

# Шаблон в структуре действия: электронные медицинские карты и рутинизация в медицинской практике

*Андрей Корбут*

Кандидат социологических наук, старший научный сотрудник  
Центра фундаментальной социологии  
Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»  
Адрес: ул. Мясницкая, д. 20, г. Москва, Российская Федерация 101000  
E-mail: akorbut@hse.ru

Статья посвящена проблеме привычных действий и рутинизации деятельности. На основе данных, собранных в рамках исследования внедрения электронных медицинских карт в медицинскую практику, показывается, что распространенное представление о привычном действии как действии в соответствии с некоторой предварительной схемой, лежащее в том числе в основе большинства медицинских информационных систем, не описывает реальную структуру врачебных действий. Анализ того, как врачи воспринимают и используют электронные медицинские карты в своей повседневной практике, указывает на необходимость ситуационного подхода к рутинным действиям. На примере использования так называемых «шаблонов», создаваемых врачами в рамках электронной медицинской карты, демонстрируется важность ситуационного контекста осуществления профессиональной деятельности. Врачи, создавая и применяя различного рода «шаблоны», делают это таким образом, чтобы придавать им понятность в конкретных обстоятельствах, и эта ситуативная работа придания понятности происходящему, не заключающаяся в применении заранее готовых схем, может и должна быть предметом социологического анализа. Понимание рутинных действий как ситуационно ориентированных, согласованных достижений, не только позволяет указать на возможность нового подхода к описанию роли и места привычек в структуре социального действия, но и может иметь важное значение для разработки и оценки профессиональных информационных систем.

*Ключевые слова:* электронная медицинская карта, привычки, ситуативное действие, шаблоны, рутины, врачебная практика, этнометодология

Совершающийся на наших глазах переход от бумажного к электронному ведению документации и записей в медицине открывает социологу доступ к ряду тем и проблем, которые в других обстоятельствах гораздо сложнее поддаются эмпирическому изучению. Речь идет не только о том, что благодаря неспешности этого перехода мы можем систематически наблюдать, как один тип материальных инструментов социального действия сменяется радикально другим, трансформирующим сам характер этого действия. Здесь мы также имеем возможность видеть,

---

© Корбут А. М., 2016

© Центр фундаментальной социологии, 2016

DOI: 10.17323/1728-192X-2016-1-34-53

\* В статье использованы результаты, полученные в ходе выполнения проекта № 14-01-0019 в рамках программы «Научный фонд НИУ ВШЭ» в 2014–2016 гг.

каким образом информационные технологии становятся технологиями повседневной деятельности, в данном случае — профессиональной. Эту вторую тему можно, конечно, рассматривать в контексте диагностики «состояния современных обществ», но она имеет и более важное значение, связанное с выработкой новых способов социального анализа. Иными словами, переход к электронным медицинским записям — идеальная практика для рассмотрения вопроса о том, что такое повседневный мир и как мы его можем описывать. В отличие от *идеальных типов* Макса Вебера, производство и использование которых — методологическое дело социолога, *идеальные практики* производятся и используются самими практикующими, ставя перед ними ряд задач и проблем, в решении которых эти практики и заключаются. Эти задачи и проблемы носят неискоренимо локальный характер, они специфичны для конкретной практики, поэтому отделение их от этой практики закрывает доступ к ней (как в плане понимания, так и в плане действия). Следовательно, идеальная практика — это практика, позволяющая социологу обнаружить некоторую социологическую проблему как практическую проблему тех, кто не является профессиональным социологом, с сохранением доступа к локальной организации данной практики.

В случае электронных записей в медицине такой практической социологической проблемой выступает проблема действия по привычке, или шаблонов действия, или традиционного действия. В профессиональной социологии эта проблема, хотя и составляет неотъемлемую часть предметного поля, занимает шаткое положение и постоянно отодвигается на задний план. Это очень удобный фон для множества социологических фигур. Хотя в той или иной мере проблема «традиций», «привычек», «обыкновений» и «обычаев»<sup>1</sup>, как способов организации социального действия, интересовала всех классиков социологии, первым, кто попытался обосновать этот интерес, был Вебер. Впрочем, это обоснование было достаточно двусмысленным: указав, чем действие по привычке, или традиционное действие, может быть важно для социолога, Вебер попытался одновременно вывести его за границы области смысла:

Сугубо традиционное поведение... находится уже на границе, а часто даже за границей того, что вообще можно называть ориентированным «по смыслу» действием. Потому что часто оно представляет собой не более чем тупую реакцию на привычные раздражители в соответствии с однажды усвоенной установкой. В значительной части все усвоенное повседневное действие приближается к этому типу, который мы включили в нашу систематику не только как предельный случай, но также и потому, что привязанность к привычному может в различной степени и в различном смысле сохраняться сознательно... (Вебер, 2002: 99)

---

1. Вопрос о том, можно ли все эти понятия располагать через запятую, словно это вещи одного порядка, я пока оставляю открытым. Кроме того, следует предупредить читателя: в тексте термины «привычка», «шаблон», «рутина» будут использоваться как взаимозаменяемые.

Тут традиционное действие приобретает две отличительные характеристики: с одной стороны, с ним, в принципе, может быть не связан вообще никакой смысл (тогда это автоматическая, почти рефлекторная, реакция на раздражители); с другой стороны, в повседневной жизни мы большую часть времени примерно так и действуем. Однако эти массивность и массовость традиционного действия не оправдывают для Вебера социологический интерес к нему; данный интерес связан главным образом с возможностью сознательной ориентации на привычки. Следовательно, автоматизм традиции, будучи «предельным случаем», — подходящий фон для анализа других форм социального действия.

Приведенное высказывание Вебера не говорит о том, как он понимал отношения между повседневным и социальным в целом, но, вероятно, для него они могут вступать в конфликт или, по крайней мере, повседневное может выпадать из социального, точно так же как из нашего восприятия выпадает большая часть того, что происходит с нашим телом. Чем больше в действии привычного, тем меньше в нем смысла. Как движения рук и пальцев при письме на бумаге или наборе текста на клавиатуре ускользают от внимания пишущего или набирающего текст, так и наша повседневность настолько автоматизирована, что, если она не становится предметом сознательных усилий (например, при обучении письму), она представляет собой актуализацию шаблонов «бессмысленного» действия.

Столь вопиющее расхождение между социальным, как областью смысла, и повседневным, как областью традиции, не осталось без внимания<sup>2</sup>. Последующие социологии попытались противопоставить такой явной недооценке конститутивного значения повседневности для социальной реальности иную концепцию повседневности, в которой не просто повседневное рассматривается как смысловое, но и сам смысл локализуется в повседневном. Рассуждения Альфреда Шюца здесь были если не первыми, то определяющими:

...наш повседневный опыт как будто подтверждает тезис Вебера. Когда я мысленно окидываю взором сделанное за день, последовательность моих дневных дел, которые я осуществляю в одиночку или находясь среди людей, и задаюсь вопросом о смысле, который им придавался, я, безусловно, обнаруживаю во многих, возможно, в большинстве своих действий некоторый автоматизм. То, что я действую таким образом, представляется мне бесспорным постольку, поскольку я, действуя, не обнаруживаю в своих поступках никакого явного смысла, точнее говоря: обнаруживаю лишь в смутном виде. Однако нельзя путать степень ясности, в которой смысл моих действий постижим для меня самого, с самим этим смыслом. То, что большинство отправлений повседневной жизни не «бессмысленно», обнаруживается уже в том, что я в состоянии в любой момент познать их как осмысленные, изъять их из общего потока переживаний и внимательно рассмотрев их, вернее: в состоянии прояснить присущий им смысл. (Шюц, 2004: 705)

---

2. См. критический разбор трудностей, связанных с веберовским пониманием традиции, в: Turner, Regis, 1990.

