhold og anerkjenner hverandre som deltakere. Dannelse av et praksisfellesskap kan med andre ord betraktes som forhandling av identitet. Identitet blir på sin side betraktet som en forhandlet opplevelse, basert på at vi definerer hvem vi er, ut ifra de måter vi opplever oss selv gjennom deltakelse og hvordan vi og andre tingliggjør oss selv. Opplevelsen av å være deltaker gis i form av engasjement i praksis og tingliggjør oss som deltakere ved at praksisfellesskapet legger merke til engasjementet. Det er måten vi ser verden på som utgjør opplevelsen av identitet i praksis. Hva andre mener eller sier om oss påvirker måten vi lever på, slik Cooley (1902) og Mead (1934) uttrykker det, men det utgjør ikke identiteten alene. Identitet i praksis kan ikke bare defineres som sosial, da den er tingliggjort i en sosial diskurs om selvet, kombinert med at den produseres som en levende deltakelsesopplevelse i spesifikke fellesskaper.

Vi definerer hvem vi er ut ifra det kjente og ukjente i situasjoner, når identitet betraktes som medlemskap av et fellesskap. Praksis definerer et fellesskap gjennom tre dimensjoner: gjensidig engasjement, en felles virksomhet og et felles repertoar. I et

praksisfellesskap utvikler vi bestemte forventninger om hvordan vi skal interagere, hvordan folk behandler hverandre samt hvordan man samarbeider. Med andre ord lærer man bestemte måter å handle på sammen med andre mennesker i et praksisfellesskap. Sett fra en annen side vil ikke alle medlemmer forstå verden på samme måte. Identitet vil i en slik situasjon gi seg til kjenne i form av bestemte tolkninger, involvering i bestemte handlinger og verdsetting av bestemte virksomheter. Over tid vil et praksisfellesskap danne et felles språk, handlinger og artefakter, som kan betraktes som et repertoar.

Identitet betraktet som en læringsbane innebærer derimot at man definerer hvem man er ut ifra hvor vi har vært og hvor vi er på vei hen. Slik det er nevnt ovenfor utspringer identitet fra samspillet mellom deltakelse og reifikasjon. Identitetsdannelse foregår av den grunn hele tiden, og kan ikke betraktes som en konstant tilværelse. Som en følge av å være i konstant bevegelse danner identiteten baner i og mellom praksisfellesskap, ettersom man i denne prosessen går igjennom en rekke deltakelsesformer. Begrepet bane blir i denne sammenhengen betraktet som en kontinuerlig bevegelse, som forbinder fortid, nåtid og fremtid. Identitet oppstår som en følge av baner fra fortiden og fremtiden, som danner en kontekst i forbindelse med selve forhandlingen av nåtiden.

I situasjoner der man betrakter identitet som tilhørighet til mange medlemskap definerer vi hvem vi er ut ifra de måter vi forener våre forskjellige typer medlemskap i en identitet. Medlemskap i et praksisfellesskap utgjør kun en del av vår identitet. De ulike parallellene utgjør et analysenivå, der identitet og praksis kan betraktes som et speilbilde av hverandre. Jfr. March (1994) sin uttalelse om at en handling alltid springer ut ifra hvilken rolle man innehar i ulike situasjoner.

3.8.3 Deltakelse og ikke-deltakelse

Identitet kan kun skapes gjennom de praksiser som vi engasjerer oss i, men samtidig definerer vi oss selv gjennom praksiser vi ikke engasjerer oss i. Våre identiteter formes på den måten som en kombinasjon av både deltakelse og ikke-deltakelse i praksisfellesskap. I dette tilfelle er det betydningen av hvordan deltakelse og ikke-deltakelse definerer hverandre i et samspill som er viktig. Kombinasjonen av ikke-deltakelse og deltakelse som utgjør identitet, avspeiler vår makt som individer og fellesskap til å definere og påvirke våres relasjoner til verden for øvrig. ”På den måten former identitet fundamentale aspekter av våre liv tilknyttet hvordan vi plasserer oss i et sosialt landskap, hva vi interesserer oss for, og hva vi neglisjerer, hva vi forsøker å forstå, og hva vi velger og ignorerer, samt hvordan vi engasjerer og styrer vår energi” (Wenger, 1998; 195). Overnevnte aspekter er da ikke en del av våre personlige valg,

men innebærer dannelse av valg innenfor fellesskap. Ikke – deltakelse er forankret i de ting vi gjør hver dag, tilknyttet hvordan og hvorfor vi gjør dem.

For å få en forståelse av identitetsdannelse og læringsprosesser vil det være nyttig å se på tre forskjellige måter å høre til på: engasjement, fantasi og innordning. Engasjement innebærer å ha aktiv deltakelse i felles meningsforhandlingsprosesser, en tredelt prosess som utgjør foreningen av en vedvarende meningsforhandling, dannelse av baner og utvikling av praksishistorier. Engasjement oppstår i en forening av de tre prosessene, og blir til en bestemt form for tilhørighetsforhold og en kilde til identitet. Med andre ord utgjør engasjement vår umiddelbare opplevelse av verden, måter vi interagerer med andre og hvordan disse relasjonene avspeiler hvem vi er. Fantasi er den viktigste bestanddelen av vår opplevelse av verden. Fantasi betraktes i denne sammenhengen som en kreativ prosess i forbindelse med produksjon av nye ”bilder” og skapelse av nye relasjoner i tid og sted, som blir konstitusjonerende for personene. Med andre ord er fantasi forbundet med produksjon av bilder av seg selv og verden, som bygger på våre egne erfaringer. Videre påpekes det at fantasi ikke er en individuell prosess, men forankret i sosiale samspill og felles opplevelser. Begrepet indikerer en måte å høre til en sosial verden som alltid er forbundet med å utvide virkelighetens og identitetens rammer. Innordningsprosessen forbinder tid og sted, hvor deltakerne blir knyttet sammen gjennom koordinering av sine energier, handlinger og praksiser. Prosessen betraktes som en bredere horisont av handling som ikke er forbundet med engasjement og fantasi. Denne prosessen er et viktig aspekt, da den forbinder og derved øker effekten av våre handlinger. Innordning kan betraktes som styring og kontroll av energi, i form av makt.

3.9 Identifikasjon

Identifikasjon er et av de få begrepene som spenner over grensene mellom individ og organisasjon, og gjør det mulig å forstå hvordan individer er innvevd i større kollektiver (Albert, Ashforth, Barker, Dukerich, Elsbach, Glynn, Harquail, Kramer og Parks, 1998). Ved å se på hvordan individer definerer seg selv som en del av et kollektiv kan vi forklare hvordan de tenker, føler, og opptre i en sosial setting.

Identifikasjon blir av Wenger (2004) betraktet som en prosess hvor vår identitet blir bestemt ut ifra forskjellige måter å høre til på. I følge Bovim (2010, kap.7;1) er identifikasjon ”*et resultat av en kognitiv selvkategoriseringsprosess, hvor den enkelte kommer til å plassere seg*

selv og se på seg selv som en del av sosial gruppe og som en representant for denne gruppens prototype... ”. Identifikasjon i organisasjoner viser til en mekanisme hvor ansatte tingliggjør organisasjonen og føler seg lojal og forpliktet til den i seg selv (Ashforth og Mael, 1989). Med andre ord er en identifikasjonsprosess både relasjonell og opplevelsesmessig, subjektiv og kollektiv på samme tidspunkt (Wenger, 1998). Relasjoner betraktes i denne sammenhengen som det som former hva vi er og hva vi ikke er, som innebærer både deltakelse og ikke-deltakelse. Identifikasjon kan av den grunn ikke bare ses på som en relasjon mellom mennesker, men mellom deltakere og elementer som utgjør deres sosiale eksistens, herunder andre deltakere, handlinger, artefakter, sosiale konfigurasjoner osv.

Forhandling gjennom engasjement omfatter både produksjon av forslag til meninger og godkjenning av disse forslagene. I noen situasjoner vil denne prosessen henge tett sammen, men kan i andre situasjoner være adskilt fra hverandre. Medlemmer som føler at sine meninger ikke blir godkjent kan da oppleve en ikke – deltakelse i fellesskapet. Fantasi betraktes i følge Wenger (2004) som en annen mulighet til å tilegne seg meninger. Historier er et godt eksempel på dette, da de kan overføre våre erfaringer fra opplevde situasjoner til fremtidige situasjoner. Slike historier blir av den grunn ofte en del av vår identitet og blir til et sterkt kommunikasjonsmiddel. I likhet med hvordan man i følge Wenger (2004) må betrakte identifikasjon som en sosial prosess, må man også betrakte fantasi i tilknytning til et fellesskap og ikke som en individuell prosess. Innordning er som nevnt tidligere et begrep som knytter seg til identifikasjon og forhandling, og kan betraktes som et middel til å danne meningseierskap i fellesskap. Hittil er det vist til at identifikasjon og forhandling er to prosesser som sammen utgjør identitet. Med hensyn til identitet betraktes medlemskap av den grunn som både aktiverende, i form av å være en ressurs og begrensende, betraktet som en omkostning.

Samspeillet mellom identifikasjon og forhandling trekker igjen inn aspektet med makt, i den forstand som en egenskap ved sosiale fellesskaper. På den ene siden henvises det til at identitet er makten til å være en bestemt person ved å høre til et fellesskap. På den annen side påpeker Wenger (2004) sårbarheten ved å identifisere seg, høre til og være en del av et fellesskap, som er med på å definere hvem vi er som personer og hvem som har innflytelse på oss. Makt blir etter denne oppfattelsen betraktet til å ligge i spennet mellom identifikasjon og forhandling. Identifikasjon og forhandling er slik det er nevnt ovenfor nødvendig for identitetsdannelse. Ved å inkludere makt og tilhørighetsforhold vil det gi oss en inngående måte å betrakte en person som en sosial konstruksjon. Wenger (2004) påpeker at

identifikasjon eller forhandling verken er en kollektiv eller individuell prosess. På den annen side danner det seg som et samspill, der det kollektive og det individuelle definerer en mening, som en opplevelse av identitet.

3.9.1 Sosial identitetsteori

Turner (1984) introduserte begrepet ”psykologiske grupper” basert på forskningen til Ashforth og Mael (1979). Begrepet defineres som ”*en samling av mennesker som deler den samme sosiale identifikasjonen eller definerer seg selv på de samme vilkårene av det samme sosiale medlemskapet*” (Turner 1984: 540). Sosial identitetsteori utvider det teoretiske rammeverket tilknyttet identitet og grupper. I tilfeller med konkurranse blir gruppens linjer skarpere, verdier og normer mer fremhevet og deres ulikheter blir mer presisert. Mer spesifikt viser Ashforth og Mael (1989) til at sosial identitet primært opprettholdes av sammenlikninger mellom grupper, der gruppene søker å differensiere seg fra hverandre. Grupper har på den måten stor interesse i å danne større forskjeller og distanse mellom hverandre, enn hva som egentlig er tilfelle (Turner, 1984). Tidligere har grupper blitt assosiert med de tradisjonelle forutsetninger som knytter seg til likhet, historie og delte mål. Sosial identitetsteori bryter med disse forutsetningene ved å uttrykke at forutsetningene ikke er nødvendig for at identifikasjon kan oppstå. I følge Ashforth og Mael (1989) er det tilstrekkelig med kategorisering for at identifikasjon skal oppstå.

Foreman og Whetten (2002) ser på organisasjonsidentifikasjon som en sammenligningsprosess mellom hva medlemmer oppfatter identiteten til det spesielle selskapet til å være, og hva medlemmene ønsker det skulle ha vært. På denne måten blir identifikasjonsnivået mer samsvarende mellom medlemmenes identitetsoppfatninger og forventninger. Med andre ord er identifikasjon en overensstemmelse mellom organisasjonsmedlemmenes forventninger til og persepsjonene av identitet (Foreman og Whetten, 2002). Harquail (1998) påpeker i denne sammenhengen at emosjoner og atferd også har en viktig rolle ved identifikasjon. Ut ifra denne teoretiske synsvinkelen må man for å forstå identifikasjon inkludere en persons tanker, følelser, handlinger.

3.10 Profesjonsidentitet

3.10.1 Sosial identitet bestående av flere lag

Med en oppfatning av at vi kategoriserer personer inn i grupper, gjennomførte Pratt og Rafaeli (1997) en studie på et sykehus for å se hvilken betydning arbeidsantrekk som et kontekstspesifikt symbol har for sosiale identiteter med flere lag. Symbol som i denne sammenhengen dreier seg om arbeidsklær viser seg å ha to nøkkelfunksjoner; det forsvaret kontroll og bringer med seg identitet. Meningen arbeidsklær gis i en organisasjon kan av den grunn være ulike fra andre organisasjoner. Milward (1995) har med en liknende studie avdekket at det fantes to typer profesjonell identitet blant sykepleierne. Profesjonell identitet baserer seg i følge Pratt og Rafaeli (1997) på hva som er deres status, og hvem som tar avgjørelsene. Tidligere antakelser om en enhetlig identitet som baserer seg på at symboler representerer et sett av organisatoriske verdier ble utfordret som en følge av overnevnte forskning. I tilfeller der ansatte opplever raske og store endringer vil det kunne oppstå en rekke ulike spørsmål og ulike symbolske meninger blant de ansatte (Pratt og Rafaeli, 1997). Meningene som deles blir da en del av organisasjonens identitet og kulturen, noe som indikerer at det oppstår flere ulike identiteter internt i en organisasjon. Som et resultat av deres forskning vil et symbol som et arbeidstrekk kunne være fokuset i kommunikasjon mellom de ansatte, ikke ved at det er så viktig, men på grunn av at det representerer dem.

3.10.2 Profesjoner og deres identitet

Profesjoner er i følge Grimen (2009) politisk konstruerte yrker, som har sin status og kan spille sine roller som følge av at de av forskjellige historiske grunner har oppnådd politisk legitimitet til det de gjør. Ifølge Brante (2009) er profesjoner yrker som baserer sin virksomhet på vitenskapelig forskning. På bakgrunn av dette kan man hevde at så vel leger som ingeniører og arkitekter er i denne kategorien. Edström, Lunde og Matlary (2009) hevder profesjonsidentitet er viktig fordi den setter grenser for hvordan andre aktører som stat, interessegrupper og andre yrkesgrupper kan intervensere. Wackerhausen (2002) uttrykker at profesjonsidentitet kan være en mer eller mindre bevisst oppfatning av hva den gode eller profesjonelle yrkesutøver er. Dette kan sammenstilles med hvordan Sommervold (1997:247) har valgt å definere profesjoner som: *"En yrkesgruppe som ønsker å fremstå som et selvstendig fag og yrke i forhold til andre yrkesgrupper, og med kontroll og autoritet over eget fag og arbeidsfelt"*.

Wackerhausen (2002) påpeker at profesjonsidentitet er et normativt begrep som en person stadig definerer og redefinerer i møte med ulike praksisfellesskap. Dette knytter seg til hvordan ulike profesjoner har ulike myndighetsområder over arbeidsoppgaver, som er gjenstand for stadig forhandling og reforhandling (Abbott, 1988). Som en følge av at institusjonelle rammer er med på å definere betingelsene for de profesjonelles arbeid, vil de profesjonelle søke å kontrollere den institusjonelle påvirkningen (Johansen, 2009). Dette kan blant annet skje gjennom å forsøke å definere arbeidsoppgaver innenfor eller utenfor sin profesjons myndighetsområde. I følge Sommervold (1997) vil defineringen av hvilken yrkesgruppe som har krav og tilgang på et myndighetsområde endre seg over tid. Profesjonsidentitet kan fremstilles som en mer eller mindre bevisst oppfatning av hva den gode eller profesjonelle yrkesutøveren er (Heggen, 2005).

Grimen (2009) hevder man derimot må se profesjonsbegrepet ut ifra fire perspektiver for å kunne forstå hvordan profesjoner fungerer i det moderne samfunn. For det første må man betrakte profesjoner som en organisasjonsform, som kjennetegnes av det Laursen, Moos, Olsen og Weber (2005) uttrykte som kollegialitet. Det være seg at beslutninger blir tatt blant likeverdige parter i et fellesskap (Merton, 1968), nært tilknyttet Wengers teori om meningsdanning i praksisfellesskap. Heggen (2005) stiller her spørsmål ved om et praksisfellesskap eller forhold til en profesjon har mer å si enn man ofte tenker seg, ved at man baserer sine handlinger på å bli anerkjent som «en av deltakerne innenfor fellesskapet». Det andre perspektivet baserer seg på at profesjoner er praksis, forstått som anvendelse av generell kunnskap. Innenfor enhver profesjon krever slik anvendelse i større eller mindre grad utøvelse av skjønn. En person som har rom for skjønnsutøvelse, har også en mulighet til å utøve en kontrollerbar makt over andre, i tilfeller der andre trenger det personen kan tilby. Skjønnsutøvelse blir av den grunn en del av det generelle kontrollproblemet tilknyttet profesjoners virke.

Profesjoner som kollektive aktører utgjør det tredje perspektivet. Innenfor dette perspektivet henvises det til at alle profesjonelle yrkesutøvere har egeninteresse tilknyttet sitt arbeid. Det finnes alltid en potensiell konflikt mellom profesjonenes egeninteresse og allmenne interesser, selv om yrkesutøverne kanskje ikke ser denne konflikten. I slike situasjoner vil de med sammenstillende egeninteresse organisere seg politisk og opptre som aktører i det politiske spillet. I korte trekk legger de premisser på input-siden og iverksetter beslutninger som kommer ut av den politiske prosessen.

Profesjonen uttrykt som en statuskategori utgjør det fjerde perspektivet. Profesjoners ulike grad av prestisje medfører at de profesjonelle yrkesutøverne har forskjellige plasser i et samfunns sosiale lagdeling. I denne sammenhengen kan status forme motivasjon og dermed handlinger. Samlet sett utgjør de fire overnevnte perspektiver på profesjoner et nødvendig bakteppe for å kunne diskutere hva et profesjonsunivers er eller bør være.

3.10.3 Legeyrket som profesjon

Det nærmeste man er kommet av definisjonen på legers profesjonalisering er en deskriptiv tilnærming basert på det legene selv opplever (Legeforeningen.no). I løpet av legers yrkesliv utgjør deres profesjon en livslang prosess med stadig endring. Den medisinske utdanningen benytter som en følge av dette en skjult læreplan eller skjulte agendaer for å danne deres profesjonsidentitet. I følge Edström, Lunde og Matlary (2009) består legenes profesjonsidentitet utover overnevnte momenter også av både kompetanse og karakter.

4.0 Metode

Vi ønsker i dette kapitlet å presisere og begrunne de metodevalg som er foretatt i avhandlingen. Det vil først bli gitt en presentasjon av vår vitenskapelige tilnærming for avhandlingen, for så å forklare mer inngående valg av forskningsdesign, metode og gjennomføring av intervjuene. I følge Jacobsen (2005) vil valg av datainnsamlingsmetode ha effekt på hvilke resultater som fremkommer fra en undersøkelse. I forkant av datainnsamlingen må man da være klar over hvilke konsekvenser ulike valg vil ha, og hvordan de vil påvirke resultatene. I denne situasjonen må man kjenne til at virkelighet og sannheter, samt hvordan man bør gå frem i datainnsamlingen for å få en best mulig tilnærming til virkeligheten, betraktes på ulike måter (Jacobsen, 2005). Metodevalg inngår som en del av vitenskapsteorien som uttrykkes av Nyeng (2004) til å være en teori om teoriene. Vitenskapsteorien har fra tidenes morgen vært opptatt av å forklare (naturvitenskap) og forstå (menneskevitenskap) den verden vi lever i. Wilhelm Dilthey har uttalt at ”*naturen forklarer man, mennesker forstår man*” (Nyeng 2004: 72) Dette har gitt seg utslag i en mengde forskjellige tankemåter og metoder for best å besvare de ulike tilnærmingene. I korte trekk sier vitenskapsteorien noe om forholdet mellom teori og empiri, som gjør oss i stand til å reflektere over og erkjenne utgangspunktet for de teorier vi velger å se verden i lys av (Nyeng, 2004). På den måten hjelper vitenskapsteorien til å skape en mer helhetlig forståelse av forskningsspørsmål, samt heve den totale kvaliteten på en undersøkelse.

4.1 Ontologi

Ontologi kommer fra det greske ordet *on* som betyr væren, og *logos* som betyr lære, altså læren om det værende – hva det vil si for ulike ting å eksistere (Nyeng, 2004). Med andre ord utgjør ontologi det verdenssynet vi mener vitenskapen handler om, skilt mellom positivismen og hermeneutikken (Jacobsen, 2005). En grunnforestilling i positivismen går ut på at vitenskap og vitenskaplig metode må bestemmes på generelt grunnlag, uavhengig av det man studerer (Nyeng, 2004). Forskning innenfor denne tilnærmingen baserer seg på målbare fakta som kan avdekkes, og formulerer teorier om disse. Hermeneutikken baserer seg derimot på en fortolkende tilnærming til menneske og samfunn. Hovedoppgaven er å utvikle en forståelse av meningen i konkrete menneskelige forhold, strukturer og aktiviteter (Nyeng, 2004). I sammenlikning med positivismen der observerende forhold kan overføres til liknende fenomen, baserer hermeneutikken seg på at alt er unikt, og gjør det vanskelig å generalisere

forskningsresultater. Kort forklart skiller tilnærmingene seg på en rekke områder. Positivismen baserer seg på et objektivt virkelighetssyn, kognitivistisk menneskesyn, lovmessig forklaring som forskningsmål, kunnskap som ikke er tidsbundet, kausalitet som virkelig årsak og en objektiv forskningssituasjon. Hermeneutikken baserer seg derimot på et sosial konstruert virkelighetssyn, meningsbærende menneskesyn, forståelse som forskningsmål, en kontekstavhengig kunnskap, kausalitet betraktet som mange formende hendelser og en interaktiv forskningssituasjon (Nyeng, 2004). Et ontologisk utgangspunkt vil altså ha betydning for hva man leter etter ved undersøkelser.

Vår forskning baserer seg på en hermeneutisk tilnærming da vi er ute etter å forstå hvordan rolleutøvelsen til legene blir påvirket av samspillet mellom legenes profesjonsidentitet og TGK. Dette gjør det vanskelig å generalisere, men det kan være mulig å foreta noen antakelser om hvordan slike samspill er i liknende situasjoner.

4.2 Epistemologi

Det synet man har på ontologi vil i følge Nyeng (2004) legge grunnlaget for hvilken epistemologisk tilnærming man ser verden gjennom. Epistemologi er læren om kunnskap og kunnskapstilegnelse. Hermeneutikken tar som nevnt ovenfor utgangspunkt i en forståelse av menneskers livsverden. En slik virkelighetsforståelse innebærer at TGK som fenomen ikke vil bli oppfattet på samme måte fra person til person. Det finnes altså ingen objektiv virkelighet innenfor den hermeneutiske tilnærmingen, slik positivismen hevder. I våres tilfelle var det i forkant av datainnsamlingen viktig å være klar over at det kunne være vanskelig å tilegne seg kunnskap om legenes profesjonsidentitet i forkant av intervjuprosessen. Ved å sette seg inn i hvordan mennesker fortolker og danner meninger i spesielle kontekster, vil det kunne være med på å øke forståelsen for legenes profesjonsidentitet og hvordan deres meningsdanning tilknyttet TGK oppstår.

4.2.1 Induktiv, deduktiv eller abduktiv datainnsamling

I følge Nyeng (2004) handler vitenskap om sann kunnskap. Vitenskapsteorien skiller mellom to hovedmåter for å komme frem til sannhet på: induksjon og deduksjon. Ifølge Nyeng (2004) handler deduksjon om å ha antakelser man holder fast ved, for så å utlede konsekvente konklusjoner. Postholm (2005) hevder at man ved deduktiv forskning har utarbeidet et sett med variabler som ikke endres i løpet av forskningsarbeidet. Den deduktive tilnærmingen er ofte nært knyttet til kvantitativ metode, da den baserer seg på informasjon som er kategorisert

av forskeren før undersøkelsen iverksettes. Dette legger sterke begrensinger på hvilken informasjon som samles inn og er dermed en veldig lukket tilnærming (Jacobsen, 2005). Induksjon tar derimot hensyn til situasjonelle betingelser, der man går ut til forskningsfeltet uten ferdigstilte variabler, og er klar over at ting kan endres underveis (Postholm, 2005). Ved induktiv forskning forsøker man å ha et åpent forhold til det man skal studere, og ikke gå inn med de skylappene man kan få av forhåndsdefinerte hypoteser og teorier. Jacobsen (2005) påpeker derimot at det ikke er naturlig å gå ut med et helt åpent sinn, men at forskere må foreta visse avgrensinger i forhold til informasjonen som er gitt. Ifølge Nyeng (2004) danner empirien grunnlaget for teoribygging ved den induktive forskningsmetoden.

