



Masteroppgave

ADM755 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse

Er fremtidens primærhelsetjeneste digital, fysisk eller hybrid? En studie av en ny, digital helsetjeneste i møte med det etablerte helsevesenet.

Synnøve Jansen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 81

Molde, 24. mai 2019



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

<i>Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:</i>		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer: 828007

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Christina Berg Johansen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 24. mai 2019

Forord

Denne masteroppgaven er gjennomført som siste del av masterprogrammet i samfunnsendring, organisasjon og ledelse, og markerer slutten for et totalt fem år langt studie ved Høgskolen i Molde. Årene ved Høgskolen har både vært krevende og givende år. Både studiet og studentmiljøet har vært godt, noe som gjør at jeg ser tilbake på år med mye trivsel, hard jobbing til tross.

Det har vært en spennende prosess å skrive masteroppgave om samfunnsendring. Arbeidet med denne oppgaven både tror og håper jeg har gitt meg mye som jeg kan ta med meg videre i livet. Jeg har fått anledning til å sette meg grundig inn i primærhelsefeltet via både fastleger og videoleger, jeg har fått satt meg inn i institusjonell teori, jeg har fått prøvd meg på kvalitativ metode og ikke minst har jeg lært å arbeide strukturert og målrettet.

Det er mange jeg ønsker å takke i forbindelse med gjennomføring av denne oppgaven. Først og fremst vil jeg takke min engasjerte og dyktige veileder, Christina Berg Johansen, for uvurderlig hjelp og gode råd. Jeg har satt pris på hver eneste veiledning jeg har hatt med deg. Tusen hjertelig takk for ditt gode humør, begeistring og oppmuntring på veien! Så må jeg takke min kjære mann, Thorleif, som har vært en støtte gjennom hele studiet. Du har bidratt faglig med kunnskap og konstruktive diskusjoner, gitt meg frihet til å prioritere studiet, du har støttet og oppmuntret meg på mørke dager. Uten deg hadde jeg aldri i verden klart å gjennomføre masterstudiet. Alle barna mine må jeg også sende en varm takk til, for tålmodighet med meg når jeg har prioritert lesing og skriving på lørdager og søndager fremfor familietid. Mamma Gunnvor må jeg også takke, for alle gangene du har stilt som barnevakt, laget middag og støttet meg og familien min på alle måter. Du er unik! Tusen takk! Ellers må jeg takke alle mine kjære medstudenter, og da spesielt Marit Storjord Vestad og Inger Riise Bolsønes. Å kunne dele gleder og frustrasjoner med dere to over en kaffekopp har betydd mye for meg i studietiden.

Molde, 24. mai 2019

Synnøve Jansen

Sammendrag

Dagens primærhelsetjeneste opplever en rekke utfordringer. Økt arbeidsbelastning, problemer med å møte befolkningens forventninger og sviktende rekruttering til fastlegeordningen er eksempler på noen av utfordringene. Samtidig som dette skjer, vokser nye, digitale helsetilbud frem og blir populære. Dette skaper friksjon. I denne masteroppgaven vil en forsøke å kartlegge hvilke logikker som ligger bak konfliktene som oppstår. Videre vil en se nærmere på hvordan en digital helseaktør arbeider for å skape endring på primærhelseområdet. Formålet med masteroppgaven er å kunne si noe om fremtidens primærhelsetjeneste på bakgrunn av de nevnte konfliktene. For å finne svar på problemstillingen brukes kvalitativ metode, og har både intervjuer og dokumenter som datagrunnlag. Empirien har blitt sett i lys av institusjonell teori. Resultatet av undersøkelsen viser at friksjonen mellom fastlegene og de digitale helseaktørene bunner i forskjellige virkelighetsbilder i en rekke sentrale spørsmål; kontinuitet, tilgang til tjenester, digitalisering, kvalitetsarbeid, med mer. Videre gir undersøkelsen svar på hvordan den digitale helseaktøren arbeider for å etablere et samarbeid med det offentlige helsevesenet, noe som skjer ved å holde hyppig kontakt med myndigheter, delta i politiske fora og så videre. Denne oppgaven fokuserer på konfliktfasen i en endringsprosess. Det vil si at historien skrives fortsatt, og en vet per i dag ikke hva utfallet av denne prosessen blir. Få er imidlertid uenige i at digitale helsetjenester er kommet for å bli. Et sentralt diskusjonsemne er hvorvidt de nye tjenestene vil kunne samarbeide med den offentlige helsetjenesten, og bekymring for fremvekst av et todelt helsevesen dersom dette ikke skjer.