Принципиально не ставя под вопрос отождествление традиционного действия и повседневного, Шюц возвращает повседневное в область смысла. Это открывает дорогу для всего того, что с тех пор обозначается расплывчатым термином «социология повседневности». Однако, несмотря на разнообразие этих социологий и их частичную несовместимость, и Шюц, и последующие исследователи повседневности<sup>3</sup> наследуют от Вебера понимание повседневного как «автоматического»<sup>4</sup>. Согласно и Веберу, и Шюцу, в повседневном мире мы действуем нерелексивно, «как заведено», по привычке, стандартно реагируя на стандартные ситуации, которые мы сами же стандартным образом создаем.

Сегодня у нас есть достаточно эмпирических оснований, чтобы поставить такое понимание привычного действия под вопрос и одновременно — поскольку привычное действие является в некотором роде ключом к повседневному — получить шанс на иную технологию анализа повседневности. Использование электронных средств ведения медицинских записей — идеальная практика, чтобы попробовать распутать весь этот клубок проблем и найти способы не-автоматизирующего понимания привычного действия. В настоящей статье я предложу один из таких способов. Материалы будут браться из проводимого мной в настоящий момент исследования внедрения электронных медицинских карт (ЭМК) в одной из московских поликлиник. Поскольку в данном тексте сама эта поликлиника и изменения, происходящие в повседневной работе врачей в результате появления ЭМК, не будут предметом всестороннего рассмотрения<sup>5</sup>, я не буду подробно останавливаться на том, какие данные были собраны и какие методы использовались. Основной материал взят из интервью с врачами и другими причастными к внедрению людьми и наблюдений за работой врачей.

В следующем разделе я предложу дополнительные обоснования того, почему внедрение ЭМК — идеальная практика для рассмотрения вопроса о привычности повседневного действия.

---

3. Например: Turner, 1994.

4. Я здесь намеренно огулбляю, поскольку мы определенно можем обнаружить исследовательскую традицию, к которой это суждение относится с большой натяжкой. Эта традиция — прагматизм. Начиная с Джона Дьюи (Dewey, 1992) и в дальнейшем в работах Дональда Шёна (которого, впрочем, можно отнести к прагматической традиции лишь условно; см.: Schön, 1983) и некоторых других авторов (например: Kilpinen, 2009; Gronow, 2011) можно видеть попытки формулирования практической концепции привычки, предполагающей принципиально рефлексивный характер привычных действий. Ниже я покажу, в чем эти попытки неудовлетворительны и почему необходимо отказаться не просто от понимания привычки как автоматизма, но и от концепции рефлективности как актуального смысла или знания.

5. То есть я буду рассуждать не о практике, а *внутри* практики, *вместе* с практикующими, выявляя то, какие задачи и каким образом они решают, когда сталкиваются с проблемой привычного действия. Более подробно результаты исследования будут представлены в дальнейших публикациях.

## Проблема: стандартизация действия

Одной из главных тем, постоянно возникающей в дискуссиях по поводу электронных медицинских карт, оказывается стандартизация и ее позитивные или негативные последствия. Стандартизация при этом всегда, в той или иной степени, противопоставляется «обычной практике», нестандартизированным способам действия. Эти способы действия могут считаться «неудобными», поскольку они мало сопоставимы между собой, слишком зависят от конкретного учреждения или врача, финансово затратны, допускают много ошибок, позволяют врачам уходить от ответственности за эти ошибки и т. д. В данном случае обычная медицинская практика понимается как сложившаяся и устоявшаяся форма поведения, с большим трудом поддающаяся изменению, — во многом аналогичная курению. Соответственно, сторонники стандартизации заявляют, что последняя позволяет избавиться от некоторых «вредных привычек» здравоохранения, даже если при этом врачи будут оказывать сопротивление (курильщику тоже не так легко расстаться с сигаретой). Новые стандарты, разумеется, должны в конечном итоге сами стать привычками, только на этот раз — полезными. Если стандарты не станут частью повседневной врачебной практики, они не работают.

Критики стандартизации предлагают два противоположных аргумента. Во-первых, по их мнению, стандартизация может пагубно влиять на локальные формы знания и действия, т. е. разрушать те привычки, которые не «вредны»<sup>6</sup>. Стандартизация необратимо трансформирует живую практику, превращает каждое уникальное взаимодействие врача и пациента, опосредованное профессиональными навыками и знаниями, в шаблонный контакт, отделяет медицинские записи от контекста их создания и использования. Стандартное подавляет привычное. Во-вторых, стандартизация может восприниматься как нечто утопическое, как то, что провозглашается, но никогда недостижимо, поскольку стандартное ничего не может поделать с привычным, рутинные способы действия (по крайней мере, некоторые) ускользают от попыток их стандартизации<sup>7</sup>, рутинные способы действия связаны с таким большим числом организационных обстоятельств их формирования и функционирования, что ни одна схема не сможет все эти обстоятельства учесть. Более того, когда стандарт сам становится привычкой, он неизбежно трансформируется в соответствии с уникальными ситуациями, знаниями и сложившимися привычками конкретных людей.

Все приведенные выше взгляды на стандартизацию обладают одним недостатком, который выступает серьезным препятствием при рассмотрении вопроса о

---

6. Поскольку это достаточно распространенный аргумент, он высказывается в огромном количестве работ, которые здесь нет смысла приводить. Я укажу только на работы Марка Берга — наиболее последовательного выразителя этой точки зрения: Berg, 1997, 2004; Timmermans, Berg, 2003. См. также: Reich, 2012.

7. См. работы Томаса Уинмана и его коллег: Winman, Rystedt, 2011, 2012; Winman, Säljö, Rystedt, 2012. Эта же логика лежит в основе исследований так называемых «организационных рутин» (см.: Pentland, Feldman, 2005; Becker, 2005).

привычном действии: они исходят из того, что «стандарт» и «привычка» разделимы, вследствие чего сами привычки воспринимаются как применение некоторых локально выработанных стандартов. И сторонники, и противники стандартизации рассматривают привычные способы действия с точки зрения схем поведения, складывающихся у практикующих (например, врачей) и воспроизводимых в аналогичных ситуациях по одной и той же программе. *Схема* действия отделяется от *ситуации* действия. Но такое понимание стандартов и привычек искажает практические обстоятельства, в которых действуют конкретные участники практики. Для прояснения этого момента рассмотрим простой пример. В проекте государственного стандарта электронной медицинской карты указан ряд обязательных элементов ЭМК. Один из них — дата и время подписания каждой записи в ЭМК:

**07.01.11. Дата и время подписания ЭПМЗ<sup>8</sup>**

Обязательный элемент, указывающий, с какого момента ЭПМЗ считается законченной, подписанной и приобретает статус официального медицинского документа<sup>9</sup>.