Abduksjon blir av Thagaard (1998) uttrykt til å være en mellomposisjon i forhold til induksjon og deduksjon. Denne tilnærmingen fremhever det dialektiske forholdet mellom teori og data og utvikler teori på grunnlag av systematiske analyser. Her påpekes viktigheten av å ha en sterk empirisk forankring, da det kan være vanskelig ikke å få feil og svakheter dersom teoretiseringen ikke har basis i gode data. Forståelsen man som forsker kommer frem til ved bruk av abduktiv metode kan i følge Thagaard (1998) både knyttes til etablert teori, og til den oppfatningen forskerne danner seg av dataenes meningsinnhold. Vår avhandling ble skrevet i henhold til den abduktive metoden, ved at vi forsøkte å anskaffe god og gyldig empiri. Slik det er henvist til under 1.0 hadde vi i forkant av datainnsamlingen en ide om hva vi ønsket å skrive om, som i hovedsak tok utgangspunkt i vår teoretiske kunnskapsforståelse innenfor fagområdet organisasjonsforståelse. Utforming av undersøkelsens intervjuguide baserte seg i stor grad på denne ideen. I løpet av hele datainnsamlingsperioden var vi imidlertid veldig opptatt av å være åpne for impulser underveis, og ikke være for opphengte i ett etablert syn. Dette innebar at vi var nokså fleksible i våre intervjuer, noe som medførte til at vi fikk samlet inn mye empiri. En utfordring vi ble stilt ovenfor ved å være så åpne i intervjusituasjonene var hele tiden ikke å gå utover temaet og området vi ønsket å undersøke. I noen tilfeller skjedde dette, men det hjalp oss at vi i forkant av datainnsamlingen var veldig klar over at dette kunne skje med valgt tilnærming. Vi har av den grunn ikke hatt noe problem med at datainnsamlingen har vært for stor og omfattende, slik det ofte kan skje ved bruk av en abduktiv datainnsamlingsmetode.

4.3 Metodevalg

Metode betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Kvale, 2008). I samfunnsvitenskapen dreier det seg om hvordan vi skal gå fram når vi skal innhente informasjon om virkeligheten, og hvordan vi skal analysere denne informasjonen (Johannessen et al, 2004). I forkant av en undersøkelse må man ta stilling til en rekke spørsmål som knytter seg til hva og hvem som skal undersøkes, samt hvordan undersøkelsen skal gjennomføres. Innenfor forskning betegnes dette som et forskningsdesign, og knytter seg til hvordan en undersøkelse organiseres og gjennomføres for at forskningsspørsmålet skal kunne besvares (Johannessen et al, 2004). Det innebærer hele prosessen fra idé og utforming av forskningsspørsmål til innsamling, analyse og tolkning av data.

4.3.1 Forskningsdesign

Valg av forskningsdesign avhenger i følge Jacobsen (2005) av undersøkelsens formål og problemstilling. Ringdal (2001) skiller mellom tre ulike formål, uttrykt til å være beskrivende, forklarende eller eksplorerende. Beskrivende undersøkelser uttrykkes til å være underbyggende og dokumenterende forskning. I mange situasjoner uttrykker Jacobsen (2005) at slike beskrivende undersøkelser ofte vil være avgrenset i tid, og blir av den grunn avgrenset til å si noe om en tilstand på et gitt tidspunkt. En forklarende undersøkelse baserer seg på å forstå et fenomen gjennom helhetlig tolkning. En eksplorerende undersøkelse har derimot som formål å utforske forhold eller fenomener som er mindre kjent (Johannessen et al, 2004). Avhandlingens problemstilling vil nå bli presentert, og ut ifra den vil vi argumentere for hvilken type undersøkelse vi har gjennomført.

Problemstillingen for avhandlingen er som kjent: *"Hvordan påvirkes legenes rolleutøvelse av samspillet mellom legenes profesjonsidentitet og talegjennkjenneren på St. Olav?"* Denne problemstillingen lar seg derimot vanskelig besvares uten bruk av forskningsspørsmål. I følge Johannessen et al. (2004) kan forskningsspørsmål defineres som spørsmål som blir stilt med et bestemt formål, og på en så presis måte at det lar seg belyse gjennom bruk av samfunnsvitenskaplige metoder. Før man kan utarbeide slike spørsmål må nøkkelbegreper defineres. Profesjonsidentitet, rolleutøvelse og TGK vil i dette tilfelle være de aktuelle nøkkelbegrepene. Da disse er definert og forklart under 1.4 velger vi ikke å gå nærmere inn på det her.

Avhandlingens fire forskningsspørsmål mener vi kan belyse denne problemstillingen fra ulike ståsteder, og sammen avdekke legenes rolleutøvelse og dets samspill mellom legenes

profesjonsidentitet og TKG. Vi baserer oss på at det er en gjensidig sammenheng mellom dem, og ikke en kausal sammenheng fra den ene til den andre eller motsatt. Med ønske om å forstå samspillet mellom legenes profesjonsidentitet og TKG, innebærer det undersøkelse av et lite kjent fenomen og setter føringer for bruk av en eksplorerende undersøkelse. Etter å ha avklart undersøkelsens formål vil det nå bli presentert hvilke metodevalg vi har utført på bakgrunn av oppgavens formål og problemstilling.

4.3.2 Kvantitativ versus kvalitativ metode

Ifølge Johannessen et al. (2004) bygger kvalitative studier på empiri i form av tekster, mens kvantitative studier bygger på empiri i form av kategoriserte fenomener og vektlegger opptelling og utbredelse. Det er viktig at man velger metode ut ifra problemstilling, og det finnes både styrker og svakheter ved begge. Vi vil nå utdype de to ulike tilnærmingene og begrunne valg av metode.

4.3.2.1 Kvantitativ metode

Ifølge Jacobsen (2005) er det mest riktig med en kvantitativ tilnærming til en problemstilling hvis man ønsker å beskrive et omfang eller hyppighet av et fenomen. I kvantitative undersøkelser er man også avhengig av å få svar fra et stort antall respondenter for å få valide resultater (Ringdal, 2001). For vår problemstilling kan dette være problematisk da vi er avhengige av å få tak på deres erfaringer, inntrykk og fortellinger. Slik Thagaard (1998) uttrykker det baseres den kvantitative forskningen på et subjekt-objekt forhold mellom forskeren og informanten. Dette knytter seg til Skjervheim (1996) sin uttalelse om at den kvantitative forskeren er en tilskuer og personene man skal studere betraktes som objekter.

Ut ifra avhandlingens problemstilling er det ikke aktuelt for oss å standardisere datainnsamlingen eller ha et objekt – subjekt forhold til intervjuobjektene. På bakgrunn av avhandlingens omfang hadde vi ikke hatt muligheten til å gjennomføre mange intervjuer. Bruk av kvantitativ metode vil av den grunn være lite hensiktsmessig i vår avhandling.

4.3.2.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskning handler ifølge Postholm (2005) om å utforske menneskelige prosesser eller problemer i en virkelig setting. I en slik setting skal forskeren være åpen og lytte til hva deltakerne sier, for så videre å løfte deres syn frem. Ved valg av en kvalitativ tilnærming er det viktig at forskerne forstår deltakernes perspektiv. Forskeren er i en slik setting avhengig av å utvikle en nær relasjon til sine informanter. Uten dette kan det være vanskelig å få et godt bilde av hvordan virkeligheten fortøner seg (Thagaard, 1998). Av den grunn så vi den

kvalitative metoden som best egnet for å kunne besvare problemstillingen. Innenfor denne tilnærmingen baseres forskningen på et subjekt-subjekt forhold mellom forsker og informant. Dette betyr at både forsker og informant er med på å påvirke forskningsprosessen. I løpet av datainnsamlingen fikk vi erfare denne dimensjonen, ved å måtte tilpasse oss den enkelte leges besvarelser. Samtlige av legene ga ulike svar på spørsmål, noe som medførte til at vi fulgte opp deres besvarelser med ulike oppfølgingsspørsmål og innspill. På den måten var det mulig å få tak på nyanserte beskrivelser av hvordan legene forstår og tolker TGK. Nærmere utledet under 4.5.3. En fordel vi hadde med å velge kvalitativ metode var at veien ble til mens vi ”gikk” den. I løpet av våren var det nødvendig å endre problemstillingen og forskningsspørsmålene på bakgrunn av det som fremkom av innsamlet data. Slik Thagaard (1998) uttrykker det ble de ulike aspektene ved forskningsprosessen overlappet av hverandre, noe som støtter vårt valg av en abduktiv metode.

4.4 Valg av forskningsdesign

Vi har valgt å foreta en kvalitativ undersøkelse, og hadde i hovedsak valget mellom tre ulike forskningsdesign – fenomenologi, etnografi og casestudie. Vi vil gi en kort begrunnelse for utelukkelse av de to førstnevnte, for så argumentere for bruk av casedesign.

Fenomenologi er i følge Postholm (2005) en studie som beskriver den meningen mennesker legger i en opplevelse knyttet til en bestemt erfaring av et fenomen. I denne avhandlingen har vi ikke sett på TGK som et fenomen slik Postholm (2005) beskriver dette. Av den grunn valgte vi å utelukke fenomenologi som aktuelt forskningsdesign for avhandlingen. Etnografiske studier har som formål å beskrive en kultur (Postholm, 2005). Dette er en metode som av to grunner ikke er egnet for vår masteravhandling. For det første skal vi ikke studere en kultur, og for det andre er dette en type studium som krever lengre opphold i feltet og som derfor ikke lot seg gjennomføre innenfor ett semester som var rammene for vår avhandling.

4.4.1 Casedesign

Et casedesign kan forstås som ”en empirisk undersøkelse som undersøker fenomener i en naturlig kontekst” (Yin, 2003:12). Forskningsdesignet gir en detaljert beskrivelse av det som studeres i sin kontekst (Postholm, 2005). Det rettes fokus mot et spesielt case i dets kontekst, slik at man kan avdekke sammenhenger mellom ulike faktorer som er karakteristiske for det spesielle caset. Man studerer altså ett eller flere tilfeller inngående, noe som innebærer en

detaljert og omfattende datainnsamling (Johannessen et al, 2004). Dette opplevde vi i vår avhandling, og vi fikk en innholdsrik empiri med mange interessante synspunkter. I en slik setting uttrykker Yin (2003) at forskeren prøver å forstå respondentens mening med et fenomen, sett gjennom deres syn av fenomenet – spesielt når grensene mellom fenomen og kontekst er uklare. Dette er sammenfallende med måten vi forsøkte å forstå legenes oppfattelse av TGK, gjennom blant annet intervjuer med hver enkelt. I etterkant av intervjuene brukte vi mye tid på å forstå hva legene mente med hva de uttrykte. Postholm (2005) påpeker at casestudier kan være beskrivende, tolkende og vurderende på samme tid. Dette understøtter vårt valg om en eksplorerende undersøkelse. I følge Yin (2003) er et case-studie den hardeste formen for en vitenskaplig undersøkelse man kan foreta.

Slik det fremkommer av overnevnte momenter mente vi det ville være mest hensiktsmessig å gjennomføre et casedesign, for å kunne avdekke hvordan samspillet mellom TGK og legenes profesjonsidentitet påvirker deres rolleutøvelse. Konteksten var i tillegg en avgjørende faktor for valg av casedesign. Thagaard (1998) uttrykker at det ikke er mulig å studere en kontekst uten bruk av casedesign. Caset i denne avhandlingen har blitt begrenset til enkelte leger på St. Olav som har erfaring med TGK.

4.5 Datainnsamling

Innenfor kvalitativ forskning kan man ta i bruk metodene intervju, observasjon, fokusgrupper og dokumentanalyse. Det vil her bli presentert hvilke metoder vi har benyttet i vår datainnsamling, for så å presentere bakgrunnen for valgene.

4.5.1 Valg av datainnsamlingsmetoder

Bakgrunnen for valg av intervju som forskningsmetode baserer seg på Johannessen et al. (2004) sin uttalelse om at komplekse, sosiale fenomener stiller krav til intervju som metode for å ha muligheten til å komme i dybden og fange opp nyanser. Dette underbygges av Kvale (2008) som hevder at et forskningsintervju vil kunne innhente beskrivelse av den intervjuedes livsverden, med særlig hensyn til tolkninger av meningen med fenomenet som blir beskrevet. For vår oppgave ville bruken av intervjuer gjøre det mulig å forstå sider ved legenes dagligliv tilknyttet TGK. I følge Kvale (2008) har intervju som metode en styrke ved at respondenter fanger opp ulike oppfatninger om et tema.

På et tidlig tidspunkt i avhandlingsarbeidet deltok vi på legenes opplæringskurs om TGK som både observatører og intervjuere (november 2009). Hensikten med å gjennomføre

det på et så tidlig tidspunkt var å tilegne oss kunnskaper om TGK. I tillegg ønsket vi å få snakke med potensielle intervjuobjekter før de tok i bruk TGK i sitt daglige arbeid. Intervjuene som ble gjennomført under opplæringskurset bestod av en enkel og semi-strukturert intervjuguide. På et senere tidspunkt i avhandlingsarbeidet ble det gjennomførte individuelle intervjuer med åtte leger og et intervju med to representanter fra ledelsen. Intervjuene med legene ble utført for å få tak i deres oppfatninger om hvordan TGK og om deres profesjonsidentitet påvirker den nye rolleutøvelsen. Denne avhandlingen har fokus på legenes oppfatninger og forståelse av innføringen av TGK, og var av den grunn hensiktsmessig å gjennomføre et intervju med ledelsen for å se hvordan legene oppfatter TGK i forhold til ledelsens intensjoner med den. På den måten fikk vi et mangfoldig bilde av det som ble undersøkt.

Ved bruk av individuelle intervjuer ble ikke respondentene påvirket av andre, slik det ofte kan skje ved bruk av fokusgrupper. Det å foreta intervjuer er derimot svært ressurskrevende, og medfører til at man ofte ikke får benytte så mange respondenter som man kunne ønske. Når man i tillegg skal transkribere og analysere intervjuene på en god og systematisk måte, blir antallet respondenter naturlig begrenset på grunn av avhandlingens tidsbegrensning.

Et fortrinn ved å benytte intervju som metode er dets åpenhet, da det ikke finnes noen standardiserte regler for hvordan en intervjuundersøkelse skal gjennomføres (Kvale, 2008). På den annen side stilles det som en følge av dette store krav til forberedelser i forkant av intervjuene. I følge Kvale (2008) vil det i forkant av en undersøkelse være avgjørende at forskerne har kunnskap og teoretisk forståelse av fenomener som skal undersøkes for å kunne stille de riktige og viktige spørsmålene. I tidsperioden mellom vår deltakelse på opplæringskurset i november til vi gjennomførte de individuelle intervjuene i februar, valgte vi å utarbeide avhandlingens teorikapittel for å kunne ha en dyptgående teoretisk forståelse og kunnskap om de fenomener vi valgte å konsentrere avhandlingen rundt. I tillegg til dette har vi også valgt å foreta dokumentanalyser for ytterligere å øke vår kunnskap om TGK. Vi har blant annet benyttet oss av informasjon fra Den Norske Legeforening og Max Manus sine hjemmesider, i tillegg til andre dokumenter vi har fått tilgang til vedrørende TGK.

Ovenfor er det kun henvist til bruk av observasjon på opplæringskurset, med ønske om å tilegne oss kunnskaper vedrørende TGK. Observasjon av legenes fellesskap ville muligens ha gitt oss nyttig informasjon tilknyttet legenes meningsdanninger i fellesskap. I etterkant av

opplæringskurset valgte vi å utelukke bruk av observasjon i den videre datainnsamlingen grunnet to årsaker. For det første består mye av legenes samtaler seg i mellom om konfidensiell informasjon, og vi ville da neppe fått tilgang til å benytte metoden. For det andre hadde vi på grunn av avhandlingens tidsbegrensning ikke muligheten til å gjennomføre både intervju og observasjon av legene, og valgte derfor å utelukke observasjon.

Det vi derimot kan trekke frem med observasjon, og som er av relevans for oss er de inntrykkene vi har fått gjennom å avholde de individuelle intervjuene med legene. I etterkant av intervjuene talte vi inn i diktafonen våre umiddelbare inntrykk og observasjoner av intervjusituasjonen. I prosessen med å forstå betydningen av identitet i legenes oppfatninger av TGK var disse refleksjonene meget nyttig. Utover dette har det også vært nyttig for oss å være tilstede på avdelingene, og å gå i gangene på St. Olav for å danne oss bilder og inntrykk av hvordan TGK er mottatt. På denne måten har vi brukt oss selv som forskningsredskap, og fulgt vår intuisjon og de erfaringer vi gjorde oss i vår dataanalyse.

4.5.2 Valg av intervjupersoner

Etter å ha observert to ulike kursgrupper med leger hadde vi på et tidlig tidspunkt fire aktuelle intervjuobjekter klare for individuelle intervjuer. For å få en valid oppgave kontaktet vi ytterligere leger, i håp om å få gjennomført åtte individuelle intervjuer. Denne prosessen skulle vise seg å ta lenger tid enn hva vi hadde forutsatt. For det første hadde vi kun muntlige avtaler med legene vi var i kontakt med under opplæringskurset vedrørende intervjuene. Etter å ha sendt ut forespørsler til disse om å stille opp på et nytt intervju viste det seg at kun en av fire besvarte henvendelsen. For å få tilstrekkelig med datamateriale tok vi kontakt med en rekke avdelinger for å høre om deres leger kunne være villig til å stille opp til et intervju. Opplæringsansvarlig ble også kontaktet, med håp om at hun kunne sette oss i kontakt med flere leger som har deltatt på deres kurs. Etter et par ukers arbeid fikk vi booket avtaler med åtte leger, på fire ulike avdelinger.

Slik det er henvist til ovenfor hadde vi problemer med å få tak i intervjuobjekter per mail. Legene ble i mailen presentert for vår problemstilling, hva som var hensikten med avhandlingen og hvem vi hadde behov for å intervju (vedlegg 2). I ettertid kan det være tilfelle at vi formulerte oss litt galt i forhold til at ikke flere leger ville være villig til å stille opp. I tilbakemelding fra en lege ga han uttrykk for ikke å se sammenhengen mellom TGK og profesjonsidentitet, og fikk av den grunn inntrykk av at han ikke ville stille opp til intervju. Med håp om å få tak i nye intervjuobjekter ble mailen vi i første omgang sendte ut skrevet

om, der vi forsøkte å forklare intensjonen med oppgaven på en enklere måte, i håp om å få tak i nye intervjuobjekter. Vi fikk til slutt tak i et tilstrekkelig antall intervjuobjekter, men verdt å nevne i denne sammenhengen er at seks av åtte er overleger. Alderen på legene lå fra ca. 35 til 60 år, der alle var menn. Det er mulig vi kunne ha fått andre svar dersom vi hadde fått intervjuet flere assistent leger som var yngre, både kvinner og menn, samt hvis de jobbet på flere enn fire avdelinger. Det var derimot vanskelig for oss å vite hva vi ville få av svar i forkant av intervjuene og vi mente det ville være mer fordelaktig for avhandlingen å få flest mulig respondenter og ikke henge oss opp i at de måtte ha ulik demografi.

4.5.3 Intervjuguide

I forkant av et intervju må man ta stilling til hvilken grad av struktur intervjuet skal ha. Slik det fremkommer under 4.3.2.2 innebærer kvalitativ forskning å ha et subjekt-subjekt forhold og vi har av den grunn valgt å benytte delvis strukturerte intervjuer. Intervjuene ble derfor gjennomført med en overordnet intervjuguide, der spørsmål og rekkefølgen på disse kunne endres i løpet av intervjuet med legene. Vår intervjuguide inneholdt en grov skisse over forslag til spørsmål (se vedlegg 3). Teorien har vært delvis styrende for utformingen av spørsmålene slik at det er hensiktsmessig for vår avhandling. Ved å ha et bevisst syn på teorien lettet dette arbeidet for oss når vi skulle se på sammenhengen mellom teori og svarene, samt stille passende oppfølgingsspørsmål.

Kvale (2008) uttaler at intervju spørsmål skal motivere intervjupersonene til å fortelle om sine erfaringer og følelser. Med ønske om å avdekke legenes erfaringer og oppfatninger om TGK, påpeker Kvale (2008) at spørsmålene bør være enkle, korte og fri for akademisk sjargong. Spørsmålene ble stilt slik at legene kunne gi oss tilstrekkelig svar som kunne tolkes i lys av konkrete erfaringer, slik Thagaard (1998) påpeker. I følge Johannessen et al. (2004) stiller dette krav til operasjonalisering av teorier og begreper, for at gjennomføringen av intervjuene skal bli best mulig. Med andre ord dreier det seg om å gi nøkkelbegreper et presist meningsinnhold. Identitet, meningsdanning og rolleutøvelse kan ofte være vanskelige begrep å verbalisere. Operasjonaliseringen som er utført i denne avhandlingen baserer seg på å bevare innholdet i teorien, men vi har forsøkt å unngå å benytte fagbegrepene til legene. Dette gjorde vi for å få mest mulig utfyllende og oppriktige svar fra legene. Det ville ha vært meget uheldig om vi ikke fikk tak i legenes forståelse og oppfatninger som en følge av vanskelige spørsmålsformuleringer med bruk av komplekse fagbegrep.

Under et intervju påpeker Kvale (2008) at man bruker seg selv som forskningsinstrument, slik det er påpekt tidligere i dette avsnittet. På forhånd av intervjuene var det viktig for oss å ha gjort oss opp en mening om hvilken forforståelse vi har, hvilket syn vi har på ulike ting osv, slik at dette ikke ville påvirke datainnsamlingen. I forkant av et intervju vet man aldri hva respondentene vil svare på spørsmålene som stilles, og vi ville derfor ikke knytte oss for mye opp mot rekkefølgen på spørsmålene. Dersom legene svarte slik at et annet spørsmål ville vært mer hensiktsmessig å gå videre med, mente vi det ville gi en bedre flyt i intervjuene. Vi følte gjennomføringen av intervjuene ble bedre og bedre for hvert intervju vi foretok. Under intervjuene måtte vi også ta hensyn til at noen av legene ville berøre temaer som vi ikke hadde tenkt på i forkant. Med hensikt om å få avdekket alle tanker og erfaringer intervjuobjektene har til TKG, ble legene alltid spurt om de hadde noe å tilføye utover det vi hadde berørt gjennom spørsmålene. Det fremkom ofte synspunkter som tidligere ikke hadde blitt nevnt, og dette ga oss verdifull empiri. Det er vanskelig for oss å si noe om hvorfor disse synspunktene ikke kom frem tidligere. Mulig vår intervjuguide faktisk ikke klarte å avdekke det vi ønsket, eller at noen av synspunktene ikke er så lette å sette ord på og uttrykke med det første, og at man derfor trenger litt tid.

Utover overnevnte momenter uttrykker Kvale (2008) at analysemetoden også må planlegges i forkant av intervjuer, og bør i varierende grad bygges inn i selv intervjusituasjonen. I forkant av intervjuene valgte vi derfor å sette oss grundig inn i ulike analyseformer for kvalitativ forskning.

4.5.4 Gjennomføring av intervjuene

Et sentralt spørsmål som oppstår når man skal gjennomføre intervjuer er knyttet til hvor det skal foregå. I følge Jacobsen (2005) skiller metodelitteraturen mellom to hovedgrupper av intervjusteder; en naturlig situasjon og en kunstig situasjon. Dette valget er viktig da mye forskning kan vise til at konteksten intervjuet foregår i som regel påvirker innholdet i intervjuet (Jacobsen, 2005). Med ønske om å oppnå en mest mulig naturlig situasjon valgt vi å avholde intervjuene på avdelingene og kontorene til legene. I korte trekk startet alle intervjuene med en briefing av intervjuets formål, samtaleemne, bruk av opptaker osv. Dette for å danne en atmosfære hvor legene skulle føle seg trygge til å snakke fritt om sine egne opplevelser og følelser, slik Kvale (2008) påpeker er viktig ved gjennomføring av intervjuer. Første intervju følte vi ble som et slags pilotintervju for å se hvordan intervjuguiden fungerte, om intervjuobjektet forstod våre problemformuleringer og om vi fikk svar på det vi ønsket i forhold til teorien. Før hvert intervju mottok intervjupersonene en konfidensialitetskontrakt

fra oss om at det kun var vi som hadde tilgang på datamaterialet, og at deres utsagn ikke var mulig å spore tilbake til dem (se vedlegg 4). Alle intervjuobjektene godtok bruk av diktafon, og uttrykte ikke noen ubehageligheter med at samtalene ble tatt opp på bånd. De samme spørsmålene ble stilt til alle legene, men i litt ulik rekkefølge i forhold til hva de svarte på spørsmålene. Intervjuperioden forløp seg fra 19. februar til 11. mars. Etter å ha gjennomført åtte intervjuer følte vi det ikke lenger fremkom ny informasjon som tidligere ikke var blitt uttrykt, og valgte derfor ikke å intervju flere leger.

Vi tok derimot kontakt med ledelsen på St. Olav for å få kjennskap til ledelsens intensjoner med å innføre TGK, hvordan de føler den fungerer, og om det muligens blir endringer i bruken av den i senere tid. I tillegg til dette ønsket vi også å undersøke hvordan de mener TGK påvirker legenes rolleutøvelse, eller om dette er noe man ikke har vurdert. I etterkant av intervjuet med ledelsen følte vi oss bedre rustet til å gi et helhetlig bilde på hvordan TGK og legenes profesjonsidentitet påvirker deres rolleutøvelse. Avhandlingens validitet har trolig økt ved å se samspillet fra flere enn legenes perspektiv.