Innhold

1.0 Innledning	side 10
1.1 Problemstillingens formål.....	side 12
1.2 Problemstilling	side 13
1.3 De to helsefeltene	side 14
1.4 Kart for videre oppgavelesing	side 15
2.0 Teoretisk tilnærming	side 15
2.1 Teoretisk rammeverk	side 15
2.2 Institusjoner og institusjonell teori	side 16
2.3 Institusjonelle logikker og institusjonelle ordener.....	side 17
2.4 Organisasjonsfelt	side 19
2.5 Institusjonell entreprenør	side 20
2.6 Institusjonell endring	side 22
2.6.1 Grensearbeid	side 24
2.6.2 Praksisarbeid	side 24
2.6.3 Institusjonell endringsprosess som syklus	side 25
2.6.4 Hvordan hybride organisasjoner kan skape institusjonell endring	side 25
2.6.5 Hvorfor ny-institusjonell teori om endring er aktuell i min studie	side 26
3.0 Metode	side 27
3.1 Valg av metode	side 27
3.2 Valg av forskningsdesign.....	side 27
3.2.1 Dokumentanalyse.....	side 28
3.2.2 Dokumentoversikt.....	side 29
3.2.3 Det individuelle intervjuet.....	side 29
3.2.4 Respondentene	side 30
3.2.5 Respondentoversikt	side 31
3.3 Informert samtykke.....	side 31
3.4 Kvalitativ analyseteknikk	side 32
3.4.1 Tabell for strukturering av data	side 34
3.5 Validitet	side 34
3.6 Kritikk mot egen forskning.....	side 34
4.0 Analyse	side 35

4.1	Analysens oppbygning	side 35
4.2	Institusjonelle logikker på det etablerte feltet.....	side 36
4.2.1	Byråkratlogikk	side 36
4.2.1.1	Faglighetslogikk	side 37
4.2.1.2	Etikklogikk	side 38
4.2.1.3	Begrensningslogikk.....	side 39
4.2.2	Kontinuitetslogikk	side 40
4.3	Institusjonelle logikker på det fremvoksende feltet	side 41
4.3.1	NPM-logikk.....	side 41
4.3.1.1	Økonomisk bærekraft.....	side 41
4.3.1.2	Vekst.....	side 42
4.3.1.3	Evaluering og måling.....	side 42
4.3.1.4	Pasient- og brukerfokus.....	side 43
4.3.1.5	Konkurransen.....	side 44
4.3.2	Digitaliseringslogikk.....	side 45
4.3.2.1	Innovasjonslogikk.....	side 46
4.4	Agens.....	side 47
4.4.1	«Bygge bro»	side 47
4.4.2	«Vi organiserer tjenestene på en helt ny måte»	side 50
4.4.3	Bruk av ‘influencers’ - mislykket institusjonelt arbeid	side 51
4.5	Fremtidsutsikter i begge felts perspektiver.....	side 52
4.5.1	Det etablerte feltets ståsted.....	side 52
4.5.1.1	Bruk av videokonsultasjoner.....	side 52
4.5.1.2	Status og makt.....	side 52
4.5.1.3	Generasjonsskifte.....	side 53
4.5.1.4	Digitale verktøy.....	side 54
4.5.1.5	Perspektiver på fastlegekrisen, og på eventuelle løsninger.....	side 54
4.5.2	Det fremvoksende feltets ståsted.....	side 55
4.5.2.1	Fastlegeordningen ti år frem i tid.....	side 55
4.5.2.2	«Én innbygger – én journal»	side 56
4.5.2.3	Oppgaveforskyvning.....	side 57
4.5.2.4	Fokus på å balansere logikker	side 57
5.0	Drøftelse.....	side 58
5.1	Drøftelsens oppbygning.....	side 58

5.2 Feltenes institusjonelle ordener og logikker.....	side 58
5.2.1 Portvokterfunksjonen.....	side 60
5.2.2 Kontinuitet – er det alltid nødvendig?	side 61
5.2.3 Tilgang til tjenester – heve eller senke terskel?	side 61
5.2.4 Kvalitet i tjenesten – faglighet, eller måling og evaluering?	side 62
5.2.5 Digitalisering.....	side 64
5.3 KRYs institusjonelle arbeid.....	side 65
5.3.1 Grensearbeid.....	side 65
5.3.2 Praksisarbeid.....	side 65
5.4 Hva sier dette om hva som kan skje i primærhelsetjenesten i fremtiden?	side 66
5.5 Generelle endringstendenser	side 68
6.0 Avslutning	side 68
6.1 Avgrensning og oppsummering.....	side 68
6.2 Teoretiske implikasjoner.....	side 70
6.3 Forslag til videre forskning.....	side 71

Referanseliste

Vedlegg 1

Vedlegg 2

Vedlegg 3

1.0 Innledning

Den norske fastlegeordningen er i krise. Både tverrfaglig og tverrpolitisk ser det ut til å råde enighet om dette (Moe 2018). Stadig færre yngre leger ønsker seg allmennpraksis som spesialitet, og mange som har jobbet som fastlege i noen år velger det bort til fordel for andre spesialiteter (Mykleset 2019). Lange arbeidsdager, høyt arbeidspress, høye investeringskostnader og utfordringer med å kombinere arbeid og familieliv er pekt på som medvirkende årsaker til dette (Nieland 2008). I flere kommuner er det fastlegemangel (Sæther 2017). I dag opplever mange pasienter lang ventetid før en får time hos fastlegen sin (Skogly 2017).