Дата и время — стандартные элементы ЭМК, которые должны обязательно присутствовать в соответствующих электронных документах. Причем это требование адресовано, скорее, разработчикам ЭМК, которые должны создать такую информационную систему, в которой каждая запись будет иметь дату и время. Для повседневной врачебной практики это вроде бы не имеет никаких последствий, поскольку, с одной стороны, не требует от врачей совершения каких-то дополнительных действий, а с другой, дата — обычный элемент деятельности врача. В то же время дата и время — это организационные дата и время, т. е. они всегда связаны с конкретными ситуациями их фиксации, записи и чтения. Например, одно из обстоятельств, о котором мне рассказывали врачи, заключается в том, что если в информационной системе фиксируется время окончания приема, это позволяет оценить, сколько времени врач уделил отдельному пациенту, что может иметь принципиальное значение, в случае если на прием отводится только определенное количество минут. В этом отношении фиксация даты и времени приема может говорить (например, руководству поликлиники или департамента здравоохранения) о том, насколько «эффективно» работает врач. Зная об этом, врачи выстраивают свою работу так, чтобы дата и время молчали о том, о чем не следует говорить. Например, в той поликлинике, в которой я проводил исследования, электронная система предусматривает определенный промежуток времени для приема пациента: врач имеет 12 минут, т. е. через каждые 12 минут к нему записан новый пациент.

---

8. ЭПМЗ — электронная персональная медицинская запись. Согласно проекту ГОСТ, совокупность ЭПМЗ составляет ЭМК.

9. Проект национального стандарта «Электронная медицинская карта. Электронная медицинская карта, используемая в медицинской организации». Проект ГОСТ был любезно предоставлен автором проекта, Борисом Валентиновичем Зингерманом.

Врачи при этом сталкиваются не только с тем, что этого времени бывает недостаточно, но и с тем, что этого времени бывает слишком много. В случае повторного визита пациента, когда достаточно поинтересоваться его состоянием и посмотреть данные обследований, прием может быть очень коротким. Соответственно, врач, представляя, кто придет в нему (повторный ли это визит, каков возраст пациента, какое у него заболевание и пр.), может сокращать или растягивать время приема, однако эта работа со временем далеко не всегда отображается в информационной системе, поскольку врачи заинтересованы в том, чтобы появляющиеся там даты и время соответствовали «стандарту» в 12 минут. В этом случае, если прием закончился раньше отведенного времени, врач может не закрывать ЭМК, а делать это только по истечении положенных 12 минут. Освободившееся таким образом время он может тратить либо на отдых, либо на то, чтобы начать прием следующего пациента, на которого нужно больше времени.

Чтобы понять, о чем говорит ГОСТ, необходимо прочитать данный стандарт как элемент локальной практики программирования медицинской информационной системы, руководства поликлиникой или взаимодействия с пациентом. Это не означает, что стандарты не схватывают организационный контекст реальной медицинской практики. Проблема заключается в другом: стандарт *сам* — локальная практика. Стандарты не могут ничего поделать не с той практикой, в которую они «внедряются», а с *собственной* практикой, с *собственной* локальностью, т. е. с теми привычками, в которых заключается их создание и чтение. Понятность стандарта обеспечивается практикой, часть которой он составляет и которая составляет его контекст, в данном случае — практикой чтения ГОСТ как определенного типа документа. «Дата и время» из ГОСТ и «дата и время» в реальной ЭМК — это не разные дата и время, но такие дата и время, которые объяснимы лишь в ситуативных практиках их создания, чтения, использования. Чтобы стандарт был стандартом, нужна локальная работа его производства как стандарта.

Если мы не можем отделить схему действия от самого действия, мы должны изменить и наш взгляд на привычки. Привычка больше не может пониматься как применение некоторого шаблона поведения в повторяющихся обстоятельствах. Необходим ситуационный анализ привычек.

С аналогичной необходимостью столкнулись в области исследований искусственного интеллекта. В этой области достаточно быстро осознали необходимость ситуационного подхода к человеческому действию, поскольку их задача касалась не просто обнаружения возможности соотнесения некоторого стандарта с действием, но выявления того, как можно стандартизировать само действие. Факт наличия привычек в поведении людей подсказывал, что, видимо, человеческое действие схематизируемо в принципе. Раз в некоторых обстоятельствах люди могут действовать шаблонно, воспроизводя одну и ту же схему поведения, почему бы не рассмотреть подобным образом *любое* действие? Отсюда возникает представление о действии как реализации «плана», «фрейма», «схемы», «сценария», «модели», «правил» и т. п. в конкретных обстоятельствах. Но практически сразу стало по-

нятно, что при таком подходе кое-что упускается, а именно то, как реально действуют люди. В работах Хьюберта Дрейфуса (Dreyfus, 1992) и в большей степени Люси Сачмэн (Suchman, 2007) было показано, что ситуационность человеческого действия, во-первых, носит неискоренимо социальный характер и, во-вторых, не заключается в применении шаблона действия к ситуации, а представляет собой неустранимую ситуационность *самого* шаблона.

Критичность расхождения между попытками реализовать в жизни представление о человеческом действии как действии-по-схеме и тем, как организовано поведение людей в повседневных ситуациях, особенно ярко проявляется в тех ситуациях, где данное расхождение приводит к созданию технических систем, мешающих повседневному действию. Описанный Люси Сачмэн случай копировального аппарата, создававшего массу проблем для его пользователей, — это именно такого рода система. Но проведенный ею анализ причин возникновения этих проблем показывает, что даже если они не возникают, это не означает, что представление о человеческом действии, которым руководствуются создатели подобных систем, адекватно этому действию. Скорее, нужно говорить о том, что успешность взаимодействия с такими системами обеспечивается неизвестными разработчикам способами. Чтобы понять, каковы эти способы, необходимо «заглянуть внутрь» привычки.

### **Шаблоны, рутины, действия**

Для первоначального прояснения того, что представляет собой привычка, можно взять относительно простой пример. Я живу в многоэтажном доме с двумя лифтами: грузовым и пассажирским. В обоих лифтах кнопки приказов (те кнопки, которые нажимает пассажир внутри лифта) снабжены светодиодами, загорающимися, когда на них нажимают. Отдельной кнопки для закрывания дверей нет (точнее, кнопка с соответствующим знаком на ней есть, но ее нажатие не ведет к закрыванию двери, т. е., вероятно, она нужна для чего-то другого). Поездка в лифте происходит следующим образом: ты заходишь в лифт, нажимаешь кнопку, на ней загорается лампочка, проходит несколько секунд, после чего дверь лифта начинает закрываться, и после ее закрытия лифт начинает двигаться. Однако в процессе пользования лифтом я выяснил, что промежуток времени между нажатием кнопки и закрыванием двери зависит от того, в какой момент была нажата кнопка: если кнопка нажата после того, как дверь полностью открылась, она работает как кнопка закрывания двери. Поэтому теперь мой привычный способ действия таков: я вызываю лифт, он приезжает, дверь начинает открываться, я захожу внутрь, жду, пока дверь откроется полностью (поскольку один лифт грузовой, в нем более широкая дверь и в лифт можно зайти до того, как она полностью откроется; в пассажирском лифте дверь открывается быстро, поэтому, когда я оказываюсь внутри, обычно она уже полностью открылась), и в этот момент нажимаю кнопку, после чего дверь сразу начинает закрываться. В лифте, в котором дверь открывается

дольше, согласование момента нажатия кнопки с процессом открытия двери чаще дает сбой, поскольку иногда ты нажимаешь кнопку до того, как дверь открылась полностью, и тогда тебе надо жать ее второй раз. Те пассажиры, которые не знают об этой особенности и нажимают кнопку до того, как дверь полностью открылась (пока заходят), потом ждут несколько секунд, прежде чем дверь начнет закрываться. Эта пауза достаточно продолжительна, чтобы у некоторых пассажиров возникало ощущение, что с лифтом что-то не то и он «не едет».