Et casestudie betyr å lytte og motta informasjon gjennom flere måter under et intervju (Yin, 2003). Evnen til å lytte til hva respondenten faktisk sier uten å være farget av sine egne forutinntatte meninger er i en slik situasjon avgjørende. Under intervjuene var vi veldig klare på å la intervjuobjektene snakke og ytre sine meninger mens vi forholdt oss stille og lot de prate.

4.6 Metodologiske krav

4.6.1 Validitet

Det er viktig at avhandlingen er troverdige og gyldige. Dette betyr med andre ord at man faktisk måler det man ønsker å måle, og at det vi måler er gyldig hos flere (Postholm, 2005). Disse to begrepene blir utdypet i avsnittene under.

4.6.1.1 Intern validitet

Ifølge Postholm (2005) dreier validitet seg om man undersøker det man har intensjoner om å undersøke. Validitetskriteriet blir her benyttet som et begrep som uttrykker om vi tolker utsagnene rett og om de er rimelig dokumentert og logisk konsekvente. Videre knytter validitet seg også til innholdet i intervjuobjektens utsagn. Utsagnene kan være sanne eller falske, og intervjuobjektet kan være pålitelig eller upålitelig. Vi mener at våre intervjuobjekter

er troverdige når det gjelder tematiseringen i vår oppgave, da de både har god kjennskap og erfaringer tilknyttet TGK. Alle legene har fått innføring i TGK og stiller dermed mer eller mindre likt med tanke på forkunnskaper etc. Det er mulig at enkelte leger har mer brukserfaring enn andre, men det bør i tilfelle bare være positivt i forhold til uttalelser om TGK.

Et kritisk moment tilknyttet intern validitet er om vi under intervjuene har stilt de rette spørsmålene for å få svar på det vi ønsker. Vi må stille oss kritiske til om de spørsmålene vi har stilt er rette i forhold til det vi vil ha svar på. De må også være lette å forstå slik at informanten ikke er i tvil om hva det er vi spør om. For å komme rundt denne problematikken har vi forsøkt å angripe temaene fra ulike vinklinger, jfr. 4.5.3 og 4.5.4.

Vi har gjennom hele avhandlingsarbeidet vært opptatt av at de som leser vår masteravhandling oppfatter det vi kommer frem til som troverdig og sannsynlig. Med en lett forståelig fremstilling av avhandlingen mener vi dette kan være med på å øke lesernes opplevelse av troverdighet og sannsynlighet. Med et tydelig og klart bilde av hva vi har gjort og hvilke teorier vi har brukt, har leseren et større grunnlag for å forstå hva vi som forskere har basert oss på ved uttalelser etc. Videre vil vi påpeke viktigheten av å gjengi det intervjupersonene har gitt av informasjon til oss på rett måte. Vi ønsker ikke å fremstille ting på en annen måte enn hva den er, og har av den grunn valgt å plassere sitater for å underbygge de påstandene vi fremmer.

4.6.1.2 Generaliserbarhet/ Ekstern validitet

Validiteten til avhandlingen går ut på om man har beskrevet tilstandene rett, den eksterne validiteten dreier seg derimot om i hvilken grad funnene fra undersøkelsen kan generaliseres. Kvale (2008) presenterer tre ulike former for generalisering basert på casestudier. En naturalistisk generalisering er basert på personlige erfaringer. Videre har vi en statistisk generalisering som er mer formell og eksplisitt. Den siste generaliseringsformen er analytisk generalisering. Her foretas det en begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene fra studien kan brukes som en rettleiding for hva som eventuelt skjer i andre situasjoner (Kvale, 2008). Med andre ord følger man en logisk argumentasjon, og er den best egnede typen for casestudier.

Ifølge Yin (2003) er det ikke ønskelig for et casestudie å kunne generalisere til en hel populasjon, men heller å generalisere til teoretiske proposisjoner. Vårt mål med oppgaven er ikke å kunne generalisere våre funn, men vi har i større grad sett på overførbarheten av

funnene. Ifølge Johannessen et. al (2004) er det mer ønskelig med overføring av kunnskap, fremfor det å kunne generalisere når det er snakk om en kvalitativ studie. Med dette mener man at overførbarheten dreier seg mer om hvorvidt man lykkes med å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som man kan bruke i andre sammenhenger (Yin, 2003).

Slik det fremkommer i datamaterialet eksisterer det ulike oppfatninger av TGK. Vår avhandling er basert på et enkelt case, noe som kan gjøre det vanskelig å overføre funnene til andre situasjoner. Det er et spørsmål om hvem som skal foreta generaliseringen – forskeren eller leseren (Kvale, 2008). Det er dermed viktig at vi presenterer tilstrekkelig med informasjon om TGK slik at leseren kan foreta en analytisk generalisering. Vi har forsøkt å gi en ryddig og strukturert analyse i denne avhandlingen, og konkludert analysen på en slik måte at leseren selv kan være i stand til å foreta en analytisk generalisering.

4.6.2 Reliabilitet

Begrepet reliabilitet henviser til hvor pålitelig en undersøkelses resultater er (Kvale, 2008). Pålitelighet tilknyttet hvilke data som brukes, måten de samles inn på og hvordan de bearbeides (Yin, 2003). Reliabilitet knytter seg til både intervjustadiet, transaksjonsstadiet og analysestadiet. Med bruk av meningsfortetting og meningstolkning vil vi kun gå inn på de to førstnevnte stadiene. På intervjustadiet påpeker man hvilken effekt ledende spørsmål har for forskningsresultatene. Ledende spørsmål oppfattes av mange til å redusere intervjuenes reliabilitet, men Kvale (2008) påpeker i denne sammenhengen at slike spørsmål vil snarere kunne styrke den. Det viktigste er derimot å erkjenne spørsmålenes virkning og forsøk på å gjøre forskningsspørsmålene tydelige. Ved transkribering fra en kontekst til en annen medfører det en rekke vurderinger og beslutninger (Kvale, 2008). I vår avhandling utførte begge to transkribering av intervjuene, for så å sammenligne disse for å se om det var bruk av ulike ord. Dette vil ifølge Kvale (2008) være med på å øke avhandlingens reliabilitet. Det var også nyttig for oss i forhold til om vi begge hørte det samme, eller at den ene hørte noe bedre enn den andre.

Johannessen et al. (2004) påpeker derimot at krav til reliabilitet er mindre hensiktsmessig ved kvalitativ forskning. I den sammenheng har vi valgt å gi en så detaljert beskrivelse av konteksten som mulig for å styrke avhandlingens reliabilitet. Det være seg en detaljert fremstilling av fremgangsmåten under hele forskningsprosessen (Yin, 2003).

4.7 Dataanalyse

Utfordringen ved en kvalitativ undersøkelse er i følge Kvale (2008) å få noe fornuftig ut av en stor mengde ustrukturerte data, redusere informasjonsmengden, identifisere mønstre og lage et rammeverk for å formidle innholdet. Analyse av data blir betraktet av Nyeng og Wennes (2006) som selve kjernen i casestudier, særlig i henhold til teoribygging. Det finnes derimot ingen fasit på hvordan dette skal gjøres. Kvale (2008) henviser til fem ulike tilnæringer for å analysere intervjudata, der vi har valgt å ta i bruk meningsfortetting og meningstolkning.

Legenes uttalelser ble i denne prosessen forkortet til mer konsise formuleringer, der meningen ble gjengitt med få ord. Dette gjorde vi for å fjerne unødvendig snakk, og finne frem til legenes meninger på en mer ryddig og oversiktlig måte. Videre foretok vi meningstolkninger med formål om å komme frem til meningen bak det legene uttrykte i intervjuene. Meningstolkningene som ble gjort kan derimot skape utfordringer med hensyn til avhandlingens reliabilitet. Utover overnevnte analyseteknikker ble det i tillegg gjort sammenligninger av legenes svar. Dette for å se om det fremkom ulike svar i forhold til deres alder eller hvilken avdeling de arbeider på. Prosessen med å få tak på essensen av legenes meninger i intervjuene, og hva de faktisk mente med hva de sa, stiller krav til å ha en god oversikt og kunnskap over hva informantene uttrykte under intervjuene.

Ved selve analysen tok vi utgangspunkt i empirien for å finne det som best kunne belyse vår problemstilling på en god måte. Vi valgte å sortere ut utsagn og spørsmål basert på temaene, og fikk på denne måten en ryddig og oversiktlig empiri vi benyttet oss av i diskusjonen. Denne måten å analysere dataene på har for vår oppgave vist seg å være veldig nyttig og har hjulpet oss med å finne den relevante informasjonen til selve diskusjonen.

4.8 Ethiske aspekter

Vår oppgave i løpet av denne masteravhandlingen er å samle inn data og bearbeide disse dataene for å øke vår forståelse. Dette blir gjort for å kunne svare på vår problemstilling ifølge Postholm (2005). Deltakerne som er med i forskningsarbeidet har rett til et privatliv, og dette innebærer at deres privatliv må bli beskyttet. Det stilles spesielle etiske krav til oss som forskere på grunn av det nære forholdet vi har fått til intervjuobjektene. Spesielt knyttes dette til to hovedprinsipper som er utledet nedenfor.

4.8.1 Informert samtykke

Det er viktig at den som blir intervjuet er med på frivillig basis. Det er sentralt at intervjuobjektet blir satt inn i formålet til avhandlingen og de generelle hovedtrekkene. På denne måten kan han/hun vurdere fordeler og ulemper med å delta på intervjuet før man gir sitt samtykke (Thagaard, 1998). Det er utarbeidet retningslinjer for forskernes etiske ansvar av Den Nasjonale Forskningsetiske komité for Samfunnsvitenskap og Humaniora (NESH). ”*Som hovedregel skal forskningsprosjekter som inkluderer personer, settes i gang bare etter deltakernes informerte og frie samtykke. Informantene har til enhver tid rett til å avbryte sin deltakelse, uten at dette får negative konsekvenser for dem*” (NESH, 2009). Vi utformet en samtykkeerklæring som intervjuobjektene fikk utlevert og godkjente med en signatur før vi tok til med intervjuene (vedlegg 5).

4.8.2 Anonymitet

Krav om anonymitet går ut på at ”*De som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at all informasjon de gir om personlige forhold, blir behandlet konfidensielt. Forskeren må hindre bruk og formidling av informasjon som kan skade enkeltpersonene det forskes på*” (NESH, 2009). Dette vil si at de vi intervjuet har krav på at all data de har gitt til oss blir holdt konfidensielt, slik at ingen kan vite hvem som har uttalt seg om hva etc. Vi la spesielt vekt på at uttalelser ikke kunne bli koblet mot intervjuobjektet i vår avhandling, både under intervjuet og i samtykkeerklæringen. Det er vår plikt som forskere å se til at data vi har innhentet blir slettet når arbeidet med avhandlingen er ferdig.

4.9 Avslutning

Den hermeneutiske tilnærmingen baserer seg blant annet på forståelse som forskningsmål og en kontekstavhengig kunnskap, som betyr at vi som forskere i denne avhandlingen har prøvd å forstå hvordan intervjuobjektene forstår virkeligheten. I tillegg har vi som forskere måtte basere oss på en forståelse som allerede er tolket av de relevante aktørene for avhandlingen.

Vi valgte å gjennomføre åtte intervjuer med forskjellige leger, og ett intervju med ledelsen ved St. Olav for å få deres syn på TGK. Det var viktig å være klar over intervjuobjektens rettigheter, og hvordan vi på en best mulig måte kunne få et godt intervju. Intervjuene ble deretter transkribert av begge, meningsfortettet og meningsfortolket.

I neste kapittel vil vi drøfte vår innsamlede empiri med utgangspunkt i teori presentert i kapittel 3.

5.0 Analyse

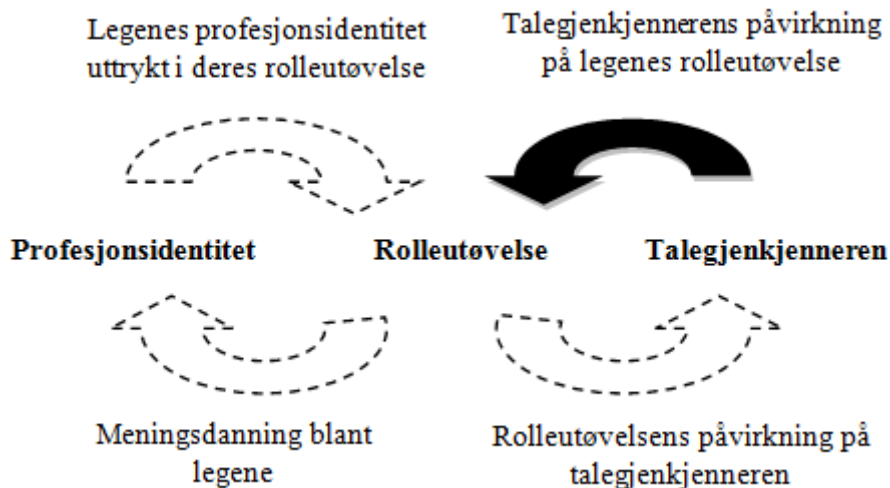
I dette kapitlet vil vi analysere våre empiriske data opp mot avhandlingens teoretiske rammeverk presentert i kapittel 3. Vi har benyttet ”Rolleutøvelsens samspillmodell” som et rammeverk for avhandlingen slik det er påpekt under 1.5. Vi mener det er naturlig å starte analysen med å se på hvorfor TGK ble innført og hvilken påvirkning det har på legenes rolleutøvelse (F1). Videre i analysen vil det være naturlig å se på hvordan dannelse av ny rolleutøvelse påvirker legene, i form av meningsdannelser og praksisfellesskap (F2). Deretter vil vi se på hva legene anser som sin profesjonsidentitet, og om de tolker den nye rolleutøvelsen i lys av sin profesjonsidentitet (F3). Siste forskningsspørsmål vil se på om det er en kobling mellom legenes rolleutøvelse og TGK (F4). ”Rolleutøvelsens samspillmodell” vil gjøre det lettere for leseren å følge den røde tråden gjennom hele analysen og å se sammenhengen mellom forskningsspørsmålene. Analysens oppbygning vil på den måten gi et helhetlig bilde av hvordan samspillet mellom legenes profesjonsidentitet og TGK påvirker deres rolleutøvelse.

5.1 Talegjennkjennereens påvirkning på legenes rolleutøvelse

Under 2.4 i casebeskrivelsen henvises det til at innføring av TGK har endret legenes rolleutøvelse. For at en rolleutøvelse skal kunne danne nye og varige bruksmønstre uttrykker Berger og Luckman (1966) at den både må legitimeres og aksepteres av de personene det gjelder. Av den grunn ønsker vi å undersøke hvordan legene oppfatter TGK, hvordan den har påvirket deres rolleutøvelse, og om de har akseptert og legitimert denne endringen. Derav følger vårt første forskningsspørsmål:

F1: Hvordan påvirker TGK legenes rolleutøvelse?

Dette er illustrert i modellen under, og representerer starten på samspillet vi ønsker å undersøke.



Figur 5: Rolleutøvelsens samspillmodell, steg 1

For å besvare forskningsspørsmålet har vi intervjuet ledelsen vedrørende innføringen av TGK og hvilke intensjoner de har med TGK. Dette er gjort for å få et mest mulig rett bilde av intensjonene med TGK og hvordan de så for seg at den det skulle fungere. I tillegg har vi intervjuet åtte leger for å få et bilde av hvordan de føler TGK er blitt realisert og hvordan den påvirker deres rolleutøvelse. På den måten vil vi kunne avdekke om legene har akseptert og legitimert den nye rolleutøvelsen. Analysen vil starte med å se på ledelsens intensjoner med innføringen av TGK. Deretter vil det bli presentert hvordan ledelsen har gått frem for å informere legene om TGK, etterfulgt av legenes oppfattelse av prosessen. Legenes oppfatninger av endret rolleutøvelse og reaksjoner på den vil så bli presentert. Avslutningsvis vil vi trekke frem hovedmomentene som fremkommer i analysen som er med på å besvare forskningsspørsmålet.

5.1.1 Ledelsens intensjoner med innføring av TGK

I intervjuet med ledelsen på St. Olav henviste de til følgende intensjoner med innføringen av TGK:

”Grovt sett var det et kvalitetsaspekt, et sikkerhetsaspekt og et økonomisk aspekt som stort sett lå til grunn for at ledelsen på Stjørdalen sa: vi i Helse Midt - Norge skal ta i bruk talegjennkjenning... Vi har respondert på en beslutning fra ledelsen på Stjørdalen om at man her på St.Olav skal begynne å ta det i bruk”.

Det ligger altså tre intensjoner til grunn for innføringen basert på beslutningen ledelsen ved Helse Midt-Norge tok. I forkant av innføringen var ledelsen ved St. Olav klar over at endringen kom til å påvirke legene i stor grad, og uttrykte følgende:

”Her må man inn i en omstillingsprosess for å ivareta jobben sin. Disse (legene) har fått en melding om at de må begynne å jobbe litt annerledes. Måten de har jobbet på 60,70 og 80 tallet blir litt annerledes i 2010. TGK griper veldig inn i hverdagen til legene. De må legge om arbeidsflyten sin mye. Vi har planlagt det veldig godt, og på papiret ser det veldig fint ut. Men de må omstille seg på kort tid”.

Uttalelsen gir klare indikasjoner på at legenes rolleutøvelse blir endret som en følge av TGK. Knytter man ledelsens uttalelse opp mot ANT som betrakter en aktør som ethvert element som gjør andre avhengig av seg, kan man betrakte legene og TGK som to aktører. I den sammenheng kan vi stille spørsmål til om legene og ledelsen har samme oppfatning og interesser av TGK, slik ANT baserer sine forutsetninger på, for å kunne betraktes som aktører innenfor samme aktør-nettverk. Spørsmålet knytter seg både til hvilke intensjoner ledelsen har med TGK og hvordan TGK er realisert hos legene. Videre diskusjon vil gi svar på dette. Først vil vi se på hvordan ledelsen har formidlet informasjon om TGK, for så se på hvordan legene oppfatter budskapet og den endrede rolleutøvelsen, og deres reaksjoner på det.

5.1.2 Informasjon til legene

Under spørsmål til ledelsen om hvordan de har gått ut for å informere de ansatte om innføringen av TGK uttrykte de følgende:

”Bestemmelsen fra helse Midt-Norge må forankres i ledelseslinker i sykehuset hele veien. Så punkt 1 går ut på at du går inn og informerer lederne. Ledergruppa på alle nivå må få informasjon om at nå er det besluttet noe på Stjørdalen... Når lederne er informert så kan vi begynne å gå ut og informere involverte grupper”.

Man får her et inntrykk av at ledelsen i forkant av innføringen hadde dannet seg et bilde av hvilke personer og stillinger det ville lønne seg for dem å informere, og å ha direkte kontakt med for å nå ut med informasjonsbudskapet til alle. I lys av ANT kan det virke som at ledelsen har forsøkt å danne nettverk ved måten de har gått frem på for å spre informasjon angående TGK, og for å oppnå legitimitet og aksept for TGK. Ut ifra ledelsens uttalelse kan det virke som at ledelsen betrakter ledergruppa som hovednettverket for innføringen av TGK. Ledergruppa kan av den grunn betraktes som en kommunikasjonskanal ledelsen har brukt for å nå ut med informasjon til parter som de ikke har direkte kontakt med, men som blir berørt

av TGK. På den måten viser ledelsen til at de tar i bruk flere aktører enn kun seg selv for å spre informasjon.

Videre i intervjuet påpekte ledelsen viktigheten av å få overført og overbevist legene om fordelene ved bruken av TGK for å få dem til å oppfatte intensjonen med TGK. Dette bekrefter overnevnte påstand om at ledelsen ønsket at legene skulle akseptere deres interesse, som ifølge ANT er avgjørende for at ledelsen skal kunne oppnå sammenstilte interesser fra legene. I prosessen med å informere legene henviser ledelsen til å ha brukt ulike informasjonskilder, både eksterne og interne. Følgende ble uttrykt i denne sammenhengen:

”Og måten det informeres på, der må vi bruke informasjonsteknikken. Det er å møte opp i møter, det er å bruke den interne kilden på St. Olav og det er å sende ut informasjonsbrev. Det er stort sett den måten man informerer på, vi informerer lokalt og vi informerer regionalt. Så noe informasjon er spesifikk for St. Olav, som ikke gjelds for Levanger. Mens noe informasjon gjelds også for St. Olav og Levanger, Ålesund og Molde. Så informasjonen må på en måte tilpasses lokalt eller regionalt”.

Slik det fremkommer av uttalelsen virker det som at ledelsen har tatt i bruk en informasjonsteknikk som baserer seg på å gi ut mye informasjon gjennom ulike kanaler, tilpasset lokalt og regionalt budskap. Ledelsen gir derimot ingen indikasjoner på at de har tilpasset informasjonen til de ulike yrkesgruppene TGK påvirker eller at et budskap kan tolkes på ulike måter. Informasjonsteknikken ledelsen har valgt for å formidle informasjon om TGK bærer av den grunn likhetstrekk med den syntaktiske tilnærmingen for informasjonsformidling (Carlile, 2004). I følge Carlile (2004) blir man ved bruk av denne tilnærmingen tilstrekkelig informert, bare det skjer mange nok ganger. Vi stiller derimot spørsmål ved hva som kvalifiseres som godt nok informert. Hvordan kan man måle om legene er godt nok informert og har forstått budskapet rett og er fullstendig inneforstått med tematikken? Ledelsen uttrykte på sin side følgende når det gjaldt informasjonsformidlingsprosessen:

”... det er planlagt veldig godt, og på papiret ser det veldig fint ut”.

Uttalelsen gir her indikasjoner på at ledelsen ikke har tatt i betraktning at legene kan forstå budskapet ulikt, da de er av en oppfatning om at det som står på papiret skal bli kommunisert ut til alle og at alle oppfatter det slik ledelsen selv ser det for seg.

Videre i intervjuet henviste ledelsen til at alle legene måtte delta på et ni timers kurs før de kunne ta i bruk TGK. Dette for å presentere legene for hvordan TGK fungerer og hvordan den vil danne en ny rolleutøvelse for dem. Ledelsen ga i tillegg uttrykk for at kurset var ment for å skape interesse for TGK, med et ønske om å påvirke legenes meningsdanning til å korrelere med deres meninger. En prosess hvor tekniske gjenstander former bruksmønstre blir i ANT omtalt som inskripsjon. Sett i forhold til dette caset er TGK en teknisk gjenstand ledelsen skal få legene til å ta i bruk, ved hjelp av opplæringskurs og informasjonsformidling. På den måten kan man betrakte opplæringskurset som en inskripsjon, selv om det ikke er en prosess ved hjelp av tekniske gjenstander.

Ovenfor er det henvist til at legene er avhengige av ledelsens opplæringskurs, og vi kan av den grunn betrakte ledelsen som en tredje aktør i aktørnettverket. Sammenstiller man ledelsens hensikt med gjennomføringen av opplæringskurset med ANT kan det virke som at ledelsen bruker kurset som en oversettelsesprosess for å innrullere legene i sitt aktørnettverk. Dersom det er tilfelle skal det i følge ANT kunne være med på å øke forståelsen og viljen til bruk av TGK hos legene. I den sammenheng vil vi stille spørsmål ved om legene faktisk oppfatter ledelsens intensjoner med TGK.

5.1.3 Legens oppfattelse av informasjonsformidling

For at en rolleutøvelse skal kunne danne nye og varige bruksmønstre må den både legitimeres og aksepteres av de personene det gjelder (Berger og Luckman, 1966). Sett i forhold til opplæringskurset får man et inntrykk av at meningen med kurset utover det å gi legene kunnskaper om TGK er å få legene til å legitimere og akseptere den nye rolleutøvelsen. Kurset er lagt opp slik at legene innledningsvis blir gitt en kort presentasjon av intensjonene med innføringen og av virkningene og fordelene ved bruken av TGK. Resten av kurset dreier seg i hovedsak om bruken av TGK og hvordan den påvirker deres rolleutøvelse. I samtaler med noen av legene på opplæringskurset fikk vi kjennskap til at kurset var deres første møte med TGK. I den sammenheng stiller vi spørsmål ved i hvor stor grad ledelsen kan forvente at kurset skal fungere som en inskripsjon til bruk av TGK samt etablere legenes meninger og aksept for deres nye rolleutøvelse, da de kun i korte trekk blir presentert for intensjonen med TGK. Sett fra ledelsen sin side var det meningen at legene skulle ha kjennskap til TGK i forkant av kurset og av den grunn kjenne igjen årsaken til innføringen og fordelene ved TGK, når de ble presentert på kurset. Vi stiller oss spørrende til hvorfor dette ikke er tilfelle. Slik det er nevnt ovenfor kan det virke som at ledelsen har begrenset seg til den syntaktiske tilnærmingen for informasjonsformidling og ikke har tatt hensyn til legenes forståelse. Under

5.1.2 ble det henvist til bruk av ledergruppen som informasjonsformidlere. Man kan stille spørsmål ved om det er legene eller aktørene i ledergruppa som har forstått budskapet til styringsgruppen på en annen måte enn hva ledelsen forutså, eller om det er andre elementer som kan ha virket inn.