Эта привычка появилась достаточно давно, и если я еду в лифте один, я стараюсь делать так, чтобы между открытием и закрытием дверей не возникало паузы. Значит ли это, что у меня сформировался некий шаблон действий, воспроизводящийся из раза в раз, поскольку каждый раз ситуация повторяется и вместе с ней повторяются мои действия? Данный вопрос касается не столько причин моего действия, сколько причин понятности моего действия. Что обеспечивает понятность этой моей привычки? Во-первых, ее методичность. То, что я действую методически, является источником объяснимости происходящего. Эта методичность не требует объяснений, поскольку она сама обеспечивает объяснение. Подобие моих действий в каждой ситуации обеспечивается не совпадением движений, а совпадением способа действия. Я всякий раз действую одинаково, применяю один и тот же метод, что, в свою очередь, ведет к однообразию моих движений (вплоть до траектории руки). Во-вторых, важно, что мои действия совершаются в мире, это материальные действия, действия *в* лифте и *с* лифтом. Эти действия принципиально наблюдаемы, даже если никто в данный момент на меня не смотрит. Наблюдаемость моих действий — социальной природы, но не в том смысле, что есть другие люди, которые поступают так же, как я, или что окажись на моем месте кто-то другой, он поступил бы так же. Скорее, речь идет о том, что какая бы у меня ни была привычка ездить в лифте, любой человек ее *может* понять. Сама зримая структура моего действия делает это действие осмысленным. И в-третьих, осмысленность моего действия связана с ситуацией, в которой я нашел решение определенной проблемы: долгого ожидания закрывания двери. Моя привычка решает некоторую практическую задачу. Это решение как определенная практика составляет контекст моих конкретных действий всякий раз, когда я еду в лифте.

Таким образом, при анализе привычек нет никакой необходимости апеллировать к выработанным или усвоенным культурным, когнитивным, двигательным или ситуационным схемам. Мы не проводим оценку текущей ситуации, чтобы затем, при совпадении этой ситуации с имеющейся у нас моделью, реализовать специфический ход действий. Наша задача — осуществить понятное действие. В моем примере я должен нажать кнопку в тот момент, когда двери будут полностью открыты, поэтому привычка — это не то, что я «достаю» из какого-либо хранилища, а то, что протекает между мной (моим телом, моим взглядом), кнопкой лифта и дверью.

Аналогичное понимание привычек предлагает Филип Агрэ (Agre, 1985, 1997), используя для этого понятие «рутины». Принципиальный момент его подхода за-

ключается в том, что такой новый взгляд на рутинные повседневные действия позволяет рассматривать привычку как динамичную практику.

Рутинa — это часто повторяемый паттерн взаимодействия между агентом и знакомой ему средой. <...> Рутинa, как любой динамичный феномен, является чисто дескриптивным конструктом, а не вещью в голове, планом или процедурой. Она не должна соответствовать введшейся привычке или неизменному обычаю. Для осуществления рутин не нужны ни специфические знания или компетенции, ни когнитивный аппарат. Другими словами, совершение чего-либо одним и тем же образом изо дня в день не должно вытекать из специального намерения каждый раз делать это одним и тем же образом. Агент может осуществлять рутинные действия, не зная о том. Рутинa может предполагать серию действий, каждое из которых будет реакцией на ситуацию, созданную предыдущим действием, без предварительного намерения осуществить *эту* серию действий. (Agre, 1997: 108)

Если рутинa динамична, тогда нет смысла пытаться обнаружить то, что обеспечивает ее стабильность, поскольку она сама обеспечивает собственную стабильность. Правда, в отличие от Агрэ, следует говорить о том, что динамичные отношения между ситуацией и действием не носят характер «прилаживания» к знакомой среде, поскольку иначе не понятно, в каком смысле она знакома человеку. Отказавшись от когнитивной трактовки знания необходимо следом отказаться и от когнитивной трактовки знакомости повседневных ситуаций. Тогда знакомость ситуации будет возникать одновременно с привычным действием и *в качестве* привычного действия. Об этом прекрасно знают сами практики. Например, один из врачей в беседе так описал «способ мышления» участкового терапевта:

Когда я пришел в поликлинику [из кардиологического центра], у меня было такое ощущение, что я попал в какой-то XIX век: земский врач, что-то ухом послушал, пальчиком постучал, мышите/не мышите, и надо уже что-то предполагать, объяснять пациенту, говорить, высказывать. Вот ты и начинаешь это всё открывать дома и читать: примерно те диагнозы, примерные те проявления, симптомы, какому диагнозу соответствуют, какой процент каждое заболевание имеет на твоей территории, и всё остальное. Вот и создаются эти вот маленькие такие алгоритмики, вот именно алгоритмы: если это — тогда это, из этого следует вот это, вот это, вот это. <...> Я когда прихожу, я не знаю, куда я прихожу, на что я прихожу. Вы вызываете с температурой, вы ждете, и вы не знаете, что у вас. Но то же самое: я иду к вам и не знаю, что у вас. <...> Идя к пациенту, я часто не знаю, на что я иду. Ну, температура, температура. Вот и начинается: откуда температура, какая температура, сколько дней, как, чего, когда возникла, что раньше: кашель или температура, насморк или температура, озноб либо температура.

Для врача понятность ситуации связана с тем, что он называет «алгоритмами» — определенными способами понимания, мышления и действия, позволяющими эту понятность производить. Отправляясь по вызову, он не знает, с чем ему придется

столкнуться, даже если первоначально какое-то знание ситуации есть. Соответственно, «алгоритмики» — это не просто шаблоны действия. Это повторяющиеся способы мышления и действия плюс ситуативные способы организации знакомого вида вещей. «Алгоритм» — это не схема действия, а то, что *делается* в ситуации. Сравните такое понимание алгоритмизированности действий врача с точкой зрения специалиста по компьютерным технологиям, представляющего разработчика ЭМК в изучаемой поликлинике: «Кто такой врач? Что это за существо такое? Врачи стараются вообще изначально запомнить алгоритм, и уже на основе этого алгоритма делать. Они не задумываются о том, что они делают<sup>10</sup>. В этом заключается самый главный их минус». Применяя к деятельности врача тот же самый термин, специалист по информационным технологиям делает это с совершенно иной целью: показать, что врачи действуют как заведено и поэтому сопротивляются всему новому просто в силу нежелания расставаться со своими привычками. Для него привычка — это чистое действие, осуществляемое только потому, что оно осуществлялось раньше. Но тем самым он явно упускает, какое значение имеют привычки в профессиональных ситуациях деятельности врача<sup>11</sup>.