Slik det er nevnt ovenfor baserer ledelsen innføringen av TGK i hovedsak på tre intensjoner. Under intervjuene var det derimot ingen av legene som poengterte disse fordelene. Sett i forhold til Monteiro (2000) sin teori om en oversettelsesprosess, gir dette indikasjoner på at ledelsen ikke har klart å overbevise legene om intensjonene og fordelene som ligger til grunn for innføringen med TGK. Ut ifra ledelsens uttalelse kan det virke som de har gitt ut mye informasjon, men ikke har tatt hensyn til at et budskap kan tolkes på ulike måter, slik den semantiske tilnærmingen for informasjonsformidling beskriver (Carlile, 2004). I flere av intervjuene henviste legene til at de var blitt opplyst om at innføringen av TGK skulle gjøre deres rolleutøvelse mer effektiv. Ledelsen hevdet på sin side at de har poengtert effektivitetsaspektet med TGK, men at det knytter seg til effektivitet i form av oppdatert journal, noe som kan innebære mer arbeid for legen. Personlig har vi opplevd at ledelsen har gitt ut ulik informasjon når det gjelder intensjonene med innføringen av TGK. I intervjuet med ledelsen ble vi presentert for tre årsaker, hhv sikkerhet, kvalitet og økonomi. Dette samsvarer ikke helt med de punktene vi ble presentert for under deltagelse på et av talegjenkjenningskursene i november 2009. På dette kurset ble intensjonen med innføringen av TGK presentert til å være service og effektivitet, kvalitet og sikkerhet, og økonomi. I intervju med lege 1 og 5 sa de følgende:

Lege 1: *”Vi fant frem en gammel presentasjon før TGK ble introdusert, der det faktisk stod at det skulle bli mer effektivt for oss. Ble solgt inn til oss som noe positivt ”.*

Lege 5: *”Det ble jo presentert slik at du har et ferdig dokument som du ikke får i postkassa igjen, men det viste seg ganske fort at det ikke går fortere for oss”.*

Legenes uttalelser gir her indikasjoner på at de har fått presentert informasjon om TGK som i etterkant har hatt en annen betydning. Våre data tyder av den grunn på at ledelsen har vært inkonsekvente i sin informasjonsformidling. I den sammenheng ønsker vi å stille spørsmål ved om det kan ha påvirket legenes oppfatning av TGK og deres oppfatninger av den nye rolleutøvelsen. Det er påfallende mange av legene som snakker mye om effektivitet og hvordan de føler TGK ikke lever opp til forventningene. Lege 4 og 8 uttalte dette:

Lege 4: *”Det er jo klart som jeg sa at hvis vi skal bruke så lang tid på å få ned noe på papiret noe som før har tatt noen minutter, og vi skal nå sitte og streve og så forsvinner det og så husker du ikke, du blir så konsentrert i oppbyggingen at du nesten glemmer hva du har tenkt til å skrive”.*

Lege 8: *”Når man har det travelt tar det for lang tid å bruke TGK, så da blir det gamle måten”.*

Av legenes uttalelser ser vi at de fokuserer mye på hvordan TGK påvirker deres rolleutøvelse i retning av å bli mindre effektiv. Vi stiller spørsmål ved hva som er årsakene til at legene snakker så mye om effektivitet, men at ingen påpeker ledelsens intensjoner som ligger til grunn for innføringen av TGK. Det er mulig det kommer av inkonsekvent informasjon i forhold til intensjonen med TGK. Et annet moment kan være at legene har blitt informert om at det tar ca 8 uker å bygge opp en profil på 8 timer effektiv taletid, jfr. 2.4. Lege 4 påpekte derimot dette under intervjuet:

”Jeg har arbeidet med TGK i ca. ett år, og det har jo blitt en del timer. De snakket vel om at etter åtte måneder skulle TGK (profilen) være ganske opplært, men den har fortsatt mye å lære”.

Ut i fra legens uttalelse er det en viss uoverensstemmelse med hva ledelsen mener de har kommunisert, sett i forhold til hva de intervjuede legene har oppfattet.

Under 5.1.1 påpeker ledelsen at legene har måttet endre sin rolleutøvelse som følge av innføringen av TGK. I følge Berger og Luckman (1966) medfører en slik endring av rolleutøvelse at legenes internaliserte praksiser ikke lenger gjelder. Vi ønsker i den sammenheng å stille spørsmål ved om ledelsen har tatt i betraktning at legene muligens ikke har de samme interessene som dem for å benytte TGK i sin informasjonsformidling, da legenes institusjonaliserte praksis ikke lenger vil være gjeldene. For ledelsen skal TGK være økonomibesparende, mens det for legene er meningen at TGK skal være et hjelpemiddel for mer oppdaterte pasientjournaler, som ifølge ledelsen kan føre til mer arbeid for legene. I hvor stor grad kan ledelsen forvente at legene skal ha samme interesser som dem, når de ikke lenger kan benytte sin institusjonaliserte praksis og de samtidig ikke ser fordelen ved å bruke lengre tid på den nye rolleutøvelsen? Slik vi erfarer det ut ifra intervjuene eksisterer det ulike interesser og motiver hos ledelsen og legene. Ut ifra overnevnte diskusjon kan det virke som at legene ikke har legitimert og internalisert TGK slik ledelsen ønsker. Av den grunn har det oppstått en uoverensstemmelse mellom ledelsens intensjoner og hva legene faktisk oppfatter

intensjonene til å være. I neste avsnitt vil det være naturlig å se på hvordan legene oppfatter endring av rolleutøvelsen.

5.1.4 Endring av rolleutøvelse

Innføringen av TGK innebærer at legene må endre sin rolleutøvelse. Legenes tidligere rolleutøvelse ble beskrevet av ledelsen til å være slik:

”Dette båndet levde sitt liv, som fulgte rundt i posthyllene og noen skulle sette seg ned å skrive, og så tok det tid fra legen hadde sett på pasienten til at informasjonen kom inn i journalen... Legen gjorde et skritt, og så var det noen som tok det videre”.

Denne praksisen har nå blitt endret slik at legene må fullføre mye av dette steget selv. I praksis innebærer det at legene må endre teknikken for diktering. De må rette større oppmerksomhet mot generell rettskriving og fokusere på at vesentlige ord er med i diktatet. Dette innebærer en stor endring i arbeidsflyten til legene, noe ledelsen er veldig klar over. I forbindelse med endring av arbeidsoppgaver og reaksjoner uttalte lege 2 følgende:

”I stedet for å ha faglige tanker og faglige tankevekkere som er viktige, kommer du liksom ut av det fordi du må fokusere på språket og alle disse småordene om de er med eller ikke. Og så blir du litt i etterkant hele tiden, litt på etterskudd... det blir ofte til at du venter med å talegjenkjenne og diktere til slutten av dagen, fordi da har du litt tid. Men da har du jo glemt mye, så det er ikke bra det heller”.

Legen gir her indikasjoner på at man ved den tidligere rolleutøvelsen utførte diktering rett etter konsultasjonen, og at han nå er redd for at han kan miste mye verdifull informasjon ved å vente til slutten av vekten med å tale inn i journalen. Ledelsen hevder på sin side følgende:

”De kan ikke sitte og beskrive bokstaver i farger og brodere ut. Dem må bli mer korte og konsise. Så er spørsmålet mottaker. Synes mottaker at det er bedre eller dårligere? Hva skal teksten inneholde?”

Våre data tyder på at det er visse motsetninger mellom legene og ledelsen i forhold til hva som er relevant å ta med i journalen for pasienten. Vi opplevde at mange leger snakket mye negativt om TGK, og de nevnte ofte at det var problemer med å oppfatte småord etc. Noen av legene var tilbøyelige til å se fordeler med TGK, men det kom ikke frem uten at vi rettet samtalen mot emnet. Samlet sett kan det virke som at den måten ledelsen har informert på kan ha påvirket legenes oppfatninger av de umiddelbare problemene med å diktere på rett måte, og at dette overskygger fordelene ved TGK. Tidligere er det henvist til at ledelsens

informasjonsformidling om TGK ikke har legitimert og internalisert den nye rolleutøvelsen hos legene. På den annen side ønsker vi å stille spørsmål ved om det kan være andre elementer utover informasjonsformidlingen som kan ha påvirket legenes manglende legitimitet og internalisering av den nye rolleutøvelsen.

I følge Hepsø (2005) betraktes praksis mennesker er vant til å utøve som å være internalisert i deres arbeidsdag. I dette tilfelle kan man betrakte legenes tidligere rolleutøvelse tilknyttet diktering for å være legitimert og institusjonalisert. I følge Busch et al. (2007) vil det si at den tidligere måten å diktere på har blitt den ”rette” måten å gjøre det på. I tilfeller der noe har blitt den rette måten å gjøre ting på stiller man ofte ikke så mye spørsmål til det, og blir innenfor ANT betraktet som en form for blackboxing. Når man innfører en ny praksis som medfører til at ting må gjøres på en annen måte enn tidligere, kan dette føre til at man må åpne opp den såkalte blackboxen. Legene har nå fått et større fokus på hvordan de faktisk jobber, og hvordan journalføringen foregår. Lege 3 uttalte følgende:

”Man blir mer oppmerksom på logistikken rundt oss”.

Dette kan være et godt bilde på at legene nå er i ferd med å ”pakke opp” og stille spørsmål til rolleutøvelsen som tar over for den de tidligere har benyttet. Ut i fra overnevnte diskusjon kan det virke som at legene ikke har vært særlig villige til å åpne blackboxen, da de hele tiden henviser til de negative sidene ved TGK, og hvor ineffektiv den er i forhold til tidligere rolleutøvelse. I intervjuet med ledelsen påpekte de at noen av legene ikke sier et eneste positivt ord om TGK, men at de heller ikke ville gå over til å bruke tidligere dikteringsmetode når de har fått tilbudet om det. Legene gir i sine uttalelser uttrykk for at de ikke vil åpne blackboxen, men ut ifra ledelsen påpekning, gir det derimot indikasjoner på at de har åpnet blackboxen. Våre data tyder på at legene har akseptert bruken av TGK, men vi stiller spørsmål ved i hvor stor grad de har legitimert og internalisert den. Hittil i diskusjonen er det vist til hvilke intensjoner ledelsen har med TGK, hvordan legene har oppfattet dette og hvordan TGK påvirker legenes rolleutøvelse. Det er derimot ikke henvist til hvordan legene faktisk har reagert på innføringen av TGK, og dette vil være fokus for videre drøftning.

5.1.5 Reaksjon

I intervjuene med legene fremkom det hos syv av åtte leger ingen positive sider eller fordeler med TGK. Det ble påpekt av flere at de vet de retter opp diktering på en gal måte. De er på vei inn i en ond sirkel og kan risikere at TGK ikke bygger opp deres profil slik det er intendert at den skulle. To av legene uttrykte dette:

Lege 5: *”Det er en ting man blir litt sløv på, for det blir jo til at man mister gnisten når man markerer lange uttrykk igjen og igjen, og skriver for hånd for det tar så lang tid. Jeg vet at jeg korrigerer en del ikke korrekt slik jeg skal”.*

Lege 8: *”Kan hende profilen min ikke er bra nok enda, men jeg syns ikke det er noe jeg kan bruke på vakt enda da det går for sakte”.*

Det finnes flere eksempler på at legene lar være å bruke TGK i sitt daglige arbeid, eller forsøker å komme rundt den. Av de legene vi har intervjuet er det opptil flere som selv sier at profilen kanskje ikke er bra nok. Lege 1 uttrykte blant annet dette:

”Som en følge av at jeg utfører en del standardinngrep blir det ca 30 sekunder nydiktering per operasjonsbeskrivelse. Ved bruk av mal bruker jeg bare dobbelt så lang tid som ved gammel metode. Jeg dikterer nesten aldri innkomsjournaler eller epikriser, og da er det klart man lærer langsomt”.

Ledelsen har uttrykt at det tar ca 8 timer å bygge opp profilen som er avgjørende for å få TGK til å kjenne igjen 98 % av det de taler inn. Legenes uttalelser gir indikasjoner på at de er klar over at profilen må ha et visst antall timer for å lære seg å kjenne personen på en god måte. Vi stiller spørsmål ved hvorfor legene ikke fokuserer på dette. Slik det er henvist til ovenfor har legene en annen oppfatning av TGK enn hva intensjonen med TGK er fra ledelsen sin side. Sett i lys av ANT gir det indikasjoner på at opparbeidelsen av taletid på 8 timer kan betraktes som et program fra ledelsens side, som legene må følge for å få det tiltenkte utbyttet av TGK. Legene gir på sin side uttrykk for at de ikke følger dette programmet slik et det er tiltenkt, og det kan av den grunn betraktes som et anti-program. Våre data tyder på at det er ulike oppfatninger av intensjonene med TGK som kan ha virket inn på dette. Et spørsmål vi stiller oss er om legene utfører anti-programmene bevisst? Kan det være andre faktorer som ligger bak legenes oppfatninger av TGK utover det som hittil er drøftet?

I intervjuene ble det sagt fra flere av legene at det ligger et visst tidspress på dem i deres rolleutøvelse, og de gir uttrykk for at TGK opptar mer av deres tid enn tidligere rolleutøvelse gjorde.

Lege 8 uttalte følgende:

”Det er mye bedre om heldigvis noen sykepleiere som har inne sitt kort fra før av, som du kan spørre om du kan få logge deg på DocuLive derifra for da slipper du å vente”.

Dette peker tilbake på et tidspress, men vi ser også en tilknytning til andre funksjoner som henger tett sammen med TGK. Dette er blant annet bruken av smartkort og tilgangen på datasystemene på St. Olav. Begge disse elementene er med på å skape frustrasjon og irritasjon hos legene, og kan ha medvirket til å prege deres oppfatning om TGK. På den ene siden kan det virke som legene gir uttrykk for at de har akseptert TGK, da man ønsker å jobbe med profilen og gjøre den bedre. På den annen side uttrykkes det at de ikke har tilstrekkelig med tid for å få det til, noe som underbygger tidligere påstand om at legene har akseptert TGK, men ikke legitimert og internalisert den.

5.1.6 Hovedfunn

Overnevnte drøftning gikk ut på å undersøke hvordan TGK påvirket legenes rolleutøvelse. I hovedsak baserte drøftningen seg på hvordan informasjon om TGK er gitt til legene, hvordan de oppfatter TGK og den nye rolleutøvelsen. Ledelsen mener på sin side de hadde planlagt hele innføringsprosessen med TGK på en god måte. Våre data tyder derimot på at det er gitt ulik informasjon om intensjonene til innføringen av TGK. I tillegg fremkommer det i diskusjonen at ledelsen ikke har tatt hensyn til at legene kan tolke budskap ulikt og at de kan ha ulike interesser av å benytte TGK. Ledelsens bruk av inskripsjon i form av opplæringskurs og informasjonsmateriale har av den grunn ikke vært tilstrekkelig for å få legenes interesser til å bli slik ledelsen hadde ønsket og sett det for seg. Som en effekt av ulike oppfatninger av intensjonene med TGK utfører ikke alle legene arbeidet med TGK etter hensikten, og utgjør av den grunn anti-program ovenfor ledelsen. Det er vanskelig å si om disse anti-programmene er bevisste eller ikke, da legene baserer sin rolleutøvelse i forhold til hvordan de føler TGK er realisert, og som ikke er i tråd med ledelsens intensjoner. Selv om meningsdanningen mellom ledelsen og legene ikke korrelerer tyder våre data på at legene har akseptert bruken av TGK, men det er usikkert i hvor stor grad de har legitimert og internalisert den i sin nye rolleutøvelse.

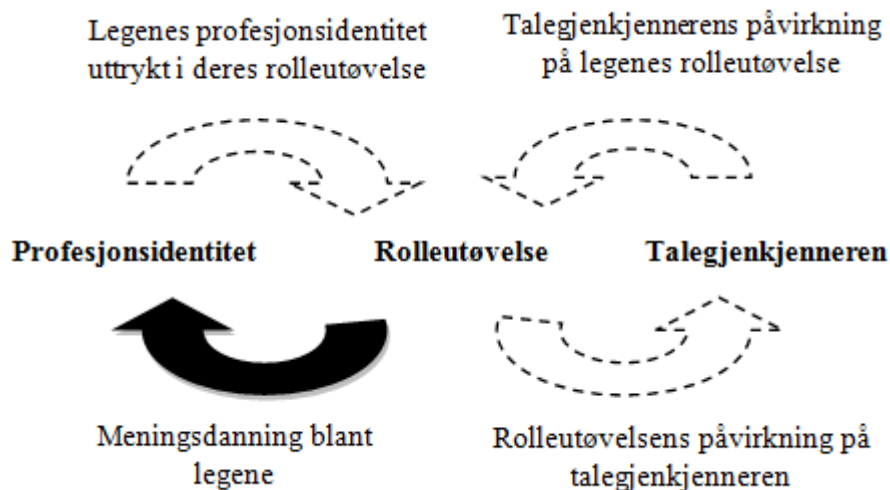
Ut i fra overnevnte diskusjon fremkommer det at legenes oppfatning av TGK ikke korrelerer med ledelsen. I følge March (1994) kan det komme av at beslutninger blir tatt på bakgrunn av ens egen fortolkning av situasjonen, hvem man er og hvilke antakelser man har av hva som forventes av en selv. Neste forskningsspørsmål vil av den grunn basere seg på legenes forståelse av TGK og selve innføringsprosessen.

5.2 Meningsdanning blant legene

I følge Berger og Luckman (1966) faller en stor del av menneskelig atferd inn i faste mønster, som kontinuerlig blir gjentatt og det ikke lenger stilles spørsmål til. Vår diskusjon av F1 viser hvordan TGK endrer legenes rolleutøvelse. For at den nye praksisen skal bli institusjonalisert og legitim uttrykker Berger og Luckman (1966) at den både må erkjennes og aksepteres av de personene den berører. Dette legger grunnlag for neste forskningsspørsmål, som lyder som følger:

F2: Hvordan har legene utviklet forståelse for TGK og prosessen med innføringen av denne?

Slik det fremgår av ”Rolleutøvelsens samspillmodell” vil vi ved dette forskningsspørsmålet se på hvordan legene har utviklet forståelse for TGK og innføringsprosessen, ut i fra meningsdanning og praksisfellesskap.



Figur 6: Rolleutøvelsens samspillmodell, steg 2

Under vår datainnsamling prøvde vi ved bruk av ulike spørsmål å avdekke om legene har pratet mye med hverandre om TGK, om de har en felles oppfatning av den, hvem som betraktes som deltakere i deres praksisfellesskap og hvordan de identifiserer seg med andre. For å strukturere analysen på en oversiktlig måte har vi først valgt å se på hvorvidt det eksisterer praksisfellesskap mellom legene og ledelsen. Deretter vil praksisfellesskap blant legene bli drøftet, etterfulgt av diskusjon rundt meningsdanningen mellom legene på gruppe- og individnivå.

5.2.1 Praksisfellesskap mellom legene og ledelsen

Under diskusjon av F1 fremkommer det at legene ikke besitter samme oppfatning om TGK som ledelsen. Meningsdanning skjer i følge Wenger (2004) innenfor et praksisfellesskap, der personer utvikler, forhandler og deler sine måter å forstå verden på. Av den grunn ønsker vi å se på om legene betrakter ledelsen som deltakere innenfor sitt praksisfellesskap eller ikke, for å kunne få en mer inngående forståelse av deres ulike oppfatninger om TGK enn hva som kommer frem under diskusjonen av F1. I flere av intervjuene kom legene med uttalelser som dreiet seg om praksisfellesskap mellom legene og ledelsen. Lege 2 uttrykte blant annet dette:

”Stadig kommer det nye ting, og vi har aldri blitt spurt om noe som helst vi som doktorer... Når man skal skjære ned på ting, så skal det skjæres ned på akkurat de som behandler pasienter, men de som administrerer, byråkratene, de blir det ikke færre av, tvert i mot, flere og flere og flere... Men jo flere byråkrater, jo mer kjepper i hjulene stikker det ofte for oss. For de skal rapportere seg imellom, og da må vi bruke tid på det, lage rapporter og oversikter. Som vi ikke helt kan se kommer pasientene til gode”.

I følge Wenger (2004) skjer meningsforhandling innenfor praksisfellesskap, der man søker en enighet mellom deltakerne. Uttalelsen til lege 2 gir derimot klare indikasjoner på at legen ikke karakteriserer seg i samme praksisfellesskap med ledelsen. Slik vi oppfatter legens uttalelse, virker det heller ikke som at han føler han har muligheten til å forhandle mening med dem, slik identitetsteorien sier at deltakere i et praksisfellesskap skal kunne gjøre. Identitetsteorien påpeker at identitet skapes gjennom de praksiser man engasjerer seg i, samtidig med de praksiser man ikke engasjerer seg i. Med vektlegging av ordet byråkrater i intervjuet gir legen klare signaler om at han ikke engasjerer seg i ledelsens praksis. Dette kjenner vi også fra Ashfort og Mael (1998) sin teori om sosial kategorisering, der man ut i fra legens uttalelser får en oppfattelse av at han heller ikke klassifiserer seg med ledelsen ut ifra hans uttalelse. Legens utsagn gir her klare indikasjoner på at han ikke betrakter seg selv og legene innenfor samme praksisfellesskap med ledelsen. Slik vi ser det kan det være med på å forklare hvorfor legene og ledelsen har ulike oppfatninger om TGK, utover momenter som kommer frem i diskusjonen under F1.

5.2.2 Praksisfellesskap på avdelingene

Praksis dannes i følge Wenger (2004) som en handling i en historisk og sosial kontekst som gir mening til det vi gjør og har sammenheng med hva som oppleves som meningsfylt i en organisasjon. Dannelse av mening betraktes i identitetsteorien som en lokal meningsforhandlingsprosess som skjer i praksisfellesskap. Samtlige av legene uttrykte at de hadde snakket med de andre legene på avdelingen om hvordan de synes TKG fungerer, men i ulik grad. Lege 6 uttrykte følgende:

”Jeg tror de har omtrent samme inntrykk som meg. Jeg tror det irriterer en del, men at vi alle er innstilt på å forsøke å gjøre det beste ut av det. Forsøke å få det til å funke, vi skjønner liksom at det er fremtiden. Men vi kunne ønske at det gikk litt raskere, at maskinene var bedre altså”.

Legens uttalelse bekrefter at det eksisterer et praksisfellesskap blant legene. Hvem som er deltakere i dette praksisfellesskapet er det derimot vanskelig å si noe konkret om, men vi antar at det ofte er leger fra samme avdeling, da det er de som møtes og snakker mest sammen. Et annet element i legens uttalelse er hans bruk av betegnelsen ”vi”, når han forklarer hvordan de andre kollegaene oppfatter TKG. På den ene siden kan denne uttalelsen gi et inntrykk av et meget sterkt praksisfellesskap blant legene. I følge Brewer og Gardner (1996) kan dette knyttes til en kollektiv identitet, der legen handler i ut fra den sosiale kategorien han tilhører. Dersom det er tilfelle, gir det indikasjoner på at legene sammenligner seg med de personene han assosierer seg med, som i dette tilfelle er de andre legene. Ifølge Ericson (1964) er dette med på å forme legens identitet. Vi har gjennomført en casestudie basert på nåsituasjonen, og kjenner derfor ikke til om den kollektive identiteten har vært til stede også i forkant av innføringen av TKG, eller om den har utviklet seg i ettertid av innføringen. På den annen side kan man stille spørsmål ved om legen faktisk uttrykker sine egne meninger i flertall for å avpersonifisere seg fra sine egne meninger som muligens gir han en følelse for å være mer ærlig.

Ser man derimot legens bruk av ”vi” opp mot identitetsteorien, som henviser til at man ved meningsdanning søker en enighet mellom mennesker, og mot ANT sin påpekning om at en aktør alltid vil forsøke å identifisere seg med allierte, kan uttalelsen gi en indikasjon på at legene har mobilisert et aktørnettverk med sammenstilte interesser. Dersom dette er tilfelle, påpeker Latour (1991) at aktørene i slike nettverk vil oppnå makt. Kan det være tilfelle at legen valgte å bruke betegnelsen ”vi” aktivt for å understreke at legene har en felles

oppfatning og erfaring med TGK, da han kjente til at denne avhandlingen ville bli sendt til ledelsen?

Lege 8 uttalte følgende på spørsmål om han hadde pratet med andre leger om TGK:

”Vi på avdelingen har pratet mye. Det er vel litt forskjellig hva folk mener. Noen har noenlunde positivt syn, men mange er ikke spesielt fornøyde tror jeg. Det er profilen som tar lang tid, og da blir det ofte til at man skriver inn selv i stedet”.

Vi ser her klare indikasjoner på at legene har snakket sammen om hvordan de mener TGK påvirker deres nye rolleutøvelse. Legen kjenner til andre leger som har både negative og positive erfaringer med TGK. Det virker derfor som de har delt og forhandlet sine måter å forstå TGK på, slik identitetsteorien hevder at meningsforhandlinger oppstår i et praksisfellesskap. Ifølge Wenger (2004) søker man en enighet mellom mennesker ved slik meningsforhandling, og dette kan ses i sammenheng med begrepet aktørnettverk, brukt av Latour (1991) som en betegnelse på nettverk av mennesker med samme interesser. Sett i lys av ANT som påpeker at en aktør alltid vil forsøke å identifisere allierte som har samme interesser som ens egne, gir lege 8 sin uttalelse inntrykk av at ikke alle legene på avdelingen er innenfor samme aktørnettverk. På den måten kan man tolke lege 8 sin uttalelse i retning av at det er et praksisfellesskap mellom legene på avdelingen, der leger med både positive og negative holdninger er tilknyttet, men at det finnes flere aktørnettverk.

5.2.3 Meningsdanning blant avdelingene

På spørsmål om legene hadde snakket mye med de andre legene på avdelingen uttalte lege 1 følgende:

”Det var selvfølgelig litt diskusjoner på forhånd, mens vi gikk på kurset og med en gang den ble implementert. Har vært lite snakk om den de siste par månedene...”

Legen gir her et inntrykk av at legene på denne avdelingen har snakket mindre sammen enn legene på avdelingen til lege 8. Sett i lys av identitetsteori dreier meningsdanning, omtalt som reifikasjon, seg om hvordan fysiske gjenstander blir gitt meninger i et fellesskap, og skaper våre erfaringer. Vi spør oss hvordan det er med TGK. Pratt og Rafaeli (1997) viser i sin forskning til hvilken betydning arbeidsantrekk som et kontekstspesifikt symbol bringer med seg identiteter. Betrakter man TGK som et symbol, får man ved å sammenstille lege 1 og 8 sine uttalelser et inntrykk av at TGK er gitt meninger lokalt på avdelingene og er kontekstspesifikk. Wenger (2004) hevder at en forhandlet mening både er historisk og dynamisk, kontekstuell og unik. En mulig årsak til at den kan være gitt ulike meninger kan

være at de ulike avdelingene bruker den på ulike måter, grunnet forskjellige arbeidsoppgaver, jfr. 2.4.1. Lege 1 sier i intervjuet at han bruker mye maler, fordi han utfører mest operasjoner, og benytter TGK i kun noen få minutter per pasient. Legene på avdelingen til lege 8 bruker derimot ikke maler og må da bruke TGK mer aktivt i sitt arbeid. På den annen side kan det være elementer som ikke blir nevnt eller som legene ikke klarer å uttrykke som kan forklare dannelse av meninger om TGK, slik Thuen og Vaage (1998) påpeker kan være tilfelle ved ubevisste sider av en selv.

Et annet element som kan ha innvirkning på hvordan meninger dannes på de ulike avdelingene kan være at det er forskjellig turnover på de ulike avdelingene. I intervjuet med ledelsen kom det frem at det var høyere turnover på avdelingen til lege 1 enn på andre avdelinger i vår undersøkelse. Sett i forhold til Wenger (2004) sin teori om at praksis definerer fellesskap i form av gjensidig engasjement, en felles virksomhet og et felles repertoar, kan det være tilfelle at avdelingen lege 1 arbeider på ikke har klart å opparbeide seg dette fellesskapet i like stor grad som andre avdelinger med lavere turnover, og dermed påvirket meningsdanningen ulikt.

I følge Wenger (2004) skjer reifikasjon som oftest utenfor det lokale fellesskapet, men må på den annen side gis mening lokalt. I forkant av intervjuene ble vi informert av ledelsen om at legene på St. Olav kjente til de negative erfaringer Ullevål Sykehus har hatt med innføringen av TGK. På spørsmål om legene kjente til Ullevål Sykehus sine erfaringer var det derimot ingen leger som uttrykte at de kjente til det. Dette gir indikasjoner på at erfaringer fra Ullevål ikke har hatt påvirkning på legenes meningsdanning, slik ledelsen antydte. I vår diskusjon av F1 kan det virke som at ledelsen har forsøkt å tillegge TGK mening i form av årsakene: sikkerhet, kvalitet og økonomi. Ut ifra overnevnte diskusjon virker det som at de ulike avdelinger har gitt TGK ulik mening, noe som innebærer at ledelsen ikke har klart å overføre sin reifikasjon av TGK til legene og avdelingene slik det var ønsket. Sett i lys av identitetsteori kan det virke som at legene i stor grad baserer seg på lokal meningsdanning om TGK, og tar mindre hensyn til reifikasjon som er gitt TGK utenfor deres lokale fellesskap. Lege 6 sa i intervjuet at avdelingen han jobber på har vært med på pilotprosjektet med innføringen av TGK, og han var i den forbindelse på et besøk ved sykehuset i Telemark for å se hvordan det fungerer i praksis. Han sa at han selv bruker mye tid på TGK, men at TGK fungerte meget bra for legen han snakket med i Skien, selv om hun snakket både med aksent og ikke helt korrekt. Legens uttalelse gir her indikasjoner på at meningsdanning om TGK som er gitt utenfor hans lokale fellesskap har vært med på å påvirke hans meningsdanning til TGK.

Det er vanskelig for oss å vite om denne meningsdanningen også gjelder for andre leger, men vi antar det er gjeldene for de andre legene på samme avdeling som lege 6. På den måten kan det virke som at meningsdanningen til TGK er gitt utenfor legenes felleskap, men samtidig lokalt slik Wenger (2004) påpeker. Hittil i analysen har vi diskutert hvordan meningsdanning har skjedd på ulike avdelinger, og vil videre i diskusjonen gå mer inn på hvordan meninger har blitt dannet på individnivå.

5.2.4 Meningsdanning på individnivå

Ovenfor er det henvist til at de ulike avdelingene kan ha gitt TGK ulike meninger. Ifølge identitetsteorien forstår mennesker verden på ulike måter, noe som kan være en årsak til ulik meningsdanning blant legene. Wenger (2004) påpeker at man definerer hvem man er ut i fra hvor man har vært hen og hvor man er på vei, noe som forbinder fortid, nåtid og fremtid. På denne bakgrunn vil vi kunne anta at legenes alder har påvirkning på hvilket inntrykk de har av TGK. Lege 2 uttalte følgende i sitt intervju:

”Hvis du snakker med de riktig gamle doktorene som har jobbet i tiden før data kom i det hele tatt, så har ting aldri vært mindre effektivt, enn noen gang før”.

En yngre lege fra samme avdeling (lege 5), mente derimot at det ikke er noen forskjell på legenes inntrykk når det gjelder alder. I de andre intervjuene fant vi ingen klare indikasjoner på at de mente alder har medvirket i særlig grad til ulike meningsdanning. Våre data tyder av den grunn på at alder ikke har så stor betydning for meningsdanningen om TGK.

Men uttalelsen til lege 2 kan gi en indikasjon på at eldre leger har brukt historier til å overføre sine erfaringer fra tidligere til fremtidige situasjoner. I følge Wenger (2004) gir det en mulighet til å tilegne seg meninger, men det kan i dette tilfelle virke som legene kan ha brukt det som oversettelsesprosess, slik Monteiro (2000) viser til. Dersom det er tilfelle, kan man ut ifra uttalelsen anta at de eldre legene har brukt historier som et motprogram til TGK. På denne måten kan de ha forsøkt å få sammenstilt andre legers interesser med sine egne, slik ANT betrakter som en oversettelsesprosess. I følge Callon (1986) kan man ut i fra diskusjonen ovenfor betrakte de eldre legene som obligatoriske passasjepunkt, som har tatt i bruk det Christensen og Jensen (2008) betegner som relasjonell makt. Christensen og Jensen (2008) påpeker at aktører også kan oppnå makt ved bruk av substansiell makt. Det innebærer at det muligens ikke er historier som kan ha påvirket de andre legenes virkelighetsoppfatninger, men at det er de eldre legenes status som kan ha gjort det. På den annen side kan det være tilfelle at legen uttrykker seg i tredje person, men dette virker for oss

lite sannsynlig da han var i aldersgruppen mellom 40 og 50 år. De fleste som er i denne aldersgruppen har i store deler av sitt yrkesliv måttet håndtere teknologi og datamaskiner og bør da kjenne til bruk av teknologi.

På spørsmål om legene hadde pratet om TGK med de andre legene på avdelingen henviste lege 4 til lunsjen dagen før, der han i en samtale med en kollega og en kvinnelig urolog uttrykte frustrasjon over TGK. Vi ble her fortalt at kollegaen arbeidet på samme avdeling, men legen vi intervjuet sa ingenting om hvilken avdeling urologen tilhørte. Hva ligger så i uttalelsen at han ikke omtalte urologen som en kollega? De arbeider jo på samme sykehus og spiser lunsj i samme kantine. Ser vi dette i forhold til Dutton, Dukerich og Harquail (1994) sin teori om at vi identifiserer oss selv med andre grupper som likner oss selv, kan det virke som legen ikke definerer seg lik urologen, siden han ikke omtaler henne også som en kollega. Ashfort og Mael (1989) hevder at vi klassifiserer oss selv inn i sosiale kategorier basert på karakteristikker av prototyper som tilhører kategoriene. Det er mulig legen klassifiserer leger med samme arbeidsoppgaver inn i sin sosiale kategori og av den grunn ikke omtaler urologen som en kollega. På den annen side gir legen uttrykk for at han har delt meninger og oppfatninger om TGK med urologen, noe som i følge Wenger (2004) utgjør et praksisfellesskap. Ut ifra hvordan legen ordla seg om samtalen med kollegaen og urologen, kan det virke som at han ikke føler han har det gjensidige forholdet til urologen som Wenger (2004) påpeker deltakere har innenfor et praksisfellesskap. Identitetsteori definerer et praksisfellesskap ut ifra gjensidig engasjement, felles virksomhet og felles repertoar. Legen og urologen utfører ulike arbeidsoppgaver og er i mindre kontakt med hverandre i løpet av en arbeidsdag enn andre kollegaer med like arbeidsoppgaver. Det kan av den grunn være tilfelle at legen ikke føler han har utviklet de momentene identitetsteori viser til som definerer et praksisfellesskap med urologen. Sett fra en annen side kan det være tilfelle at legen betrakter urologen innenfor samme praksisfellesskap, men har bevisst omtalt henne som urolog for å understreke at det er flere leger enn han som besitter de samme oppfatningene om TGK. På den måten kan det virke som at legen aktivt har benyttet urologen for å kunne gjemme seg bak henne for ikke å gi inntrykk av at han gir direkte kritikk til TGK.

I intervjuet med lege 1 sa han følgende, da han ble spurt om hvilket inntrykk kollegaene har av TGK, og hvordan de føler den fungerer i det daglige arbeidet:

”Tror TGK muligens fungerer bedre for legene som går primærvaktskift på avdelingen, da de har et større dikteringsvolum, og har kommet lengre i læringsprosessen”.

Uttalelsen gir et inntrykk av at legen ikke har snakket nevneverdig mye med legene som går på andre skift enn han selv gjør. Sett i lys av identitetsteori som påpeker at man innenfor praksisfellesskap forhandler og deler sine teorier om hvordan man forstår verden, gir det en indikasjon på at legen ikke føler han er i samme praksisfellesskap som de legene han omtaler. I følge Berger og Luckman (1966) utvikler gjentatte handlinger seg over tid til å bli institusjonaliserte praksiser. Under intervjuet henviste legen til at han og de omtalte legene har ulike arbeidsoppgaver. En mulig årsak til at de har snakket lite sammen om TGK kan være at de baserer sitt arbeid på ulike institusjonaliserte praksiser, og de berøres da ulikt av TGK. Dette kan ha ført til at det ikke har vært naturlig for legene å snakke om det. På den annen side viste intervjuet med lege 1 til at de den siste tiden hadde vært igjennom veldig mange endringer, alt fra nytt bygg, nytt telefonsystem og sikkerhetssystem til TGK, og kan av den grunn hatt effekt på at de ikke har snakket sammen om TGK.

Et annet element som kan ha virket inn på legenes ulike meninger om TGK kan i følge Pratt og Rafaeli (1997) være at de ansatte opplever innføringen av TGK som en rask og stor endring. Vi fikk ingen konkrete uttalelser som indikerer at innføringen av TGK oppfattes som en stor og rask endring, men sett i forhold til lege 2 sin uttalelse om at det stadig kommer nye ting legene må ta i bruk, gir det indikasjoner på at noen av legene oppfatter innføringen av teknologien på St. Olav som stor og rask.

5.2.5 Meningskonstruksjoner på tvers av avdelinger

Albert og Whetten (1985) sier at organisasjoner bruker identiteten for å karakterisere seg selv, der man stiller spørsmål til hvem man er og hvilken type virksomhet man driver med. Våre data viser ikke at legene bevisst hadde stilt seg disse spørsmålene. Det virker derimot som at de hadde stilt seg spørsmålene ubevisst, da samtlige leger uttalte at de oppfatter den nye rolleutøvelsen mer som sekretærarbeid. Lege 4 ga i denne sammenhengen uttrykk for at TKG begrenser hans rolleutøvelse i forhold til hva den har vært tidligere, idet han nå må bruke lengre tid med journalføring i sin rolleutøvelse, og mindre tid på pasienter. Ovenfor er det henvist til at de ulike avdelingene og legene muligens har gitt TGK ulike meninger, men sett i forhold til Albert og Whetten (1985) sin teori, kan det virke som om de har dannet like

meninger om hvordan de oppfatter den nye rolleutøvelsen. Vi ser at legene uttrykker frustrasjon over at TGK opptar mer av deres tid enn hva den tidligere dikteringsmetoden gjorde. På den annen side kan man stille spørsmål ved hva som er årsaken til at leger fra fire ulike avdelinger med ulike arbeidsoppgaver har samme oppfatning om hvordan TGK endrer deres rolleutøvelse. Kan det komme av at det er andre elementer som utgjør en sterkere påvirkning på meningsdanning enn hva vi hittil har drøftet? Dette leder inn på neste forskningsspørsmål der vi vil se på hvilken påvirkning profesjonsidentiteten har for legenes rolleutøvelse.

5.2.6 Hovedfunn

Av diskusjonen over går det frem at flere momenter har påvirket legenes meningsdanning og forståelse av TGK. I hovedtrekk tyder vår datainnsamling på at legene ikke betrakter seg selv innenfor samme praksisfellesskap som ledelsen. Vi antar at dette er med på å forklare deres ulike oppfatninger om TGK, utover elementer som fremkommer i F1. Våre data gir indikasjoner på hver av avdelingene kan betraktes som et praksisfellesskap, der det innenfor enkelte eksisterer flere aktørnettverk. Diskusjonen gir i tillegg klare indikasjoner på at de ulike avdelingene har dannet ulike meninger om TGK, basert på at de har forskjellige arbeidsoppgaver. Legenes mening om TGK er av den grunn gitt lokalt på de ulike avdelingene, i tillegg til å være påvirket av meningsdanning om TGK utenfor legenes praksisfellesskap. Ulik meningsdanning blant avdelingene kan utover de nevnte momentene komme av ulik turnover på avdelingene.

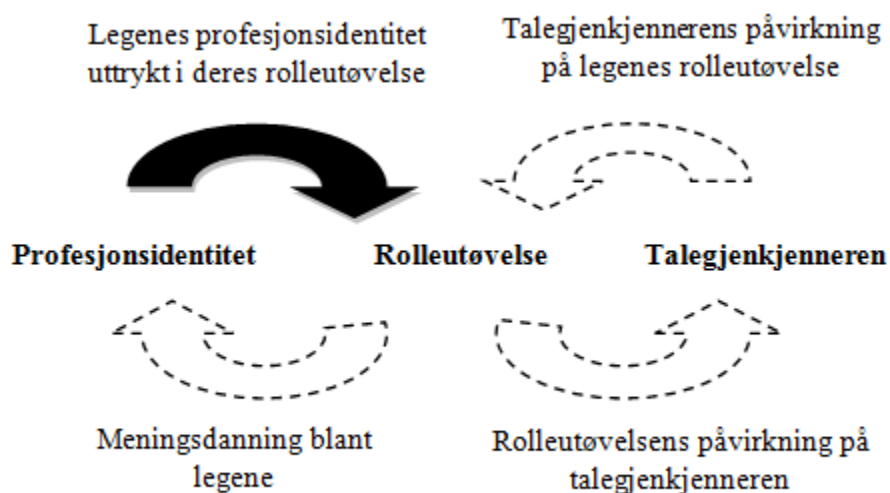
Våre data viser også til at det eksisterer ulik meningsdanning hos legene, der de eldre legene sine historier eller status kan ha virket inn. Erfaring og alder har ut ifra våre data ikke hatt påvirkning på legenes meningsdanning. Samlet sett kan vi knytte analysen til Wenger (2004) sin teori om at praksis, språk, artefakter og virkelighetsoppfatninger avspeiles i sosiale relasjoner, som en gjensidig konstruksjon mellom individer og kollektiver. Basert på diskusjonen ovenfor finner vi en kombinasjon av både deltakelse og ikke deltakelse hos legene. Sett i forhold til identitetsteori er det med på å forklare hvordan legene har plassert seg i det sosiale landskapet, hva de interesserer seg for, hva de forsøker å forstå og hva de velger å ignorere. Det gir med andre ord indikasjoner på hva som ligger til grunn for legenes forståelse for TGK og prosessen med innføringen av den.

5.3 Profesjonsidentitets påvirkning på legenes rolleutøvelse

Etter å ha analysert hvordan meninger dannes mellom legene og tilhørighet til ulike praksisfellesskap, vil det være naturlig å se på hvordan legenes profesjonsidentitet påvirker deres oppfatning av den nye rolleutøvelsen. Forskningsspørsmål 3 lyder som følger:

F3: Hvordan påvirker legenes profesjonsidentitet deres rolleutøvelse?

Med dette forskningsspørsmålet ønsker vi å avdekke hva som utgjør legenes profesjonsidentitet og i hvor stor grad legene oppfatter den nye rolleutøvelsen i lys av sin profesjonsidentitet.



Figur 7: Rolleutøvelsens samspillmodell, steg 3

For å kunne svare på forskningsspørsmålet spurte vi legene om hva de assosierer med profesjonsidentitet, hva de oppfatter sin profesjonsidentitet til å være og om de føler den har blitt endret som følge av innføringen av TGK. I forkant av intervjuene var vi klar over at det kunne være vanskelig å få svar på spørsmål om profesjonsidentitet. Dette på grunn av at det kan være vanskelig å sette ord på hva det innebærer for legene, da begrepet i følge Thuen og Vaage (1989) kan utgjøre en ubevisst del av dem selv. Vi ønsket med dette forskningsspørsmålet å komme frem til hvordan legene uttrykte sin profesjonsidentitet i sin rolleutøvelse. Analysen starter derfor med diskusjon rundt assosiasjoner legene har til profesjonsidentitet, deretter drøfter vi hvilken oppfatning de har av sin profesjonsidentitet. Så vil vi se på om legene føler at profesjonsidentiteten har blitt endret som en følge av

innføringen av TKG. Avslutningsvis vil vi drøfte om det er andre elementer enn legenes profesjonsidentitet som har virket inn på deres oppfattelser av den nye rolleutøvelsen. Analysens oppbygning vil samlet sett gi et helhetlig bilde på hva som utgjør legenes profesjonsidentitet og i hvor stor grad legene oppfatter den nye rolleutøvelsen i lys av sin profesjonsidentitet.

5.3.1 Legenes assosiasjoner til profesjonsidentitet

På spørsmål om hva man assosierer med profesjonsidentitet svarte lege 6 at det gikk ut på deres generelle arbeidsforhold, deres forhold til pasienter og det arbeidet som der nedlegges. På samme spørsmål henviste lege 3 til helsepersonell i forhold til de forskjellige yrkesidentitetene. Han skilte mellom doktorer, sykepleiere, sekretærer og hjelpepleiere. Lege 5 syntes det var vanskelig å svare på spørsmålet, men mente det gikk på selvoppfatning som lege. Vi ser at legene har uttrykt seg forskjellig ut ifra hva de assosierer med profesjonsidentitet. Thuen og Vaage (1989) påpeker at en person er et aktivt ”subjekt” som opptrer på bakgrunn av grunnleggende antakelser og normer. Grunnleggende antakelser er i følge Berger og Luckman (1966) internalisert hos hver enkelt person ut i fra alt som har påvirket han til å bli den personen han er. Dette kan det være med på å forklare legenes ulike svar. De har ulike erfaringer knyttet til oppvekst, familie, venner og andre elementer som har vært med på å danne deres grunnleggende antakelser. Dette kan sammenstilles med Legeforeningen sin påpekning av at legenes profesjonalisering er basert på det legene selv opplever i en livslang prosess med stadig endring (legeforeningen.no).

Det er mulig at lege 6 knytter profesjonsidentitetsbegrepet opp mot sin jobbfunksjon, som i følge Haslebo (2004) ofte beskrives ut ifra arbeidsoppgaver, ansvar og beslutningskompetanse. Haslebo (2004) påpeker at personer som utfører sin jobbfunksjon utøver en rolle som det stilles en mengde forventninger til og der det finnes en rekke normer for atferd. Det er mulig at lege 6 har uttalt seg i forhold til sin jobbfunksjon, men at den også utgjør hans profesjonsidentitet, da begge bygger på antakelser og normer. Det vil være naturlig å stille spørsmål ved i hvor stor grad man kan skille mellom rolleutøvelse og profesjonsidentitet. Det er for oss vanskelig å vite hvordan legene oppfatter spørsmålet og hva de baserer sine uttalelser på tilknyttet profesjonsidentiteten. Siden alle legene uttrykker seg i forhold til legeyrket og sine arbeidsoppgaver, vil man anta at de svarer ut ifra sin egen oppfattelse av sin profesjonsidentitet. Dette leder videre inn på hva som i følge legene utgjør deres profesjonsidentitet.

5.3.2 Legenes profesjonsidentitet

Ovenfor er det vist til hva legene assosierer med profesjonsidentitet. Under intervjuene kom det ikke frem klare formuleringer mht hva legene oppfatter som sin profesjonsidentitet, men vi fikk en rekke uttalelser som kan gi indikasjoner på hva profesjonsidentiteten baserer seg på.

I intervjuet med lege 4 ble blant annet dette sagt:

”Altså vi er doktorer og har kostbar legetid og noen har jo ikke mer enn let, finn og trykk metoden. Sekretærer kan jo stort sett touchmetoden, og hun skriver jo like fort som vi dikterer, så får hun med alle småordene for hun kan jo norsk. Vi har ikke gått på skolen for å skrive da er det bedre å gi den oppgaven til de som er spesialister på skrivning, de som er kvalifisert til å holde på med sånne ting”.

Gjennom uttalelsen får man et inntrykk av at skrivning ikke utgjør en del av legens arbeidsoppgaver. Denne uttalelsen er i samsvar med samtlige av de andre legenes uttalelser, der de sier at de ikke føler at skrivning utgjør en del av deres arbeid. Sett i forhold til Johansen (2009) sin teori, gir det indikasjoner på at legene prøver å definere arbeidsoppgaver innenfor eller utenfor sin profesjons myndighetsområde. Dersom det er tilfelle, kan legenes uttalelse oppfattes som et ønske om å kontrollere den institusjonelle påvirkningen de er stilt ovenfor, slik Johansen (2009) poengterer i sin teori. På den måten får man ut ifra legenes uttalelser inntrykk av at legene ønsker å fremstå som en selvstendig yrkesgruppe med kontroll og autoritet over eget fag og arbeidsfelt, noe som er helt i tråd med Sommervold (1997) sin definisjon på profesjoner.

Lege 2 uttrykte blant annet dette under intervjuet:

”Før kunne du snakke litt rolig og stille og du sjenerte ikke kollegaen din. Men nå så blir du jo sittende og gjenta og gjenta inn i denne her mikrofonen, og det er flaut både for deg og det er ubehagelig for kollegaen. Og så disse kontorlandskapene som de også vil at vi skal bruke, det egner seg overhodet ikke med talegenkjenneren. Man må i praksis sitte alene på kontoret”.

Denne uttalelsen gir en indikasjon på hvordan legen mener at han kan opptre ovenfor andre leger. Ut ifra hvordan han ordlegger seg og føler flauhet kan det virke som at han baserer sine handlinger på det å bli anerkjent som en deltaker innenfor fellesskapet blant legene jfr.

Heggen (2005). Dersom dette er tilfelle kan det tyde på at profesjonsidentiteten utgjør en meget sterk rolle hos legen, noe som gir svar på Heggen (2005) sitt spørsmål om en profesjon muligens har mer å si enn man ofte tenker seg. Uttalelsen viser en mer eller mindre bevisst

oppfatning av hva legen anser for å være en profesjonell yrkesutøver, slik det henvises til innenfor profesjonsteori. Men her er det viktig å trekke inn flere uttalelser for å kunne si noe mer sikkert om hva legene baserer sin profesjonsidentitet på.

Utover sitatet ovenfor sa lege 2 også dette under spørsmål om deres profesjonsidentitet:

”Nei, du blir ganske fortvilet altså, for stadig kommer det nye ting, og vi har aldri blitt spurt om noe som helst vi som doktorer. Fokuset det er liksom å få en pasient, stille en diagnose, starte behandling, og kommer liksom helt i bakgrunnen ofte for alt annet tull... Legene behandler mange færre pasienter nå enn det de klarte før. Før kunne de bare konsentrere seg om pasienter hele veien, de kunne ta mange flere konsultasjoner i løpet av en dag”.