Конечно, подходу к алгоритму как тому, что позволяет сэкономить на мышлении, удобнее всего противопоставлять эмпирические свидетельства того, что в любом, даже самом шаблонном, действии заключена некоторая «мысль», присутствует определенная рефлексивность. Множество примеров такого рода приводят прагматисты, Шён, а также Эдвин Хатчинс (Hutchins, 1995, 2005). Но даже если мы покажем, что в привычных действиях есть актуальный смысл, и даже если мы продемонстрируем, что этот актуальный смысл укоренен в материальных артефактах, это не снимет вопрос о том, с какого рода «знанием» мы имеем здесь дело. Чтобы обнаружить знание-в-действии, нам придется взять ситуативную понятность привычных действий в качестве само собой разумеющейся опоры, проигнорировав ту работу производства понятности, в которой эти привычные действия заключаются. Кажется, врачи понимают это лучше социальных ученых, и внедрение ЭМК в повседневную врачебную практику — идеальный «музей» этого понимания.

## Шаблоны-в-ситуации

Появление ЭМК в качестве элемента повседневной врачебной практики ведет к тому, что врачи (как, впрочем, и другие участники медицинской практики: руководство медицинского учреждения, медсестры, сотрудники регистратуры, пациенты) рутинизируют информационную систему, используя ее для решения своих каждодневных задач в соответствии с конкретными *вот этими* обстоятельствами, в которых они должны организовать свою работу. Эти обстоятельства могут быть связаны, например, с необходимостью выстраивания взаимоотношений с

10. Некоторые исследования организационных рутин тоже характеризуют привычные действия как «бездумные». См.: Ashforth, Fried, 1988.

11. Ниже я покажу, к каким последствиям это ведет при разработке ЭМК.

пациентом во время приема, и тогда само наличие компьютера на рабочем месте врача и необходимость набирать текст на клавиатуре должны быть скоординированы с репликами и действиями участников ситуации таким образом, чтобы прием оставался приемом и чтобы врач мог «делать медицину»<sup>12</sup>. Однако в некоторых случаях рабочая практика явно входит в противоречие с моделью этой практики, подразумеваемой информационной системой. Рассмотрим один пример.

Один из руководителей компании-разработчика той ЭМК, которая внедряется в рассматриваемой поликлинике, сообщил в разговоре со мной, что в основе данной информационной системы лежало так называемое «клиническое моделирование»: сначала ведущих врачей разных специальностей (главного педиатра, главного кардиолога и т. д.) попросили создать модели приема для разных специалистов, а затем на основе этих моделей разрабатывался интерфейс ЭМК<sup>13</sup>. При этом сама последовательность шагов во время приема для всех врачей одинакова: жалобы и анамнез → осмотр → диагноз → назначения → услуги и справки → завершение приема. Фактически каждый шаг представляет собой новое окно, открывающееся лишь при заполнении обязательных полей в текущем окне. Предполагается, что такая последовательность шагов соответствует реальной логике работы врача. Однако вот что говорит врач, пользующийся данной системой:

Единственное, мне как-то не нравится вот эта последовательность, окошки. То есть ты не можешь открыть какое-то окно, не пройдя предыдущее. Если можно было бы, например, я быстренько что-нибудь впишу в одно, потом переключусь на это, мне было бы удобнее. Или, например, ты хочешь посмотреть, правильно ли ты что-то написал, — открыл еще раз, и нужно еще раз все пролистать и тогда ты дойдешь до нужного пункта.

Логика реального приема отличается от модели, предлагаемой ЭМК: врачи получают информацию не в том порядке, который предусматривается системой, а в том порядке, который определяется структурой взаимодействия. Пациенты не говорят и не делают только то, что их просит врач, а врач не говорит и не делает только то, что требуется заданной последовательностью шагов. Жалобы пациента, возможный диагноз, результаты осмотра — все это возникает не последовательно, а вразнобой или, наоборот, одновременно. Но ЭМК требует, чтобы эта информа-

---

12. О том, как это происходит, см. исследование Кристиана Хита и Пола Лаффа: Heath, Luff, 2000. Хороший обзор исследований в этой области см. в: Fitzpatrick, Ellingsen, 2013.

13. Любопытно, что при этом собеседник подчеркнул, что неправильно говорить «электронная медицинская карта», нужно говорить «система интегрированной медицинской информации». Уже в этой замене можно видеть, как определенная организационная реальность, в которой «медицинская карта» (или «история болезни») составляет привычный объект отсылок, записей, чтения, переноса из регистратуры в кабинет, выдачи на руки, подклеивания результатов обследований, хранения в шкафах и т. п., уступает место иной организационной реальности — реальности разработчика, для которого карта — это лишь временный носитель информации, к которому привыкли врачи, но который может быть заменен другим носителем, электронным (к которому врачи тоже привыкнут, надо только подождать).

ция заносилась последовательно, шаг за шагом. Это замедляет работу, хотя и, вероятно, повышает заполняемость карты.

Данный пример важен для рассмотрения вопроса о привычках в структуре действия, поскольку наглядно демонстрирует неадекватность понимания привычек как действия-по-шаблону. Если бы рутинная деятельность врача заключалась в применении ряда шаблонов, тогда можно было бы поставить задачу создать модель тех шаблонов, которыми руководствуется врач, и затем реализовать эту модель в виде информационной системы. Соответственно, эта модель могла бы в большей или меньшей степени соответствовать «реальному» шаблону или алгоритму деятельности врача. Однако приведенный случай показывает, что проблема в другом. Дело не в том, что разработчики построили плохую модель. Это не так. Дело в том, что *любая* модель предполагает ситуационную работу ее использования, не описываемую и не предопределяемую этой моделью. Иными словами, рутинная деятельность врача — это не применение шаблона к текущей ситуации, а организация текущей ситуации в качестве профессионально упорядоченной. Для разработки информационных систем это означает, грубо говоря, что построить модель врачебной практики *в принципе* невозможно. Цель должна быть иной: создать такую систему, которая была бы чувствительна к ситуационной работе производства рутинного порядка врачом, т. е. которая бы *помогала* врачу. Для этого в основу систему должны быть положены не модели деятельности врача, а механизмы получения информации о его работе и реагирования на эту работу.

То, что дело не в том, насколько хороша или плоха модель деятельности врача, лежащая в основе ЭМК, показывает и такой элемент этой системы, как «шаблоны». В данной ЭМК пользователю предоставляется возможность создавать свои шаблоны. Врачи находят эту возможность очень удобной.

Да, есть шаблоны. Можно делать шаблоны, их редактировать. Плюс есть очень удобная функция, я ей недавно начала активно пользоваться: если пациент уже был на приеме, уже есть его осмотр, он повторно пришел, то нажимаешь просто на «Повтор» и все данные автоматически открываются. Там меняешь только то, что нужно. То есть это занимает буквально 2–3 минуты, даже меньше.