I denne uttalelsen fra legen er det flere momenter som kan drøftes. Vi vil først ta utgangspunkt i den første setningen i sitatet. Legen gir her klare signaler om frustrasjon over nye ting og over at de ikke får være med på å bestemme det som angår legenes arbeidsoppgaver. Legens uttalelse kan ses opp mot Johansen (2009) sin teori om at den enkelte profesjonelle har mindre selvstendig innflytelse i forhold til tilrettelegging og utførelse av sitt arbeid. Det kan se ut som at uttalelsen underbygger denne teorien. Sett i forhold til Sommervold (1997) sin definisjon på profesjoner, kan uttalelsen gi indikasjoner på at legen føler at hans autoritet og kontroll over eget arbeidsfelt blir utfordret av nye ting som han må ta i bruk, og dette utløser da stor frustrasjon hos legen. Frustrasjon over å måtte ta i bruk stadig nye arbeidsmetoder nevnes også av flere av de andre legene. Et naturlig spørsmål vil da være om noen leger har sterkere profesjonsidentitet enn andre og om den gir utslag på grad av frustrasjon ovenfor TGK. I empirien var det ingen uttalelser som tydet på at det var tilfelle. Man kunne anta at leger som har arbeidet i mange år muligens har en sterkere profesjonsidentitet enn de som ikke har jobbet fullt så lenge, men dette avkreftes under F2. Abbott (1988) hevder at ulike profesjoner har ulike myndighetsområder over arbeidsoppgaver, som er gjenstand for stadig forhandling og reforhandling, og som i følge Sommervold (1997) vil endre seg over tid. På bakgrunn av overnevnte diskusjon gir legenes uttalelser derimot et inntrykk av at de ikke vil akseptere at deres rolleutøvelse skal være gjenstand for forhandling i særlig stor grad. Sett i forhold til noen av legenes uttalelser kan det virke som at legene motsetter seg byråkratenes beslutninger. Legenes motsetninger kan da betraktes som et anti-program mot ”byråkratenes” bestemmelser.

Lege 2 gir videre i sin uttalelse et bilde av hva hans arbeid går ut på. Slik det fremkommer i uttalelsen oppfatter legen sine arbeidsoppgaver til å være direkte rettet mot pasienter, og han føler seg tydeligvis forstyrret av andre elementer han ikke betrakter som

direkte pasientarbeid. I tillegg peker han på et effektivitetsaspekt, idet han sier noe om hva han oppfatter som effektivt arbeid og ikke-effektivt arbeid. På denne måten gir legen en indikasjon på at TGK er et av elementene som oppfattes til å gjøre hans arbeidsdag mindre effektiv enn hva den var tidligere. Med bakgrunn i Grimen (2009) sin teori om at profesjoner er praksis, kan legens uttalelse tolkes som at han oppfatter sitt arbeid og sin profesjonsidentitet til å være tilknyttet direkte pasientarbeid som han har kunnskap og kompetanse til å utføre. Dette underbygger Edström, Lunde og Matlary (2009) sin teori om at legenes profesjonsidentitet knytter seg til deres kompetanse. Av 8 intervjuede leger, ga 7 leger samme inntrykk som lege 2 mht hva de betrakter som sine arbeidsoppgaver og hva de anser som effektivitet. Uttalelsen er da med på å underbygge påstanden om at legenes oppfatning av sin praksis utgjør deres profesjonsidentitet.

Grimen (2009) poengterer at personer kan utøve kontrollerbar makt ovenfor de som er avhengig av dem. Kan det være tilfelle at legene med hensikt har valgt å vektlegge at deres arbeid knytter seg til pasientrettet arbeid - for å påvirke ledelsen og andre aktører som er avhengig av dem til å forstå at deres arbeid ikke knytter seg til elementer som reduserer deres effektivitet? Legene vet at ledelsen er avhengig av deres kompetanse, men ut ifra diskusjonen under F2 betrakter ikke legene seg selv som deltakere i praksisfellesskap med ledelsen. Kan det være tilfelle at legene under intervjuene har benyttet kontrollerbar makt, slik Grimen (2009) uttrykker det, med ønske om å påvirke fremtidige beslutninger hos ledelsen som berører deres profesjonsidentitet og rolleutøvelse? Dersom det er tilfelle, kan man i følge Wenger (2004) betrakte legenes uttalelser som uttrykk for maktutøvelse i form av styring og kontroll av energi, omtalt som innordning.

I følge Brante (2009) er profesjoner yrker som baserer sin virksomhet på vitenskapelig forskning. Innenfor helsevesenet reguleres forskning etter Helseforetaksloven, som viser til følgende: *”En god helsetjeneste, effektiv sykdomsbehandling og virksomme helsefremmende tiltak forutsetter sikker kunnskap. Slik kunnskap fremskaffes gjennom systematiske, vitenskapelige undersøkelser”* (Helseforetaksloven, 2002). Legeforeningen underbygger dette med følgende påpekning tilknyttet medisinsk forskning: *”Det er viktig at all undervisning har en reell kunnskapsbasert forankring, og i størst mulig grad er basert på resultater oppnådd gjennom forskning. De fleste leger i vitenskapelige stillinger har undervisning som en av sine viktigste arbeidsoppgaver”* (Den Norske Legeforening, 2010). Man får gjennom disse sitatene fra helseforetaksloven og legeforeningen et inntrykk av at legenes arbeid baserer seg i stor grad på forskning, slik Brante (2009) påpeker. Derfor kan man stille spørsmål ved om legene

uttrykker Brante (1999) sin teori indirekte ved hele tiden å referere til at deres arbeid er rettet mot direkte pasientarbeid. Dersom det er tilfelle, gir det indikasjoner på at legene ikke oppfatter TGK som basert på vitenskaplig forskning, i alle fall ikke innenfor sin profesjonsidentitet.

I følge Haslebo (2004) sin teori om at det i store deler av offentlig sektor er viktig at roller er tydelige og veldefinerte for den enkelte kan det muligens være tilfelle at det ikke er profesjonsidentiteten som ligger til grunn for legenes frustrasjon over TGK. På den annen side uttrykker Haslebo (2004) at det knytter seg en rekke forventninger og normer for atferd til en rolle, noe som kan betraktes som et av elementene som utgjøre legenes profesjonsidentitet.

Gjennom analysen har man inntil nå fått inntrykk av at legenes profesjonsidentitet knytter seg til deres kompetanse og arbeid direkte overfor pasienter. Det kan så stilles spørsmål ved hva som har vært med på å danne legenes profesjonsidentitet slik den er i dag. I intervjuet med lege 6 fortalte han om hvordan ting hadde forandret seg fra han startet å jobbe for 30 år siden, der han henviste til at sekretærene på den tiden hentet og la frem arbeidstøy til han før hver vakt i tillegg til at de utførte en rekke andre oppgaver. I følge Wenger (2004) danner identitet baner mellom fortid, nåtid og fremtid. Legeforeningen sin uttalelse om at legers profesjonsidentitet er en livslang prosess med stadige endringer kan betraktes som en underbygging av Wenger (2004) sin teori. Derfor vil det være naturlig å se på om legene mener at deres profesjonsidentitet har blitt endret som en følge av innføringen av TGK. Dette for å få et helhetlig bilde på legenes profesjonsidentitet og hvordan den muligens påvirker deres rolleutøvelse.

5.3.3 Endring av legenes profesjonsidentitet

Lege 8 uttalte følgende på spørsmål tilknyttet endring av deres profesjonsidentitet:

”Nei, det vet jeg ikke. Men vi blir jo pålagt bare mer og mer all mulig slags... jeg føler vi blir pålagt bare mer og mer administrative oppgaver. Vi får ikke så mye hjelp lenger, nesten så jeg sitter og venter på at vi snart må vaske kontoret selv”.

Slik det går frem av uttalelsen gir legen først uttrykk for at han ikke vet om deres profesjonsidentitet har blitt endret, men gir like etter uttrykk for at den har endret seg. Legen sin uttalelse kan som tidligere uttalelser knyttes til Thuen og Vaage (1989) sin teori om at det kan være vanskelig å uttrykke seg om det ”ubevisste jeg” som bygger på grunnleggende antakelser og normer. Legen gir i sin uttalelse, i likhet med andre leger, uttrykk for at andre arbeidsoppgaver enn direkte pasientarbeid ikke betraktes som deres arbeidsoppgaver. Ut ifra

overnevnte uttalelser og diskusjon får man et inntrykk av at legene ønsker å ha kontroll og autoritet over eget fag og arbeidsfelt, slik Sommervold (1997) påpeker. Et naturlig spørsmål å stille i den sammenhengen er om legene mener dette har endret seg som en følge av TGK. Legen gir inntrykk av at arbeidet nå består av mer administrative oppgaver enn tidligere, noe som ikke samsvarer med legenes oppfatning av hva som er deres arbeidsoppgaver og profesjonsidentitet, jfr. tidligere diskusjon. Ut i fra tidligere refererte uttalelser er ikke lege 8 alene om denne oppfatningen. Dette gir oss et inntrykk av at legene føler deres profesjonsidentitet har blitt endret som en følge av innføringen av TGK.

Legen henviser til at deres rolleutøvelse hittil har vært preget av at de har hatt personer rundt seg til å utføre arbeidsoppgaver som ikke knytter seg til direkte pasientarbeid. En slik uttalelse kan gi indikasjoner på at deres rolleutøvelse, betraktet som deres profesjonsidentitet, har basert seg på andre elementer enn hva som tidligere er drøftet. Vi kan derfor stille spørsmål ved om legene i så stor grad har basert sin profesjonsidentitet på vitenskaplig forskning, slik Brante (1999) henviser til. På den ene siden kan det være tilfelle at legene føler TGK utfordrer deres profesjonsidentitet ved at den ikke bygger på vitenskaplig forskning, men at de ikke klarer å uttrykke det utover å vise til frustrasjon. På den annen side gir legene uttrykk for at de føler frustrasjon over sin nye rolleutøvelse ved at de oppfatter den nye rolleutøvelsen som litt mindre viktig og at det blir sett på som mer ”sekretærarbeid”. Legenes uttalelser og diskusjon gir indikasjoner på at legene baserer sin profesjonsidentitet på å være tilknyttet deres arbeidsoppgaver, som nå er endret som en følge av TGK.

March (1994) påpeker at en handling alltid vil springe ut ifra hvilken rolle man innehar. Grimen (2009) underbygger denne teorien ved å påpeke at profesjoner er politiske konstruerte yrker, som har sin status og kan spille sine roller som følge av at de av forskjellige historiske grunner har oppnådd politisk legitimitet for det man gjør. Kan det være tilfelle at legene føler de mister sin rolle og sin legitimitet ved at de nå utfører arbeidsoppgaver som også andre yrkesgrupper kan utføre og at de av den grunn uttrykker en sterk frustrasjon over TGK? Dersom det er tilfelle gir det indikasjoner på at deres profesjonsidentitet har blitt endret som en følge av innføringen av TGK og at de oppfatter at deres legitimitet har blitt redusert. I intervjuene fremkom det at legene i liten grad var motivert til å sette seg ordentlig inn i bruken av TGK. Sett i forhold til Grimen (2009) sin teori om at status kan forme motivasjon og handlinger, kan man stille spørsmål ved om legene ikke ønsker å sette seg ordentlig inn i bruken av TGK fordi de føler de vil miste sin status ved å bruke den.

Som svar på spørsmål om endring av profesjonsidentitet uttrykker lege 3 at:

”Ikke så vesentlig, men man har kanskje blitt litt mer oppmerksom på logistikken rundt oss. En logistikk man er avhengig av hele tiden skal fungerer”.

Ut ifra legens uttalelse får man også her inntrykk av at legen synes at hans rolleutøvelse har endret seg, i form av å bli mindre avhengig av andre. Det kan derimot virke som at legen ikke føler deres legitimitet har blitt utfordret som en følge av TGK og heller ikke deres profesjonsidentitet i særlig stor grad.

Lege 6 ga uttrykk for at deres profesjonsidentitet ikke har blitt påvirket av innføringen av TGK. Like etter uttrykte han likevel dette:

”Det gjør nok en viss forskjell i jo mer isolert vi blir, jo færre vi har til å hjelpe oss så føler vi oss kanskje litt mer ført i en krok... Og vi har jo veldig nær kontakt med sekretærene som kunne gjøre en del av arbeidet for oss. Det fører kanskje til at man føler seg litt mindre viktig? Har ikke tenkt over det...”

Lege 6 gir som de to overnevnte uttalelsene uttrykk for at legene har færre folk til å hjelpe seg som en følge av TGK. Uttalelsen viser at legen ikke har tenkt noe over om deres profesjonsidentitet har blitt endret. Men samtidig uttrykker han at de muligens blir sett på som litt mindre viktige. I dette tilfellet, der legen sier at de føler seg mindre viktige kan det derimot virke som at han har tenkt over det tidligere, da at han klarte å sette ord på hvordan han føler deres rolleutøvelse har endret seg. Legen har ingen klare uttalelser om profesjonsidentiteten har blitt endret, noe som gir indikasjoner på at den utgjør en ubevisst del av seg selv, og er av den grunn vanskelig å sette ord på, slik Thuen og Vaage (1989) påpeker. Samlet sett kan det virke som lege 6 føler hans profesjonsidentitet har blitt endret ved at han føler dem blir mindre viktige, selv om han muligens ikke synes det er lett å uttrykke seg om det.

Ovenfor har vi presentert ulike uttalelser i tilknytning til endring av legenes profesjonsidentitet. I uttalelsene gir legene uttrykk for at deres profesjonsidentitet er endret i større eller mindre grad, og flere viser til en rolleutøvelse som innebærer mer sekretærarbeid. Under intervjuene kom det også frem andre elementer som legene føler har påvirket deres profesjonsidentitet.

Pratt og Rafaeli (1997) henviser til at arbeidsantrekk representerer de ansatte og kan derfor komme i fokus for kommunikasjonen mellom de ansatte Under F2 ble det påpekt at legene har snakket mye med hverandre om TGK. Knytter man Pratt og Rafaeli (1998) sin teori opp mot legenes oppfatning av endret rolleutøvelse, kan man stille spørsmålet: Er det slik at legene har snakket mye sammen om TGK på grunn av at de føler den er med på å

representere dem, da deres rolleutøvelse betraktes mer som sekretærarbeid enn tidligere? Dersom det er tilfelle kan det gi indikasjoner på at meningsdanningen rundt TGK også bygger på denne oppfatningen, utover momenter som ble nevnt under F2.

I følge Foreman og Whetten (2002) sammenligner et medlem sin nåværende identitet med den identiteten han ser på som ideell. Knytter man lege 2 sin uttalelse i avsnitt 5.3.2 s.74 opp til Foreman og Whetten (2002) sin teori, men ser på rolleutøvelsen i stedet for identitet, kan det virke som at legen sammenligner den nye rolleutøvelsen med hva den ideelt kunne ha vært. Lege 2 er ikke alene om den oppfatningen, noe som underbygger påstanden. I dette tilfelle gjør Foreman og Whetten (2002) sin teori seg gjeldende også for rolleutøvelse. Gapet som vil eksistere mellom nåværende og ideell identitet vil i følge Foreman og Whetten (2002) påvirke medlemmets involvering i organisasjonen. I den sammenheng ønsker vi å stille spørsmål til om legenes oppfatninger av den nye rolleutøvelsen har hatt påvirkning på deres engasjement og involvering med TGK. I intervjuene ga flere av legene uttrykk for at de verken bruker superbrukere eller har fokus på å bygge opp profilene sine til å utgjøre 8 timer. Årsaken var dårlig tid. Kan det være tilfelle at legene ikke ser den langsiktige effekten av bruken av TGK fordi det kreves tid for å opparbeide seg en profil på 8 timer? Sett i lys av Foreman og Whetten (2002) sin teori kan legenes manglende fokus på å bygge opp profilen være en effekt av at de føler det er et gap mellom nåværende og ideell rolleutøvelse.

Under spørsmål om legene så fordelene av at journalene ble raskere oppdatert uttrykte lege 2 følgende:

”Ja, det er sant. Den kommer raskere ut nå, du får den litt bedre og så blir man ferdig med engang. Det er jo en fordel selvfølgelig. Klar fordel”.

Her gir legen uttrykk for at han ser fordelen med bruken av TGK, men at den overskygges av ulempene han mener den bringer med seg. Tidligere ble det poengtert at legen oppfatter sitt arbeid til å være tilknyttet direkte pasientarbeid på en effektiv måte. I intervjuet med ledelsen ble det henvisning til at en mer effektiv journal vil være meget fordelaktig for pasientene, da de på et tidligere tidspunkt vil bli kjent med innholdet i journalen, resultater fra prøver osv. Hva kommer det så av at legen ikke ser fordelen med oppdatert journal i like stor grad som han ser ulempene? Han har tidligere i intervjuet påpekt at han var veldig opptatt av å kunne bruke kompetansen sin ovenfor pasienter. Kan det være tilfelle at legen ikke ser hvilken positiv effekt TGK har for pasientene? I den sammenheng vil vi stille spørsmålet om i hvor stor grad legene har blitt lært opp til å se hele pasientbilde, ved å inkludere tiden fra konsultasjonen er ferdig til pasienten har fått sine resultater. Det at legen ikke nevner fordelen med oppdatert

journal før vi stiller spørsmål om det, gir indikasjoner på at legene ikke oppfatter dette som en del av sin rolleutøvelse og profesjonsidentitet. I hvor stor grad kan man da forvente at legene skal se det helhetlige bilde av pasientarbeidet, når dette ikke er blitt internalisert i deres profesjonsidentitet? Lege 5 påpekte i intervjuet at legene ikke har hatt eller har krav til hvor lang tid det skal ta før en journal er oppdatert. Man kan stille spørsmål til om legene ser det helhetlige bilde. Men man kan også spørre om legene opptrer etter egeninteresse, slik Grimen (2009) påpeker. I følge Grimen (2009) vil det alltid finnes en potensiell konflikt mellom profesjoners egeninteresse og de potensielle yrkesutøverne. Kan det være tilfelle at legene uttrykker seg og opptrer som politiske aktører for å legge premisser for ledelsens fremtidige beslutninger? Videre i analysen vil det være naturlig å se på om innføring av tidligere teknologi og andre elementer kan ha påvirket legenes profesjonsidentitet, og hvordan det har vært med på å påvirke legenes rolleutøvelse.

5.3.4 Påvirkning fra andre elementer

Under intervjuet med lege 5 sa han dette om endret profesjonsidentitet:

”Det er nok en utopi eller illusjon at du som lege bare kan fokusere på pasient og tilrettelegge for han, og begge er fornøyd. Man kommer ikke unna at man må kommunisere med andre, og ting blir mer og mer komplisert, siden man har mer avansert teknologi som man ikke behersker selv”.

I denne uttalelsen nevner ikke lege 5 aspektet med å få mer sekretærarbeid, men han kommer inn på hvordan legene må akseptere at de må ta i bruk teknologi i sitt arbeid. I følge Wenger (2004) oppstår identitet som baner fra fortid og fremtid som danner en kontekst i forbindelse med forhandlingen av nåtiden. Ser man legens uttalelse i lys av identitetsteori kan man stille spørsmål ved om det er tilfelle at både fortid og fremtid inngår i lege 5 sin oppfatning av dagens profesjonsidentitet og rolleutøvelse, mens tidligere siterte leger til overnevnte uttalelser i hovedsak baserer sine oppfatninger av fortid i forhandling av dagens rolleutøvelse. Det er vanskelig å gi et konkret svar på hva legene baserer oppfatningen av sin profesjonsidentitet på, men ut ifra lege 5 sin uttalelse kan det virke som han i større grad har akseptert bruk av teknologi i sin rolleutøvelse enn de andre legene. Sammenlignet med andre legers uttalelser kan det virke som at lege 5 føler hans rolleutøvelse i mindre grad blir påvirket av legenes profesjonsidentitet da det kan virke som legen i større grad har akseptert den nye rolleutøvelsen.

Følgende uttalelse fremkom i intervjuet med lege 1:

”Profesjonsidentiteten min har ikke blitt forandret av TGK. Vi bruker mer tid på skrivearbeid, og det er ikke derfor jeg har gått alle årene på skolen. Det oppleves som at de som implementerer systemene, fra et overordnet nivå, ikke bestandig forstår hvordan vi jobber eller hva vi egentlig driver på med. TGK er en av mange systemer som har blitt implementert i sykehus de siste årene, som i grunn er mye av det samme. De som har implementert systemene (systemutviklerne) tror jeg ikke forstår hvordan vi jobber”.

Legen gir i denne uttalelsen uttrykk for at han ikke ser fordelen med systemene som har blitt implementert. Under intervjuet poengterte han ettertrykkelig hvor misfornøyd han og legene på avdelingen var med ip-telefonen. I følge Wenger (2004) danner vi vår opplevelse av verden i en kreativ prosess med produksjon av bilder som bygger på våre erfaringer. Vi kan stille spørsmålet: Er det andre faktorer som tidligere innført teknologi, nye lokaler osv som har påvirket legens oppfatning av TGK? Legens uttalelse om at TGK kun er et av mange system som har påvirket deres rolleutøvelse gir indikasjoner på at legens oppfatning av TGK er påvirket av implementering av tidligere teknologi. Dette bekrefter Wenger (2004) sin teori. Det er mulig legen ville ha hatt en mer positiv oppfatning av TGK dersom den ikke var farget av tidligere implementert teknologi. Under intervjuet uttrykte han derimot at han ikke følte pasientenes journaler ble raskere oppdatert som følge av innføringen av TGK. Avdelingens epikrisetid var i forkant av TGK på mellom ett og to døgn, og han mente den tiden ikke hadde blitt redusert. Han så av den grunn ikke helt hensikten med TGK.

Lege 5 poengterte blant annet dette under intervjuet:

”En god del forandringer som blir innført, ikke bare TGK også andre ting, føler man seg skyvet litt i retning mot sekretær, bort fra legevirksomhet til administrasjon. Men det kommer jo ikke først med TGK, den kom med kvoteringsgreie at man må kvotere ting så nøye, dokumentasjon er en viktig del av arbeidet. Ikke bare å gjøre ting riktig, men også dokumentere det korrekt, tvert og umiddelbart. Det er mange ting som går i den retning at man føler seg trukket bort fra pasientseng til skrivebord og datamaskin”.

Uttalelsen viser at legen mener at hans arbeidsoppgaver har blitt endret som følge av TGK, men påpeker at det ikke er TGK alene som har endret dem. Legen henviser også til at han ser fordelen med at nye arbeidsoppgaver og teknologi blir innført og påvirker deres rolleutøvelse. Lege 1 sier i sin uttalelse at han ikke helt ser fordelen med TGK, og at avdelingen hans akkurat har flyttet inn på nye lokaler noe som medfører nye rutiner og andre teknologiske elementer i tillegg til TGK. I følge Berger og Luckman (1966) må praksiser bli erkjent og akseptert av de personer det gjelder. Ved å se lege 1 og 5 sine uttalelser i lys av Berger og

Luckman (1966) sin teori kan det virke som lege 1 for øyeblikket ikke har akseptert og erkjent teknologien og TGK i sin rolleutøvelse, slik lege 5 muligens har gjort da han har en mer positiv oppfatning av TGK.

Lege 2 uttrykte følgende angående oppfattelsen av den nye rolleutøvelsen:

”Nå skal alt dokumenteres, og hele prosessen rundt hver enkelt pasient har blitt mye mer omstendelig, slik at man totalt sett får gjort mindre, mindre enn rent legearbeid, enn man gjorde før i tiden”.

Lege 2 sin uttalelse gir inntrykk av at deres arbeidsdag har blitt mindre effektiv, men gir samtidig indikasjoner på at det også er andre elementer som har krav til dokumentasjon og innføring av annen teknologi som muligens kan ha påvirket legens oppfattelse av TGK.