По мнению одного из руководителей компании-разработчика, у удобства шаблонов есть и обратная сторона: «Шаблоны удобны, но опасны. Врачи начинают делать просто копипаст». С его точки зрения, использование шаблонов ведет к шаблонным действиям. Вместо того чтобы вносить в систему актуальную информацию, врачи начинают просто воспроизводить уже введенные сведения, вероятно, чтобы экономить время и усилия. Врачи же воспринимают шаблоны в ином контексте; их удобство связано не с тем, что они позволяют совершать шаблонные действия.

Все настроены довольно положительно. Потому что действительно удобно, особенно когда идут шаблоны и повторные осмотры. Потому что чаще всего, конечно, к нам приходят люди, которых мы знаем хорошо, и здесь не надо заново все это писать. Очень удобно. <...> У меня тут есть несколько шаблонов, я сама их называю, как мне удобно. Есть вот по конкретным людям — например, у кого тяжелые заболевания — мне нужно, чтоб были. Это я сама создала, для себя, чтобы было удобнее работать.

Другой врач отмечает:

Каждый шаблон создавал сам и как хотел сам. Потому что я знаю: некоторые создавали шаблоны под больных, допустим, «Больной Иванов». Им так удобнее. Мне удобнее по нозологии. <...> Для меня они подходят, я так пишу и я под себя их делала. Кому-то могут не подходить. Допустим, у меня шаблон «XXXXX [Нозологическая единица]». Понятно, что он будет практически у всех одинаков. <...> Поэтому я говорю: я делала шаблоны по диагнозам, кто-то делал шаблоны по больным. Ну, это уж кому как удобнее. Может, там смысл в чем: что люди получают одну и ту же терапию и там у них уже это все забито, и они только распечатывают. То есть кому как. Мне неудобно, потому что может поменяться что-то: лекарства какие-то или кашель. Все равно приходится менять, все равно приходится набирать.

Для врачей использование шаблонов связано с рядом организационных обстоятельств. Во-первых, некоторые пациенты хорошо знакомы врачам. Знакомство это носит не личный, а организационный характер<sup>14</sup>: они могут получать одно и то же лечение или у них может быть характерное редкое заболевание. В этом случае удобнее создавать шаблон под конкретного пациента. Во-вторых, поскольку врачи мыслят «алгоритмиками», шаблоны могут эти алгоритмы воплощать. В этом случае шаблоны удобнее создавать по диагнозам<sup>15</sup>. В-третьих, шаблон, экономя время, должен делать это ситуационно уместным образом, поскольку использование шаблона происходит в конкретной ситуации в присутствии пациентов. Он экономит не время врача, как предполагает разработчик системы, а время приема, которое производится таким образом, чтобы не только врач имел возможность собрать

---

14. Хотя отношения между врачом и пациентом могут напоминать личные отношения. Например, одна участковый врач-терапевт в разговоре сказала: «Я со своими договорилась так...» Но «свои» здесь — не столько лично знакомые пациенты, сколько «ее» пациенты, которые создают постоянный поток, поддающийся управлению.

15. В методическом пособии для врачей, написанном создателями данной информационной системы, этот момент оговаривается отдельно: «При выборе имени для сохраняемого шаблона протокола или шаблона раздела протокола рекомендуется использовать код или наименование диагноза и, при необходимости, дополнять их отдельными признаками: „j04.3“, „m42.1 (спина)“, „m42.1 (шея)“, „Острый бронхит“, „Норма“. Использование иных идентификаторов, например, ФИО пациента, даты создания или общих слов „шаблон“, может усложнить дальнейший поиск и использование созданных шаблонов». Здесь обоснование рекомендации применять в названии шаблонов диагноза не отсылает к организационной реальности рутинной врачебной практики. Речь идет об удобстве использования системы. Но, как мы видели, у врачей, по выражению Гарольда Гарфинкеля, могут быть «хорошие организационные причины для плохих медицинских записей» (Garfinkel, 1967: 186–207).

необходимую информацию и записать ее тем или иным образом, но и чтобы эта запись была естественной частью происходящего на приеме.

Сначала отвлекало сильно. Сейчас я уже приспособилась. Сначала посидишь, поговоришь, узнаешь, как дела, потом скажешь: «Сейчас, секундочку», быстренько все напечатаешь, дальше его посмотришь... А если есть шаблон, то это вообще можно одним глазом сюда смотреть, другим на него, и в принципе нормально.

Поскольку профессиональная работа врача заключается не в применении шаблонов мышления и действия к конкретному пациенту, а в рутинном производстве профессиональной практики в конкретных ситуациях, мы не можем отделить шаблон как элемент информационной системы от ситуационной работы его создания и использования. Эта работа всегда носит наблюдаемый характер, благодаря чему она доступна во время приема и врачу, и пациенту. Врач действует так, чтобы его работа была зримо профессиональной, что предполагает в том числе организацию взаимодействия с пациентом каждый раз в уникальных обстоятельствах. При этом использование шаблонов не вступает в противоречие с ситуационной ориентацией врача, поскольку *любые* шаблоны — как в узком смысле (элемент ЭМК), так и в широком (привычные действия) — требуют *какой-то* ситуационной работы, чтобы они вообще были шаблонами. Следовательно, повторяемость врачебных рутин основывается на ситуативных практиках ее осуществления.

Таким образом, для разработчика информационной системы структура привычного действия врача определяется некоторой схемой, которая, в свою очередь, может быть как (желательно) адекватной — причем эту адекватность можно усиливать, например, прося самих врачей построить схемы приема, — так и (нежелательно) неадекватной, и он описывает реальную врачебную практику как практику именно такого рода, что позволяет ему опасаться желания врачей свести свою деятельность к простому воспроизводству шаблонов, в том числе — буквально методом копипаста. Для врачей же шаблон — это то, что всегда помещено в контекст ситуативной деятельности, которая не сводится к этому шаблону. Рутинность врачебной практики является *достижением*, а не *причиной* ее или его конкретных наблюдаемых действий.

## Заключение

«Здесь дело привычки» — это фразой один из врачей подытожил свое взаимодействие с новой информационной системой. Эта фраза указывает на особое место, которое привычка занимает в структуре действия. Что значит дать привычке совершить свое дело? Каково вообще дело привычки? В чем бы это дело ни заключалось, данная фраза говорит о том, что привычка — это достижение. Как достижение она обладает рядом свойств, делающих ее незаменимой при изучении

организации человеческих действий. Главное из этих свойств состоит в том, что привычки демонстрируют: воспроизводимость действий имеет ситуационные основания. В этом качестве привычка противоположна не импровизации, а действию по правилу: действие по правилу можно легко (пусть даже неправомерно) разделить на действие и правило, но в случае привычки такое разделение оказывается крайне сложным. Даже повседневное понимание привычки отсылает к тому, что в привычке действие и «шаблон» действия неразделимы. Идеальная привычка — это когда мы делаем в точности одно и то же из раза в раз.

В действительности, поступая привычно, мы, конечно, никогда не повторяем действия с точностью до миллиметров. И дело даже не в том, что ситуация нашего действия всегда различна. Скорее, дело в том, что воспроизводимость ситуации, которой мы добиваемся, заключается в производстве знакомости ее *организационных*, а не *физических* характеристик (если одни от других вообще можно отделить). Попробуйте написать одно и то же слово несколько десятков раз, и всякий раз в своих деталях эти записи будут *различаться*, но и в *этих же* деталях они будут *одинаковыми*. Мы когда-то научились писать определенным образом, и теперь эта привычка позволяет нам производить все новые и новые записи. Когда я пишу, я не стремлюсь к повторению, я не пытаюсь строить свое действие, ориентируясь на некоторое правило. Теперь, умея писать, я не пытаюсь писать «правильно». Я пишу «как пишется». Я позволяю привычке делать свое дело.

Здесь, конечно, уместен вопрос: не оказывается ли в результате предложенного выше анализа, что всякое действие является привычкой? Так и есть, но лишь в том смысле, в каком невозможно найти действие, в котором бы не было «примеси» рутины. Эта примесь, однако, не означает, что в повседневном мире действия постепенно опривычиваются, как утверждают Питер Бергер и Томас Лукман<sup>16</sup>. Само по себе повторение действия не превращает его в привычку. Привычность действия обеспечивается не ориентацией на прошлое выполнение действия как образец, а умением производить знакомый ход дел и вид вещей. Поэтому динамика любого действия заключается в расширении наших возможностей действия в мире в каждой конкретной ситуации. Привычка — это то, что сопутствует любому действию в силу его неистребимой ситуационности.

Часто привычка используется для характеристики отдельного человека. Но даже такое использование привычки является социальной практикой, поскольку

16. «Всякая человеческая деятельность подвергается хабиутализации (т. е. опривычиванию). Любое действие, которое часто повторяется, становится образцом, впоследствии оно может быть воспроизведено с экономией усилий и ipso facto осознано как образец его исполнителем. Кроме того, хабиутализация означает, что рассматриваемое действие может быть снова совершено в будущем тем же самым образом и с тем же практическим усилием. Это касается деятельности как в социальной сфере, так и вне ее. Даже изолированный индивид на вошедшем в поговорку пустынном острове делает свою деятельность привычной. Когда он просыпается утром и возобновляет свои попытки построить каноэ из спичек, он может бормотать себе под нос „Попробую-ка я снова“ по мере того как он приступает к процедуре, состоящей, скажем, из десяти шагов, и делает первый шаг. Другими словами, даже одинокий человек находится в компании тех действий, которые он должен совершить» (Бергер, Лукман, 1995: 90).

носит методический характер. В еще большей степени социальный характер привычки демонстрируют ситуации, в которых привычка связана с особенностями организации той или иной деятельности, например профессиональной. Рассмотренный выше пример врачебной практики как раз показывает, что привычки — важный вопрос как для исполнителей определенной деятельности, так и для тех, кто эту деятельность хочет изменить. И противники изменений, и их сторонники могут апеллировать к привычке как к тому, что мешает, или как к тому, что нельзя трогать. При этом, как мы видели, представление о том, что такое привычка и как она устроена, имеет самые непосредственные последствия для организации той или иной деятельности. В этом смысле рутинная деятельность врачей и те обстоятельства, в которых они должны действовать, когда эта деятельность перестраивается вследствие появления ЭМК, представляют собой идеальную практику для постановки вопроса о статусе привычки в структуре действия и о необходимости поиска новых технологий анализа привычных действий.

Поскольку я рассматривал привычки или шаблоны действия в случае взаимодействия врача с ЭМК, многие аспекты этого взаимодействия остались «за кадром». Я не брал во внимание нагрузку на врачей, оплату их труда, условия их работы; я не рассматривал экономические соображения, связанные с введением электронного способа создания медицинских документов и ведения медицинских записей, я не останавливался на юридических вопросах, например, касающихся статуса электронной подписи или страхования. Это связано не с тем, что эти вещи кажутся мне малозначительными, а с тем, что все эти вещи находят свое место *внутри и в отношении* рутинной профессиональной деятельности врачей. Те аспекты их работы, которые обсуждалась в данном тексте, — это специфически неинтересные аспекты, которые даже самим врачам могут представляться не настолько важными, чтобы их обсуждать. Но я стремился показать, что их обсуждение, делание их интересными, может иметь значение для обсуждения «больших» вопросов одновременно врачебной и социологической практики. Одним из следствий такого обсуждения является наглядная демонстрация того, что большие социологические вопросы — не прерогатива профессиональных социологов.

## Литература

- Бергер П., Лукман Т. (1995). Социальное конструирование реальности: трактат по социологии знания / Пер. с англ. Е. Д. Руткевич. М.: Academia-Центр, Медиум.
- Вебер М. (2002). Основные социологические понятия / Пер. с нем. А. Ф. Филиппова // Теоретическая социология. Ч. 1 / Под ред. С. П. Баньковской. М.: Университет. С. 70–146.
- Шюц А. (2004). Смысловое строение социального мира / Пер. с нем. С. В. Ромашко // Шюц А. Избранное: Мир, светящийся смыслом. М.: РОССПЭН. С. 687–1022.
- Agre Ph. E. (1985). Routines (AI Memo 828). Cambridge: MIT Artificial Intelligence Laboratory.

- Agre Ph. E.* (1997). *Computation and Human Experience*. New York: Cambridge University Press.
- Ashforth B. E., Fried Y.* (1988). The Mindlessness of Organizational Behaviors // *Human Relations*. Vol. 41. № 4. P. 305–329.
- Becker M. C.* (2005). The Concept of Routines: Some Clarifications // *Cambridge Journal of Economics*. Vol. 29. № 2. P. 249–262.
- Berg M.* (1997). Of Forms, Containers, and the Electronic Medical Record: Some Tools for a Sociology of the Formal // *Science, Technology, & Human Values*. Vol. 22. № 4. P. 403–433.
- Berg M.* (2004). *Health Information Management: Integrating Information Technology in Health Care Work*. London: Routledge.
- Dewey J.* (1922). *Human Nature and Conduct: An Introduction to Social Psychology*. New York: Henry Holt.
- Dreyfus H. L.* (1992). *What Computers Still Can't Do: A Critique of Artificial Reason*. Cambridge: MIT Press.
- Fitzpatrick G., Ellingsen G.* (2013). A Review of 25 Years of CSCW Research in Healthcare: Contributions, Challenges and Future Agendas // *Computer Supported Cooperative Work*. Vol. 22. № 4. P. 609–665.
- Garfinkel H.* (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Hills: Prentice-Hall.
- Gronow A.* (2011). *From Habits to Social Structures: Pragmatism and Contemporary Social Theory*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Heath Ch., Luff P.* (2000). Documents and professional practice: «bad» organisational reasons for «good» clinical records // *Heath Ch., Luff P. Technology in Action*. Cambridge: Cambridge University Press. P. 31–60.
- Hutchins E.* (1995). *Cognition in the Wild*. Cambridge: MIT Press.
- Hutchins E.* (2005). Material Anchors for Conceptual Blends // *Journal of Pragmatics*. Vol. 37. № 10. P. 1555–1577.
- Kilpinen E.* (2009). The Habitual Conception of Action and Social Theory // *Semiotica*. Vol. 173. № 1-4. P. 99–128.
- Pentland B.T., Feldman M.S.* (2005). Organizational Routines as a Unit of Analysis // *Industrial and Corporate Change*. Vol. 14. № 5. P. 793–815.
- Reich A.* (2012). Disciplined Doctors: The Electronic Medical Record and Physicians' Changing Relationship to Medical Knowledge // *Social Science & Medicine*. Vol. 74. № 7. P. 1021–1028.
- Schön D. A.* (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basis Books.
- Suchman L.* (2007). *Human-Machine Reconfigurations: Plans and Situated Actions*. New York: Cambridge University Press.
- Timmermans S., Berg M.* (2003). *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Turner S. P.* (1994). *The Social Theory of Practices: Tradition, Tacit Knowledge, and Pre-suppositions*. Cambridge: Polity Press.