Edström, Lunde og Matlary (2009) hevder profesjonsidentitet er viktig fordi den setter grenser for hvordan andre aktører kan intervensere. Vi stiller spørsmål om det er tilfelle at legene stiller seg mer negative til TGK og gir uttrykk for at de ikke helt ser hensikten med den for å vise ledelsen at de har krysset grensen for hva som i følge legene kan betraktes som deres arbeidsoppgaver. Universitet i Oslo gjennomførte i april 2010 en konferanse om dette temaet: - Hvordan profesjonene kommer i skvis mellom systemtilpasning og klientfokusering (UiO, 2010). Debatten om hvordan medarbeidere skal tilpasse seg stadig ny teknologi og samtidig yte det beste for klientene er altså ikke en lokal utfordring på St. Olav, men er en utfordring for ulike profesjoner i hele Norge. På den måten vil det for neste forskningsspørsmål være naturlig å se på om legene gir tilbakemeldinger på hvordan de oppfatter denne utfordringen og hvordan de eventuelt gir tilbakemeldinger. Det vil gi et bilde av hvordan legene oppfatter den nye rolleutøvelsen og de utfordringer den medfører. Dette vil kunne gi verdifull informasjon til lignende organisasjoner som står overfor skvis mellom systemtilpasning og klientfokusering

5.3.5 Hovedfunn

Slik det kommer frem av overnevnte diskusjon mener legene at deres profesjonsidentitet utgjør deres rolleutøvelse. I følge Wenger (2004) skal praksis og identitet gjenspeile seg i hverandre. Av momenter som fremkommer i diskusjonen virker det derimot som at legene ikke føler at den nye rolleutøvelse gjenspeiler deres profesjonsidentitet. På den måten får man et inntrykk av at legene oppfatter den nye rolleutøvelsen som mindre effektiv enn tidligere og at deres nye rolleutøvelse oppfattes som mer sekretærarbeid. Legene gir av den grunn uttrykk for at de føler de har mistet litt av sin legitimitet og status. Våre data tyder på at legene

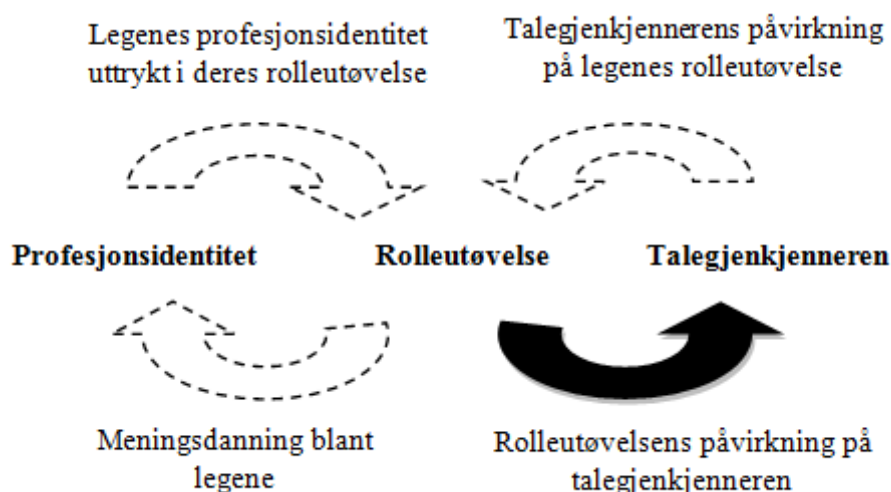
sammenligner den nye rolleutøvelsen med hva den ideelt kunne ha vært. Gapet mellom ideell og nåværende rolleutøvelse ser ut til å ha påvirket legenes engasjement og involvering med TGK i sin rolleutøvelse. I diskusjonen kommer det derimot frem at enkelte leger har akseptert bruk av teknologi som en del av sin rolleutøvelse, noe som gir indikasjoner på at profesjonsidentiteten ikke har så stor påvirkning på oppfatningen av den nye rolleutøvelsen hos alle. Det påpekes at TGK kun er et av systemene som har blitt implementert, noe som kan bety at noen av legene har blitt mer vant til å måtte sette seg inn i ny teknologi enn andre. Samlet sett kan man henwise til at legenes rolleutøvelse i ulike grad baserer seg på deres profesjonsidentitet, som et nødvendig bakteppe, slik Grimen (2009) viser til.

5.4 Tilbakemeldinger til ledelsen

Vi har nå undersøkt hvordan legenes profesjonsidentitet påvirker deres rolleutøvelse. Det er da naturlig å se på hvordan om denne rolleutøvelsen får legene til komme med tilbakemeldinger på hvordan de opplever TGK. Forskningsspørsmål 4 lyder som følger:

F4: Hvordan påvirker legene talegjennkjerner?

Med utgangspunkt i at TGK er et fysisk objekt har vi valgt å konsentrere forskningsspørsmålet om hvorvidt legene gir tilbakemeldinger til ledelsen om TGK, og hvordan det gjøres.



Figur 8: Rolleutøvelsens samspillmodell, steg 4

Analysen er lagt opp etter først å se på hvordan informasjon om tilbakemeldinger er gitt, om legene er bevisste på at det finnes en mulighet for å komme med tilbakemeldinger, om dette skjer og hva slags mottagelse disse tilbakemeldingene får. Så vil vi se på legenes bruk av superbrukere, og hvilken betydning ledelsens manglende fokus på det menneskelige aspektet ved innføringen TGK har hatt for legenes tilbakemeldinger. Avslutningsvis vil vi vise til legenes meningsdanning om TGK, tilknyttet tilbakemeldinger.

5.4.1 Informasjon og resignasjon

I intervjuet med ledelsen ble det påpekt at informasjon som er gitt legene om TGK kan være ulik. Bl.a. har informasjon omkring årsakene til innføringen av TGK blitt endret på i forhold til de tidsrommene vi har blitt presentert dette på i løpet av den tiden vi har jobbet med temaet. Under observasjon på opplæringskurset som alle legene må ha gjennomført før de kan begynne med TGK, ble vi i november 2009 presentert for disse årsakene for innføring av den: Service og effektivitet (økt service, redusert epikrise – bedre ivaretagelse av pasienter), kvalitet og sikkerhet og økonomi (70 % av skrivepersonell skal nedbemannes). I intervjuet med ledelsen i mars 2010 ble vi forelagt disse årsakene: sikkerhet, kvalitet og økonomi. Som man kan se, er poenget med service og effektivitet kuttet ut. Vi antar at det er forsøkt bakt inn i sikkerhet og kvalitet. Vi stiller spørsmål ved hva som er årsaken til at ledelsen har endret dette. Under F3 fremkommer det i diskusjonen at legene kan ha problemer med å se det helhetlige bildet og hvilken fordel oppdatert journal gir for pasienten. Vi kan stille spørsmål ved om det var hensiktsmessig av ledelsen å endre informasjonen om årsakene. Videre i analysen vil det være naturlig å se på om legene baserer seg på ledelsen sin inskripsjon omkring TGK angående tilbakemelding og bruk av superbrukere.

5.4.2 Fastsettelse av rutiner

Under spørsmål om TGK og tilbakemelding påpeker lege 5 blant annet dette:

”Det er i alle fall visse prosedyrer som fortsatt er under endring, hvem som lager sånn maske vi skal sette inn vårt diktat... Hvem leser korrektur? Sekretærene, legene, eller begge? Og hvem er det som har hovedansvar for å korrekturlese? Det er fortsatt ikke helt avklart”.

Ut ifra legens uttalelse kan det virke som at det ikke er godt nok kommunisert ut hva som er målet og planen med TGK. Sett i forhold til F1, der det kommer frem at ledelsens bruk av den syntaktiske tilnærmingen for kunnskapsfordeling har slått ut på en gal måte, kan det virke som det har ført til at de ikke har nådd ut til alle legene med den planlagte informasjonen, noe som underbygges av legens uttalelse. Det ser også ut til å være litt forvirring vedrørende andre prosedyrer rundt TGK. Dersom flere leger besitter den samme oppfatning som lege 5, kan det være med på å skape uvisshet rundt TGK og dens bruk. Ledelsen ønsket at legene skulle ha dannet en lav terskel for å benytte superbruker og gi tilbakemelding. Legenes uttalelser tyder på at ledelsen ikke har nådd frem med denne inskripsjonen til legene. Det må imidlertid flere uttalelser til for å få vite om dette er tilfelle eller ikke.

5.4.3 Respons på tilbakemelding

I intervjuene og samtalene vi har hatt med ulike leger på flere forskjellige avdelinger ble det påpekt ulike momenter mht hvordan de mener tilbakemelding på TKG fungerer. Lege 1 uttrykte blant annet dette:

”Altså, vi har jo fått justert ordboka litt. For vi havna i en kirurgisk ordbok, og vi har egentlig mer til felles med en indremedisinsk ordbok”.

Dette indikerer at man har tatt kontakt og forsøkt å endre elementer, i dette tilfelle å endre til rett ordbok. Ledelsen har her tilpasset seg legens uttalelse, men vi ønsker å stille spørsmål om dette er tilfelle også ved andre tilbakemeldinger. På spørsmål om legene har en oppfatning om at de kan ta kontakt med noen for å få hjelp med bruken av TKG og om de mener de kan komme med tilbakemelding om hvordan TKG fungerer uttrykker lege 2 følgende:

”Vi har kanskje muligheten, men du bare resignerer på en måte fordi du føler liksom at du snakker for døve ører. Du vet ikke alltid hvem du skal gi tilbakemelding til, og så skjer det stort sett ingenting likevel”.

Det kan se ut til at legen vet at man har en mulighet til å snakke med noen, men at han ikke føler det fungerer. Dette kan ha sammenheng med måten ledelsen har informert legene på, ved bruk av den syntaktiske tilnærmingen til Carlile (2004), jfr. diskusjon i 5.1.2. Videre i legens uttalelse ser det ut til at det finnes en viss bekymring for om hvorvidt det man kommer med tilbakemelding på faktisk blir brakt videre. Dette kan sammenstilles med lege 4 sin uttalelse, der han uttrykte følgende:

”Jeg har uttrykt frustrasjon ovenfor de som har hatt det her, men vet ikke hvor langt opp det når i systemet”.

Ved å sammenstille uttalelsene kan det se ut til at legene ikke har stor tro på at tilbakemeldingene deres blir tatt på alvor. Ledelsen på sin side påpekte i intervjuet at de mottok få henvendelser. Ved at legene føler at deres tilbakemeldinger ikke blir hørt kan man stille spørsmålet om det har vært med på å øke terskelen for å komme med tilbakemeldinger. Et naturlig spørsmål å stille i den sammenhengen er: Hvilke prosedyrer har ledelsen for mottakelse og viderebehandling av tilbakemeldinger? Hvem mottar henvendelsene og hva blir gjort med dem? Ut ifra legenes uttalelser får man et inntrykk av at ledelsens prosedyrer på dette området kan forbedres. Slik vi ser det vil det muligens kunne bedre legenes tilbakemeldinger dersom de får ”svar” på tilbakemeldingen de har gitt til ledelsen.

5.4.4 Bruk av superbrukere

Under observasjon på opplæringskurset og i intervjuet med ledelsen ble vi informert om at det er noen ansatte fra hver avdeling som har fått mer opplæring om TGK enn andre. Disse omtales som superbrukere og de er i all hovedsak sekretærer. Ledelsen gir uttrykk for at de har informert legene om at de kan ta kontakt med superbrukere, dersom de lurer på noe angående TGK eller har noen kommentarer til den. Under 5.4.3 blir lege 2 sin uttalelse sitert om hvordan han mener tilbakemeldinger om TGK fungerer. Lege 2 snakker i sin uttalelse i hovedsak om tilbakemeldinger om TGK, men sier ikke noe om han har benyttet seg av superbrukere eller ikke. Lege 6 uttrykte følgende i sitt intervju:

”Du er hele tiden på etterskudd med mange ting som skal gjøres, så det blir bare til at du banner litt og så går videre, finner en løsning og kommer videre”.

Dette tidspresset er det flere leger som føler uavhengig av avdelinger, og de uttrykker at de ikke har tid til å gjøre noe med problemene de støter på ved bruken av TGK. Med utgangspunkt i legenes uttalelser kan man stille spørsmålet hvorvidt ledelsen har klart å kommunisere til legene hvilken posisjon superbrukerne har og hva de kan hjelpe til med. Legene sier ingenting om bruken av superbruker i sine uttalelser, men det i seg selv kan indikere at hensikten med superbrukerne ikke har nådd frem til flere av legene. Under 5.3.2 kom det frem at legene ikke aksepterer at deres rolleutøvelse skal være gjenstand for forhandling, og det kan ut ifra noen av uttalelsene oppfattes som at legene motsetter seg ”byråkratens” beslutninger. Kan det da være tilfelle at legene betrakter superbrukerne som representanter for ”byråkratene”? Dersom det er tilfelle indikerer det at det ikke bare er ledelsens kommunikasjonsformidling som har hatt påvirkning på legenes manglende bruk av superbrukerne.

Lege 6 påpekte også følgende under intervjuet:

”Og det er ikke bare den tiden som går, det irriterer også når du har det travelt. At det ikke kommer opp med en gang, at du ikke kommer videre, at du blir sittendes der å vente på at du kan begynne å diktere”.

Dette gjenspeiler det vi tidligere har pekt på i analysen - at det også er andre faktorer som spiller inn i totaloppfatningen av bruken av TGK, jfr. 5.3.4. Datasystemene er en av faktorene som virker inn i denne sammenhengen og som har mye å si for forståelsen og oppfatningen av TGK. Sett i forhold til diskusjonen over kan det virke som at også andre elementer enn TGK

har en negativ effekt på tilbakemeldinger og bruk av superbrukere, idet legene føler det stjeler enda mer av deres tid.

5.4.5 Teknisk vs. menneskelig aspekt

Lege 7 uttrykker på sin side at han er klar over at det eksisterer en slik tilbakemeldingsgruppe og at han bruker den til en viss grad. Lege 7 har imidlertid en litt annen innfallsvinkel til å svare på spørsmål om tilbakemelding i intervjuet, der han påpeker at:

”De passer på meg slik at jeg må ta meg sammen med bruken av den. De har ikke spurt noe om hvordan jeg føler den fungerer”.

Legens uttalelse viser at han blir fulgt opp av ledelsen, dersom han ikke bruker TGK slik han skal, men at ledelsen ikke fokuserer på hvordan han oppfatter og opplever TGK. Kan det være tilfelle at ledelsen har fokusert i hovedsak på den tekniske siden av TGK og mindre på det menneskelige aspektet som gjelder hvordan legene oppfatter og opplever at TGK påvirker deres rolleutøvelse? Ved innføringen av TGK uttrykte ledelsen i intervjuet at de hadde en stor utfordring i forhold til sekretærene, da de skulle redusere staben med ca 70 %. I intervjuet henviste de til at det var viktig at denne prosessen gikk rett for seg, med tanke på informasjon, nye arbeidsoppgaver, oppsigelser osv. Inntrykket vi sitter igjen med er at ledelsen har fokusert både på det tekniske og det menneskelige aspektet ved innføringen av TGK. Ut ifra legenes uttalelser kan det imidlertid virke som at ledelsen ikke har fokusert tilstrekkelig på legene når det gjelder det menneskelige aspektet.

5.4.6 Meningsdanning om TGK tilknyttet tilbakemelding

Under F2 ble det diskutert om hvilken mening TGK er gitt hos legene. Det ble imidlertid ikke tatt med i betraktning hvordan legene har gitt TGK mening når det gjelder tilbakemeldinger. Det vil av den grunn være naturlig å se på dette aspektet under dette forskningsspørsmålet. Overnevnte uttalelser viser legenes erfaringer med å gi tilbakemeldinger. Samlet sett kan det virke som legene har et negativt inntrykk av hvordan tilbakemeldinger blir mottatt, og vi får et inntrykk av at deres meningsdanning til TGK når det gjelder tilbakemeldinger er negativ. Wenger (2004) påpeker at reifikasjon som oftest skjer utenfor det lokale fellesskapet, men må samtidig gis lokalt, noe som også var også tilfelle under F2. Ledelsen ønsker at det skal være lett for legene å ta kontakt med en superbruker for å få rask hjelp med eventuelle problemer, men dette ser ikke ut til å fungere tilfredsstillende. Sett i forhold til legenes negative erfaringer og meningsdanning tilknyttet tilbakemelding om TGK, kan det virke som legene

kun baserer seg på lokal meningsdanning om tilbakemelding, og utelukker ledelsens meningsdanning. Denne påstanden kan underbygges blant annet av lege 6 sin uttalelse:

”Du er hele tiden på etterskudd med mange ting som skal gjøres, så det blir bare til at du banner litt og så går videre, finner en løsning og kommer videre”.

I følge lege 6 kan det virke som det ikke er akseptert at man skal ta seg tid til å bruke energi på å gi tilbakemelding og forsøke å rette opp feil på en god måte. Dette bekrefter at legen ikke baserer sin meningsdanning om TKG angående tilbakemelding på ledelsens meningsdanning. I den sammenheng ønsker vi å stille spørsmålet: Hva har ført til at legene i hovedsak baserer seg på lokal meningsdanning tilknyttet tilbakemelding? Under deltakelse på opplæringskurset påpekte noen av superbrukerne at legene som regel uttrykker frustrasjon over ting de oppfatter som problemer med TKG. Dette var ofte ting som kan bedres, dersom de tar kontakt med superbrukerne. Hva er det som gjør at legene ikke føler det naturlig å ta kontakt med en superbruker, men heller sitter og irriterer seg over problemer som oppstår? Slik vi har vært inne på tidligere kan et svar på dette være effektivitetsaspektet, jfr. diskusjon i 5.3.2. På den annen side kan man spørre om det hadde vært mer effektivt for legene å ta kontakt med superbrukerne med en gang de står fast, i stedet for å bruke tid på stadig å rette opp feil og irritere seg over noe som kanskje kunne vært ordnet enklere på et tidligere tidspunkt. Ut ifra det vi tidligere har sagt om at legene ikke ser hensikten med superbrukerne vil man på den måten kunne forstå hvorfor de ikke klarer å se det fra et annet perspektiv. Samlet sett kan det virke som at legenes lokale meningsdanning er et resultat av ledelsens bruk av den syntaktiske kunnskapsfordelingen (Carlile, 2004).

5.4.7 Hovedfunn

Slik det går frem av diskusjonen ovenfor er de fleste legene klar over at det er en gruppe mennesker man kan henvende seg til om TKG, men gir i følge ledelsen lite tilbakemeldinger. Legene uttrykker på sin side at deres tilbakemeldinger ikke blir hørt, og dette kan ha ført til at terskelen for tilbakemeldinger fra deres side er blitt høyere. Innføring av tidligere teknologi og tidspress på legene har i tillegg hatt en negativ effekt på legenes tilbakemeldinger og bruk av superbrukere. Legenes meningsdanning om TKG når det gjelder tilbakemeldinger og bruk av superbrukere er som en effekt av overnevnte momentene negativt ladet. Våre data tyder på at den negative meningsdanningen er gitt lokalt blant legene, og dette har utelukket ledelsens meningsdanning om tilbakemeldinger tilknyttet TKG. Samlet sett gir vår diskusjon indikasjoner på at praksisen med å gi tilbakemeldinger og bruken av superbrukere ikke er

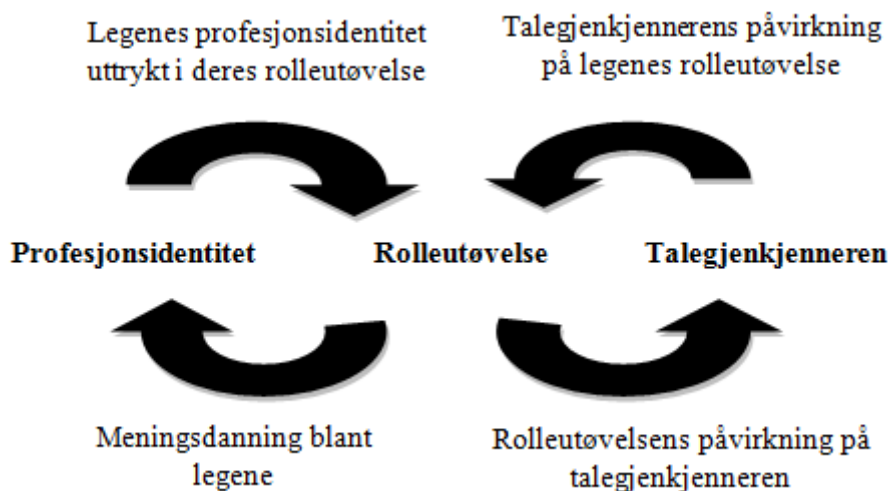
internalisert på en tilstrekkelig måte hos legene, noe som Berger og Luckman (1966) hevder er viktig, dersom endringen av rolleutøvelse skal kunne bli varig.

Ut av det vi har diskutert ovenfor vil vi påstå at ledelsen har forsøkt å skape en link mellom legenes rolleutøvelse og TKG. Det kan se ut til at denne linken ikke har fungert tilfredsstillende, og således ikke har fått utviklet seg på en god måte som en effekt av ledelsens bruk av den syntaktiske tilnærmingen til kunnskapsfordeling, slik Carlile (2004) uttrykker det, jfr. F1. Slik det kommer frem av diskusjonen kan det virke som legene betrakter superbrukerne som representanter fra ”byråkratene”. Dersom det er tilfelle har det vært med på å påvirke etablering av linken på en negativ måte.

6.0 Konklusjon

Vi vil nå forsøke å sammenfatte poeng fra vår diskusjon i kapittel 5 som vi mener kan besvare problemstillingen på en god måte. Vi vil også vende blikket fremover og komme med våre egne tanker for veien videre.

Vår problemstilling lyder som kjent ”*Hvordan påvirkes legenes rolleutøvelse av samspillet mellom legenes profesjonsidentitet og talegjennkjennings-teknologien ved St. Olav?*” Vi har som rammeverk for avhandlingen utformet ”Rolleutøvelsens samspillmodell” for å gjøre det enkelt for leseren å følge den røde tråden gjennom hele avhandlingen, spesielt i analysen. Modellen gir et godt bilde av hvordan vi har valgt å tilnærme oss problemstillingen, da den illustrerer effekten vi mener profesjonsidentitet, rolleutøvelse og TGK har på hverandre.



Figur 9: Rolleutøvelsens samspillmodell

Legenes rolleutøvelse og deres måte å arbeide på har blitt endret som en følge av innføringen av TGK. Dette innebærer blant annet at legene nå må være mer bevisste på hvordan de rettskriver, noe som endrer fokus i forhold til hva man tidligere var opptatt av. Våre data tyder på at ledelsen ikke har tatt hensyn til at legene kan tolke informasjonsbudskapet ulikt og kan ha ulike interesser for å benytte TGK. Dette gjør seg synlig i legenes oppfatning av intensjonene for innføringen av TGK, som ikke er i overensstemmelse med ledelsen. Effektivitet som en av de tre intensjonene, har skilt seg ut

hos legene og gjort seg i stor grad gjeldende. Ulike oppfatninger har ført til at legene ikke utfører sin rolleutøvelse slik ledelsen planla. I lys av ANT kan dette betraktes som et anti-program fra legenes side. Den nye rolleutøvelsen har ført til at legene må åpne sin blackbox, og kan av den grunn være en kilde til anti-programmene.

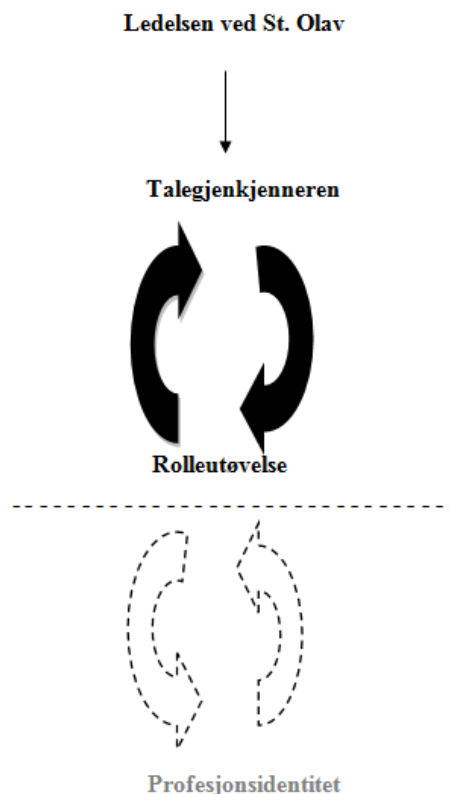
Åpningen av legenes blackbox har ført til at de har måttet danne seg en forståelse av deres nye rolleutøvelse. Denne forståelsen må i følge Berger og Luckman (1966) bli akseptert, legitimert og forstått ut i fra legenes praksisfellesskap og meningsdannelser. Våre data tyder på at hver av avdelingene kan betraktes som et praksisfellesskap, der enkelte av disse består av flere aktørnettverk. Hver av avdelingene har dannet seg ulike meninger om TGK. I stor grad kommer dette av forskjellige arbeidsoppgaver. Det eksisterer i tillegg ulike meningsdannelser blant legene på individnivå, status og bruk av historier ser ut til å ha påvirket til dette. Alder og erfaring viser seg derimot ikke å ha hatt betydning for den individuelle meningsdannelsen. På tross av ulik meningsdanning, har samtlige av legene samme oppfatning av hvordan de føler TGK påvirker deres nye rolleutøvelse. Dette ga indikasjoner på at legene tolker den nye rolleutøvelsen i forhold til sin internaliserte profesjonsidentitet.

Våre data tyder på at legene baserer seg på at det er samsvar mellom rolleutøvelsen og deres profesjonsidentitet. Med en oppfattelse om at den nye rolleutøvelsen utgjør mer sekretærarbeid, strider det imot hva legene anser som sin rolleutøvelse og profesjonsidentitet. Legene føler av den grunn at de mister litt av sin legitimitet og status med innføringen av TGK. Dette underbygger påstanden om at legenes profesjonsidentitet er med å påvirke deres oppfatning av rolleutøvelsen. På den annen side tyder våre data på at noen av legene har akseptert bruken av teknologi i sin rolleutøvelse. Dette gir indikasjoner på at profesjonsidentiteten hos de ulike legene er varierende, og har ikke like stor betydning hos alle. Utover legenes profesjonsidentitet viser det seg at tidligere innføring av teknologi også har påvirkning på deres oppfatning av rolleutøvelsen.