- Turner S. P., Factor R. A. (1990). The Disappearance of Tradition in Weber // *Midwest Studies in Philosophy*. Vol. 15. P. 400–424.
- Winman Th., Rystedt H. (2011). Electronic Patient Records in Action: Transforming Information into Professionally Relevant Knowledge // *Health Informatics Journal*. Vol. 17. № 1. P. 51–62.
- Winman Th., Rystedt H. (2012). Electronic Patient Records in Interprofessional Decision Making: Standardized Categories and Local Use // *Human Technology*. Vol. 8. № 1. P. 46–64.
- Winman Th., Säljö R., Rystedt H. (2012). Local Knowing and the Use of Electronic Patient Records: Categories and Continuity of Health Care // *Health and Technology*. Vol. 2. № 3. P. 185–196.

## A Template in the Structure of Action: Electronic Health Records and the Routinization of Clinical Practice

*Andrei Korbut*

Senior Research Fellow, Centre for Fundamental Sociology, National Research University Higher School of Economics

Address: Myasnikskaya str., 20, Moscow, Russian Federation 101000

E-mail: akorbut@hse.ru

The article deals with the problem of the habitual action and routinization of work. Based on the data collected during the study of the implementation of electronic health records in medical practices, the article shows that the widespread view of habitual action as an action in accordance with a preliminary scheme does not describe the actual structure of healthcare activities, a view that forms a basis for the majority of medical information systems. The analysis of how doctors perceive and use electronic health records in their daily practice shows that a situational approach to routine actions is more adequate. For example, the use of so-called “templates” that are created by doctors within the electronic health records system demonstrates the importance of a situational context of professional activities. Doctors, creating and using various “templates,” do this in such ways that allows them to make these health records circumstantially understandable. This work of producing a situational recognizability that does not consist in the use of pre-established schemes can and should be the subject of sociological analysis. The understanding of routine activities as situationally-oriented, concerted achievements not only proves the possibility of a new approach to the description of the habitual actions’ role and place in the structure of social action, but can be important for the design and evaluation of professional information systems.

*Keywords:* electronic health records, habits, situated action, templates, routine medical practice, ethnomethodology

### References

- Agre Ph. E. (1985) *Routines* (AI Memo 828), Cambridge: MIT Artificial Intelligence Laboratory.
- Agre Ph. E. (1997) *Computation and Human Experience*, New York: Cambridge University Press.

- Ashforth B. E., Fried Y. (1988) The Mindlessness of Organizational Behaviors. *Human Relations*, vol. 41, no 4, pp. 305–329.
- Becker M. C. (2005) The Concept of Routines: Some Clarifications. *Cambridge Journal of Economics*, vol. 29, no 2, pp. 249–262.
- Berg M. (1997) Of Forms, Containers, and the Electronic Medical Record: Some Tools for a Sociology of the Formal. *Science, Technology, & Human Values*, vol. 22, no 4, pp. 403–433.
- Berg M. (2004) *Health Information Management: Integrating Information Technology in Health Care Work*, London: Routledge.
- Berger P., Luckmann Th. (1995) *Social'noe konstruirovanie real'nosti: traktat po sociologii znaniya* [The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge], Moscow: Academia-Center, Medium.
- Dewey J. (1922) *Human Nature and Conduct: An Introduction to Social Psychology*, New York: Henry Holt.
- Dreyfus H. L. (1992) *What Computers Still Can't Do: A Critique of Artificial Reason*, Cambridge: MIT Press.
- Fitzpatrick G., Ellingsen G. (2013) A Review of 25 Years of CSCW Research in Healthcare: Contributions, Challenges and Future Agendas. *Computer Supported Cooperative Work*, vol. 22, no 4, pp. 609–665.
- Garfinkel H. (1967) *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Hills: Prentice-Hall.
- Gronow A. (2011) *From Habits to Social Structures: Pragmatism and Contemporary Social Theory*, Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Heath Ch., Luff P. (2000) Documents and professional practice: "bad" organisational reasons for "good" clinical records. *Technology in Action*, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 31–60.
- Hutchins E. (1995) *Cognition in the Wild*, Cambridge: MIT Press.
- Hutchins E. (2005) Material Anchors for Conceptual Blends. *Journal of Pragmatics*, vol. 37, no 10, pp. 1555–1577.
- Kilpinen E. (2009) The Habitual Conception of Action and Social Theory. *Semiotica*, vol. 173, no 1-4, pp. 99–128.
- Pentland B. T., Feldman M. S. (2005) Organizational Routines as a Unit of Analysis. *Industrial and Corporate Change*, vol. 14, no 5, pp. 793–815.
- Reich A. (2012) Disciplined Doctors: The Electronic Medical Record and Physicians' Changing Relationship to Medical Knowledge. *Social Science & Medicine*, vol. 74, no 7, pp. 1021–1028.
- Schön D. A. (1983) *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*, New York: Basis Books.
- Schutz A. (2004) Smyslovoe stroenie social'nogo mira [The Meaningful Constitution of the Social World]. *Izbrannoe: Mir, svetjashhijja smyslom* [Collected Papers: A World Shining with a Meaning], Moscow: ROSSPEN, pp. 687–1022.
- Suchman L. (2007) *Human-Machine Reconfigurations: Plans and Situated Actions*, New York: Cambridge University Press.
- Timmermans S., Berg M. (2003) *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphia: Temple University Press.
- Turner S. P. (1994) *The Social Theory of Practices: Tradition, Tacit Knowledge, and Presuppositions*, Cambridge: Polity Press.
- Turner S. P., Factor R. A. (1990) The Disappearance of Tradition in Weber. *Midwest Studies in Philosophy*, vol. 15, pp. 400–424.
- Weber M. (2002) Osnovnye sociologicheskie ponjatija [Basic Sociological Terms]. *Teoreticheskaja sociologija: Antologija. Ch. 1* [Theoretical Sociology: Anthology, Part 1], Moscow: Universitet, pp. 70–146.
- Winman Th., Rystedt H. (2011) Electronic Patient Records in Action: Transforming Information into Professionally Relevant Knowledge. *Health Informatics Journal*, vol. 17, no 1, pp. 51–62.
- Winman Th., Rystedt H. (2012) Electronic Patient Records in Interprofessional Decision Making: Standardized Categories and Local Use. *Human Technology*, vol. 8, no 1, pp. 46–64.
- Winman Th., Säljö R., Rystedt H. (2012) Local Knowing and the Use of Electronic Patient Records: Categories and Continuity of Health Care. *Health and Technology*, vol. 2, no 3, pp. 185–196.