Rolleutøvelsen påvirker på sin side TGK og ledelsen, i form av tilbakemeldinger. I følge ledelsen gir legene lite tilbakemeldinger om TGK. Legene uttrykker på sin side at deres tilbakemeldinger ikke blir hørt, og kan ha ført til at terskelen for tilbakemeldinger fra deres side har økt. Innføring av tidligere teknologi og tidspress på legene har i tillegg hatt en negativ effekt på legenes tilbakemeldinger og bruk av superbrukere. Legenes manglende tilbakemeldinger og bruk av superbrukere er av den grunn en tilbakemelding i seg selv på at

det ikke ligger naturlig i deres rolleutøvelse. Dette har antakeligvis sammenheng med måten legene er gitt informasjon om TKG. Det kan virke som legene betrakter superbrukerne som representanter fra ”byråkratene”, og dersom det er tilfelle er dette ytterligere en kilde til manglende bruk av superbrukere.

Samlet sett gir overnevnte momenter klare indikasjoner på at legenes rolleutøvelse blir påvirket i et samspill mellom TKG og deres profesjonsidentitet. I følge Hatch og Schultz (2002) oppstår det en sunn organisasjonsidentitet når det er balanse mellom påvirkning av kultur og image. Det kan derimot oppstå hypertilpasning eller narsissisme dersom det ikke er balanse mellom elementene. Ut ifra diskusjon i kapittel 5, gir våre data indikasjoner på at ledelsen har tilpasset seg for lite legenes interesser, og kan dermed oppfattes narsissistiske i form av en top-down implementering. Våre data tyder på at ledelsens narsissisme har gitt utslag i at legene delvis har tatt avstand fra TKG ved at de ikke har legitimert og sett nytten av den. I dette tilfelle vil ledelsens oppfatning av TKG og innføringsprosessen av denne kunne illustreres slik:



Figur 10: Ledelsens top-down implementering

Slik man ser av modellen har ledelsen tatt hensyn til at legenes rolleutøvelse vil endres, men har i mindre grad tatt hensyn til legenes forståelse av TGK. Dette i form av meningsdanning og praksisfellesskap, samt betydningen av deres internaliserte profesjonsidentitet ved innføringen av TGK. Som en illustrasjon på dette er det tegnet inn en striplet linje der ledelsen fokus avsluttes. I kapittel 5 kommer det frem at man må ta hensyn til den delen av modellen som også befinner seg under den striplede linjen for å forstå hvordan legene oppfatter den nye rolleutøvelsen.

I følge Berger og Luckman (1966) må en ny rolleutøvelse både erkjennes og aksepteres for å bli realisert. Ved innføring av teknologi kan man av den grunn ikke bare se på hvilken påvirkning den har på menneskene og deres rolleutøvelse, men også hvordan mennesker oppfatter og forstår teknologien og den nye rolleutøvelse. Samspillet som er avdekt i denne avhandlingen vil antakeligvis ikke kunne overføres direkte til andre case, da det er noen kontekstspesifikke faktorer som har påvirkning på samspillet. Sett bort i fra de kontekstspesifikke faktorene er det en rekke momenter som kommer frem i diskusjonen som også vil være gjeldene for andre sammenhenger. Samspillet vi har avdekket vil av den grunn være mer eller mindre gjeldende for enhver innføringsprosess av teknologi, spesielt i situasjoner der sterke profesjoner blir berørt. Med dagens samfunn der innføring av teknologi er mer og mer fremtredende vil det være avgjørende å besitte kunnskap om hvordan samspillet mellom teknologi og menneskelige faktorer påvirker hverandre. Det vil i større grad kunne sikre interessene til både de som innfører teknologien, og de som skal ta i bruk teknologien, og føre til mer vellykkede teknologiimplementeringer. ANT uttrykkes til å være et rammeverk for å beskrive kontakt og interaksjonen mellom mennesker, organisasjoner og teknologi mer presist. I korte trekk kan teorien beskrives som en rasjonellorientert tilnærming til hvordan teknologi og mennesker påvirker hverandre. Slik vi oppfatter det bør ANT også kunne henvise til hvilken betydning aktørenes identitet har for deres forståelse av teknologien. Med denne avhandlingen mener vi å ha avdekket et samspill som er med på å utvide det teoretiske rammeverket innenfor ANT, til økt oppmerksomhet på betydningen av identitet.

6.1 For fremtiden

På St. Olav har det de siste årene blitt innført en rekke teknologisk nyvinninger legene må ta i bruk i sitt daglige arbeid. Rolleutøvelsen har som en effekt av teknologiimplementeringene blitt påvirket og endret. Legene har i den sammenhengen påpekt at de ikke føler de som har implementert teknologien forstår hvordan den fungerer i deres arbeid. Slik det er henvist til under 5.2.1 oppfatter ikke legene seg selv innenfor samme praksisfellesskap med ledelsen.

For fremtidig forskning vil det være spennende å se på om legene har endret denne oppfatningen. Det være seg om legene forhandler og utvikler sine oppfatninger av verden med ledelsen, i stedet for å ekskludere de fra deres praksisfellesskap slik det er per i dag. Dersom det er tilfelle kan man ut i fra Wackerhausen (2002) sin påpekning om at profesjonsidentitet stadig blir definerer og redefinerer i møte med ulike praksisfellesskap, anta at legene vil endre sin profesjonsidentitet også i fremtiden.

Under F2 ble det drøftet hvorvidt legenes tidligere rolleutøvelse nå kan ses på som deres profesjonsidentitet. Sett i forhold til Wenger (2004) sin teori om hvordan identitet danner baner mellom fortid, nåtid og fremtid kan man bruke ”Rolleutøvelsens samspillmodell” som en illustrasjon av hvordan vi oppfatter at samspillet mellom legenes profesjonsidentitet og rolleutøvelse vil utvikle seg. Profesjonsidentitet utgjør her fortid, rolleutøvelse nåtid og TKG fremtid. Det er for oss vanskelig å si noe konkret om dette da vi kun har gjennomført en casestudie fra et avgrenset tidsrom. For fremtidig forskning vil det kunne være spennende å gjennomføre en lik studie, for å se om profesjonsidentiteten utgjør legenes praksis og motsatt. En komparativ analyse med denne avhandlingen vil kunne avdekke om illustrasjonen stemmer med våre antakelser.

7.0 Litteraturliste

- Abbott, A. (1988) *The system of professions – An Essay on The Divison of Expert Labor*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Albert, S., Ashforth, B.E., Barker, J.R., Dukerich, J.M., Elsbach, K.D., Glynn, M.A., Harquail, C.V., Kramer, R. og Parks, J.M. (1998) *Identification in Organizations*. I Whetten, D.A. og Godfrey, P.C., ed. (1998) *Identity in Organizations. Building theory through conversations*. California: Sage Publications
- Albert, S. og Whetten, D.S. (1985). *Organizational Identity*. Research in Organizational Behavior, vol. 7, s. 263-295.
- Ashforth, B.E. og Mael, F.A. (1989) *Social identity theory and the organization*. Academy of Management Review, vol. 14. No. 1. 20-39
- Berger, P. og Luckman, T. (1966) *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 102-114.
- Blumer, H. (1939) *Collective Behaviour*. I Bovim, R.V (2010) *Arbeidsskapte Identiteter – En studie av forutsetninger for identitet og tilhørighet i en organisatorisk kontekst*. Doktorgradsavhandling ved fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, NTNU.
- Bovim, R.V (2010) *Arbeidsskapte Identiteter – En studie av forutsetninger for identitet og tilhørighet i en organisatorisk kontekst*. Doktorgradsavhandling ved fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, NTNU.
- Brante, T. (2009) Vad är en profesjon? – Teoretiska ansatser och definitioner. *Vetenskap för profession*. 8, s.15-36
- Brewer, M.B. (1991) The Social self: On being the same and different at the same time. I Brewer, M.B. og Gardner, W. (1996) *Who is the "We"? Levels of Collective Identity and Self Representation*.
- Brewer, M.B. og Gardner, W. (1996) *Who is the "We"? Levels of Collective Identity and Self Representation*. I Hatch, M.J. og Schultz, M (red.) (2004) *Organizational Identity. A reader*. Oxford, Oxford University Press.

- Busch, T., Johnsen, E., Valstad, S.T. og Vanebo, J.O. (2007) *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Buttedahl, B.K.B (2009) *Et løft for det papirløse helsevesen*. Sykehuspartner, Helse Sør-Øst. Tilgjengelig fra: [18.02.2010]
http://sykehuspartner.no/index.php?option=com_content&task=view&id=127
- Callon (1986) *Elementer til en oversettelses sosiologi: kamskjell, fiskere og forskere*. I Asdal, K., Brenna, B., Moser I. (red.) (2001) *Teknovitenskaplige kulturer*. Spartacus Forlag AS.
- Carlile, P.R. (2004) *Transferring, Translating, and Transforming: An integrative Framework for Managing Knowledge across boundaries*. *Organization Science*, 15(5), 555-568.
- Cooley, C.H. (1902) *Human Nature and the Social Order*. Chapter 5: The Social Self – 1. The Meaning of “I”. Tilgjengelig fra: [18.01.10]
http://www.brocku.ca/MeadProject/Cooley/Cooley_1902/Cooley_1902f.html.
- Christensen, S., Jensen P.E.D, (2008) *Kontroll i det stille – om makt og ledelse* (3. utgave) Fredriksberg C: Forlaget Samfunnslitteratur.
- Dutton, J. og Dukerich, J. (1991) *Keeping an eye on the mirror. Image and identity in organizational adaption*. *The Academy of Management Journal*, Vol. 34, No. 3 (Sep., 1991), pp 517-554
- Dutton, J. E., Dukerrich J. M., og Harquail, C. V (1994). *Organizational image and member identification*. I Whetten, D. A., Godfrey, P.C. (1998) *Identity in Organization*, California: Sage Publications, Inc
- Elsbach, K. (1998). *The process of Sosial Identification: With What Do We Identify?* I Whetten, D. A., Godfrey, P.C. (1998) *Identity in Organization*, California: Sage Publications, Inc
- Engelstad, F. (2005) *Hva er makt?* Oslo: Universitetsforlaget
- Erickson, E. (1964). *Insight and responsibility*. I Gioia, D. A. (1998) *From Individual to Organizational Identity*.

- Foreman, P. og Whetten, D.A. (2002) *Members' identification with Multiple-Identity Organizations*. *Organization Science*, Vol. 13, No. 6 (Nov-Dec., 2002), pp. 618-635
- Gioia, D. A. (1998) *From Individual to Organizational Identity*. I Whetten, D.A., Godfrey, P.C. (1998) *Identity in Organization*, California: Sage Publications, Inc
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. I Gioia, D. A. (1998) *From Individual to Organizational Identity*.
- Grimen, H. (2009) Profesjonslæresetenes dilemmaer. *Vetenskap för profession*. 8, 49-59
- Harquail, C. (1998). *Organizational Identification and the "Whole Person": Integrating Affect, Behavior and Cognition*. I Whetten, D.A., Godfrey, P.C. (1998) *Identity in Organization*, California: Sage Publications, Inc
- Hatch M.J. og Schultz, M. (2002) The Dynamics of organizational identity. I Hatch, M.J. og Schultz, M. (red.) (2004) *Organizational Identity. A reader*. Oxford: Oxford University Press.
- Hatch, M.J. og Schultz, M. (red.) (2004) *Organizational Identity. A reader*. Oxford: Oxford University Press.
- Haslebo, G. (2004) *Relationer i organisationer – en verden til forskel*. Dansk psykologisk forlag A/S.
- Heggen, K. (2005) Fagkunnskapens plass i den profesjonelle identiteten. *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*, 89(6): 446-460.
- Hepsø, I.L. (2005) *Fra ide til praksis – En studie av endringsprosessen BRA i Statoil*. Doktorgradsavhandling ved institutt for sosiologi og statsvitenskap og Studio Apertura, NTNU.
- Hægeland, T. Skogstrøm, J. E. (2007) *Kunnskap som grunnlag for verdiskaping – tilgang på kvalifisert arbeidskraft*. Tilgjengelig fra: [04.05.10]
http://www.ssb.no/emner/04/notat_200731/notat_200731.pdf
- Jacobsen, D.I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2007) *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Kristoffersen, L. og Tufte P.A. (2004) *Forskningsmetode – for økonomisk-administrative fag*. Oslo: Abstrakt forlag
- Johansen, M.S. (2009) *Mellom profesjon og reform – om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*. Handelshøyskolen BI, Oslo.
- Kirkebak, P. (2000) *Better implementation of Innovation Projects*. NTNU, Trondheim
- Kjekshus, L. E. og Harsvik, T (2007) *Organisasjonsutvikling i norske sjukehus*. Tilgjengelig fra: [18.02.10] http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1483978
- Kvale, S. (2008) *Det Kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.
- Kvåle, G. og Wæraas, A. (2006) *Organisasjon og identitet*. Oslo: Samlaget
- Latour, B. (1991) *Technology is society made durable*. I J. Law (ed.) *A sociology of monsters*. Routledge, London.
- Laursen, P.F., Moos, L., Olsen, H.S. og Weber, K. (2005) *Professionalisering – en grundbog*. København: Roskilde Universitetsforlag
- March, J. (1994) *A primer on decision making*. Free Press. Kapittel 2
- Edström, K., Lunde, N.T. og Matlary, J.H. (2009) *Krigerkultur i en fredsnasjon. Norsk militærprofesjon i endring*. Oslo: Abstrakt forlag
- Milward, L. (1995) *Contextualizing social Identity in consideration of what it means to be a nurse*. I Pratt, M. G. og Rafaeli, A. (1997) *Organizational Dress as a Symbol of Multilayered Social Identities*. I Hatch, M.J. og Schultz, M. (red.) (2004)
- Mead, G.H. (1934) *Mind, Self, and Society*. I Foreman, P. og Whetten, D.A. (2002) *Members' identification with Multiple-Identity Organizations*. *Organization Science*, Vol. 13, No. 6 (Nov-Dec., 2002), pp. 618-635
- Monteiro, E. (2000) *Actor-network theory*. In: C. Ciborra (ed.) *From control to drift. The dynamics of corporate information infrastructure*, Oxford Univ. Press, pp. 71-83.
- Nyeng, F. (2004) *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt forlag.

- Nyeng F. og Wennes G.(red) (2006) *Tall, tolkning og tvil – bak metodevalg i økonomi, ledelse og markedsføring*. Oslo: Cappelens Akademisk Forlag
- Postholm, M.B. (2005) *Kvalitativ metode – En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pratt, M. G. og Rafaeli, A. (1997) *Organizational Dress as a Symbol of Multilayered Social Identities*. I Hatch, M.J. og Schultz, M. (red.) (2004)
- Rindova, V. og Fombrun, C. (1998) The eye of the beholder: The role of corporate reputation in defining organizational identity. I Hatch, M.J. og Schultz, M (red.) (2004) *Organizational Identity. A reader*. Oxford: Oxford University Press.
- Ringdal, K. (2007) *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Røvik, K.A. (1998) *Moderne Organisasjoner*. I Kvåle, G. og Wæraas, A. (2006) *Organisasjon og identitet*. Oslo: Samlaget
- Skjervheim, H. (1996) *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug
- Sommervold, W. (1997). *Ledelse i sykepleien*. I Johansen, M.S. (2009) *Mellom profesjon og reform – om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*. Handelshøyskolen BI, Oslo.
- Tajfel, H. og Turner, J.C. (1979) *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*. London og New York: Academic Press.
- Thagaard, T. (1998) *Systematikk og innlevelse – En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Thuen, H. og Vaage, S. (red.) (1989) *Oppdragelse til det moderne*. (3. opplag, 1994) Oslo: Universitetsforlaget AS
- Turner, J.C. (1984) Social Identification and psychological group formation. I Ashforth, B.E. og Mael, F.A. (1989) *Social identity theory and the organization*. Academy of Management Review, vol. 14. No. 1. 20-39
- Vanebo, J. O., Busch, T., Klausen, K. K. og Johnsen E. (2005) *Modernisering av offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget

Wackerhausen, S. (2002) *Humanisme, professions identitet og uddannelse – i sundhedsområdet*. København: Hans Reitzels Forlag

Wenger, E. (2004) *Praksisfællesskaber. Læring, mening og identitet*. København: Hans Reitzels Forlag

Yin, R.K. (2003) *Case Study Research – design and methods*. London: Sage Publications.

Annen litteratur

Talegjenkjenning – raskeste vei fra tale til tekst, illustrasjonsfoto. Tilgjengelig fra: [26.04.10]
<http://www2.dips.no/index.php?ID=11&lang=nor&displayitem=315&module=news>

Den norske lægeforenings engasjement i medisinsk forskning - *Innstilling fra et internt utvalg i Legeforeningen* (Av Januar 2006) www.legeforeningen.no/asset/31099/1/31099_1.rtf

Helse og omsorgsdepartementet, Kunnskap gjennom forskning gir mer helse for hver krone.
Tilgjengelig fra: [06.04.10]
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2008/kunnskap-gjennom-forskning-gir-mer-helse.html?id=532595>

Helseforetaksloven. Tilgjengelig fra: [06.04.10]
http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20010615-093.html&emne=helseforetakslov*&&

Legeforeningen (2001) *Det faglige innholdet i turnustjenesten*. Tilgjengelig fra: [03.02.10]
<http://www.legeforeningen.no/id/1671>

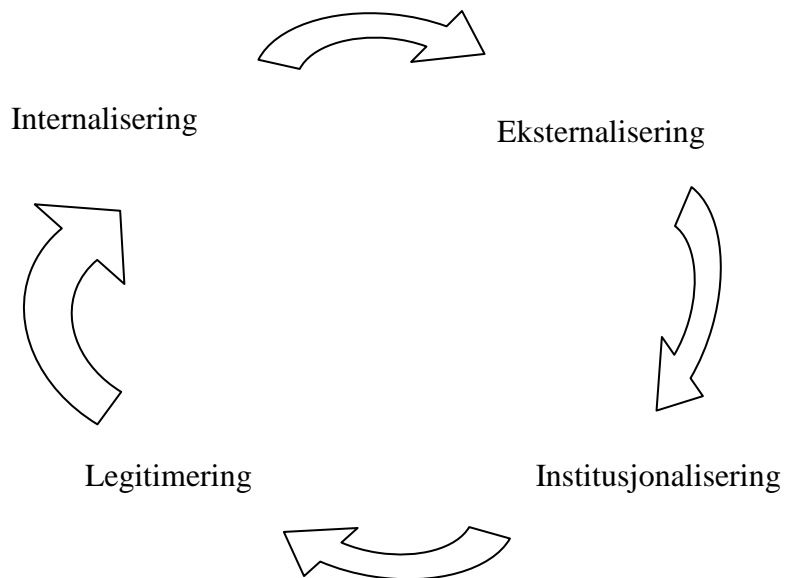
Nasjonal forskningsetisk komité for humaniora og samfunnsfag (NESH). (2006) Tilgjengelig fra: [11.02.10] <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/B-Hensyn-til-personer-5---19/>

Revidert sluttrapport for talegjenkjenning (Av 29.03.2008)

Siemens, avdeling Norge. Tilgjengelig fra: [27.04.10]
<http://www.nwe.siemens.com/norway/internet/no/produkter/medical/Pages/doculive.aspx>

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1



Hepsø, I.L. (2005)

Vedlegg 2, Informasjonsbrev til intervjuobjekter

Hei.

Vi er to masterstudenter ved Trondheim Økonomiske Høgskole (TØH), en del av Høgskolen i Sør- Trøndelag (HIST), som har deltatt på opplæringskurs for talegjennkjenneren i tilknytning vår masteravhandling innenfor fordypningsfeltet strategi, organisasjon og ledelse.

Våres problemstilling for masteravhandlingen lyder som følger: *”Hvordan påvirkes samspillet mellom legenes profesjonsidentitet og talegjennkjenningsteknologien på St. Olav?”*

I løpet av kursdagene hadde vi samtaler med flere av legene, om deres inntrykk av talegjennkjenneren før de hadde tatt den i bruk på sin avdeling. Disse legene har gitt oss tillatelse til å kontakte de på et senere tidspunkt for et intervju om hvordan de føler talegjennkjenneren påvirker deres rolleutøvelse i sitt daglige arbeid.

For å kunne svare på problemstillingen stiller det derimot krav til at vi har en rekke intervjuer å basere analysen i avhandlingen på. Kari Hestad (ansvarlig for opplæringskurset) har vært vår kontaktperson, men grunnet hennes fravær de neste dagene sender vi denne forespørselen. I den forbindelse lurer vi på om du vil være villig til å svare på spørsmål tilknyttet: *Hvordan legenes rolleutøvelse påvirkes av deres profesjonsidentitet, hvordan legenes rolleutøvelse påvirkes av talegjennkjenneren, samt hvordan meningsdanning skjer blant legene?*

Intervjuet vil selvfølgelig være konfidensielt, der det ikke vil være mulig å spore tilbake utsagn fra legene i avhandlingen.

Du vil motta en konfidensialitetskontrakt ved intervjuet.

Intervjuet vil ta ca. 1 time. Ønskelig gjennomføring vil være i uke 8 eller 9.

Vi vil sette stor pris på ditt syn og dine erfaringer tilknyttet talegjennkjenneren, og tror du vil være en viktig bidragsyter for vår masteravhandling.

Håper på positivt svar, men det er selvsagt frivillig og delta.

Ta gjerne kontakt hvis du har noen spørsmål.

Vennlig hilsen

Hilde Tveito og Hanne R. Drange

97 02 65 95 91 57 71 44

Vedlegg 3, Intervjuguide

Målet med denne intervjuguiden er å få frem legenes spontante beskrivelser tilknyttet problemstillingen, og underliggende forskningsspørsmål.

Problemstilling:

Hvordan påvirkes legenes rolleutøvelse av samspillet mellom legenes profesjonsidentitet og talegjenkjenningsteknologien ved St. Olav?

Under hvert forskningsspørsmål har vi forsøkt å konkretisere hvilke teorier som knytter seg til de ulike underspørsmålene.

Innledning

- Presentasjon av oss selv, og hva masteravhandlingen baserer seg på. Gi en kort presentasjon av hva vi kommer til å spørre om, hvilke temaer vi vil berøre. Deretter si litt om konsekvenser og hva vi vil bruke intervjuet til.
- Garantere anonymitet i hele prosessen. (Husk å ta med samtykke- og anonymitetskontrakt, skrevet under av oss).
- Spørre om legen har noen spørsmål før intervjuet starter.

Generelle spørsmål i starten

- Hvor lenge har du arbeidet på denne avdelingen, og ved St. Olav?
- Beskriv en ordinær arbeidsdag for deg.
(Opparbeide tillitsforhold)
Hvilket inntrykk har du av TGK?
- Har den medført til store endringer i din rolleutøvelse?
- Hensikten med innføringen av TGK var; sikkerhet, effektivisering og økonomi.
Stemmer det med dine erfaringer?
- Hadde du kjennskap til Ullevål eller andre sykehus sine erfaringer med bruk av TGK, før du tok den i bruk?
- Har dere legene pratet mye med hverandre her på om talegjenkjenneren? Har det vært mange synspunkter og diskusjoner rundt den?

- Hvilket inntrykk tror du andre leger har av TGK? Med tanke på hvordan den er med på å styre deres arbeidsdag?
- Benytter du fortsatt den gamle arbeidsmetoden tilknyttet journalføring (diktafon)? Hvis ja, hvorfor?
- Tror du andre leger benytter det? Hvis ja, hvorfor?
- Har du muligheten til å komme med tilbakemeldinger på hvordan TGK fungerer? Til hvem?
- Ser du for deg at det blir noen endringer av bruken av TGK i fremtiden?

Noen få spørsmål igjen:

- Når du tar på deg legefrakken -føler du at du tar på deg en ”rolle” i ditt arbeid som lege, i forhold til deg som privatperson?
- Hvilken atferd forventes av denne rollen?
- Hva assosierer du med profesjonsidentitet?
- Hva betrakter du som din profesjonsidentitet?
- Føler du profesjonsidentiteten har blitt endret som en følge av TGK?

Vedlegg 4, konfidensialitetskontrakt

I forbindelse med vår gjennomføring av masterutdanningen ved Trondheim Økonomiske Høgskole, har vi fått muligheten til å gjennomføre en undersøkelse basert på kvalitative intervjuer av leger som har tilknytning til talegjenkjenningsteknologien.

I dette arbeidet er det av stor betydning for oss at vi kan få intervjuer leger om deres syn og forståelse av talegjenkjenningsteknologien.

Hanne R. Drange og Hilde Tveito bekrefter med dette at det er kun de to som har tilgang på informasjonen du gir til deres masteravhandling:

Trondheim den:

.....

.....

Vedlegg 5, Samtykkeerklæring

I forbindelse med vår gjennomføring av masterutdanningen ved Trondheim Økonomiske Høgskole, har vi fått muligheten til å gjennomføre en undersøkelse basert på kvalitative intervjuer av leger som har tilknytning til talegjenkjenningsteknologien.

I dette arbeidet er det av stor betydning for oss at vi kan få intervjuere legene om deres syn og forståelse av talegjenkjenningsteknologien.

Ingen av de intervjuede vil fremstå under eget navn i undersøkelsen, og man vil bli referert til som hhv lege 1, lege 2 etc. uten tilknytning til avdeling. I tillegg er det viktig å presisere at dette skjer på frivillig basis, og man kan trekke sin deltakelse uten noen negative konsekvenser.

Jeg gir mitt samtykke til at Hanne R. Drange og Hilde Tveito kan bruke den informasjonen jeg gir i deres masteravhandling.

Trondheim den:

.....