Fastlegeordningen, som ble innført i 2001 er organisert gjennom en samarbeidsavtale – Fastlegeavtalen - mellom den enkelte (som oftest) private næringsdrivende leger og kommunen. Målet med ordningen er å skape stabilitet og trygghet i lege-pasient-forhold, ved at fastlegen har ansvar for pasientens behov for allmennlegetjenester hele året (*Store Medisinske Leksikon*, «Fastlegeordning» 15. mai 2019). Årsakene til den økende arbeidsbelastningen de siste årene er sammensatt: Innføringen av Samhandlingsreformen i 2012 skyver mer ansvar for oppfølging av kronisk syke pasienter over på kommunehelsetjenesten, og økt mengde administrative oppgaver er pekt på som viktige årsaker. Nye byråkratiske krav knyttet til personvern og datasikkerhet, fraværsordningen i videregående skole samt førerkortoppfølging er noen eksempler på administrative oppgaver (Sæther 2017; Moe 2018). Økt levealder i befolkningen blir også sett på som en årsak. Med økt alder er det nærmest sett på som normalen å måtte leve med en eller flere sykdommer. Det har vært en betydelig vekst i antall pasienter med sykdommer som diabetes, KOLS, hjerte- og karsykdommer og demens. Mange av disse pasientene bor hjemme, og de aller fleste følges opp av fastlegen (Sæther 2017). Solveig Margrethe Mykleset beskriver hverdagen som fastlege slik;

Jeg sitter i timevis og skriver attester, erklæringer, henvisninger, brev og resepter. Jeg signerer epikriser og prøvesvar, tar telefoner og svarer på forespørsler. (...) Jeg løper fortene og fortene, men sitter snart ikke igjen med annet enn god samvittighet for tomme signeringslister. En tom signeringsliste hjelper dessverre lite når en skuffet pjokk står ved

barnehageporten og gråter fordi mamma i heten av papirarbeidet glemte hele sommeravslutningen (Dagens medisin, 24. april 2019).

Samtidig som fastlegeordningen har utfordringer, vokser flere nye, teknologidrevne helsetilbud frem. Et eksempel på dette er digitale helsetjenester som tilbys gjennom en applikasjon på mobilen. Digitale helsetjenester tilbyr i dag helsehjelp til en rekke helsetilstander som hudsykdommer, virusinfeksjoner, muskel- og skjelettplager (Syvertsen 2018). Dette er gjerne tilstander som det haster for pasienten å få hjelp for, men som hverken er akutte eller krever fysisk undersøkelse (Jansen 2018).

KRY i dag en av de aller største digitale helsetilbydere i Europa (Auchard 2018) og vil derfor være den tjenesten jeg ser nærmere på i denne studien. Selskapet ble etablert i Sverige i 2014 av fire gründere: Josefin Landgård, Joakim Hedenius, Fredrik Jung-Abbou og Johannes Schildt, hvorav ingen er helsepersonell. Virksomheten ble grunnlagt basert på ønsket om å bruke videoteknologi for å gjøre helsetjenester mer tilgjengelig for pasienter, og ble initialt utviklet som en teknisk plattform som ble tilbudt til eksisterende helseaktører. Da denne plattformen i liten grad ble brukt, besluttet gründerne derfor å tilby helsetjenester selv via egen plattform. Dette skjedde allerede året etter, i 2015. Tjenesten fungerer på følgende måte: Pasientene laster ned KRY-applikasjonen på mobilen eller nettbrettet. Pasienten kan velge mellom drop-in-time eller å legge inn et tidspunkt som passer. Deretter ringer legen til pasienten og kan via videokonsultasjon i applikasjonen snakke med pasienten og gjøre forskjellige undersøkelser. I 2016 ble KRY Sverige en del av den offentlige helsetjenesten via samarbeid med en fysisk klinikk – Ledataklinikken. I 2009 fikk Sverige en lovendring, 'Lag om valfrihet' (LOV) som gir fri etableringsrett for private aktører (Blix 2018). Uten denne lovendringen hadde ikke skattefinansierte nettleger kunnet utøvd sin praksis utenfor pasientenes hjemstedsfylke. Ved LOV ble det dermed lovbestemt at pasienter skal kunne oppsøke helsehjelp hvor de vil, pluss at videokonsultasjoner blir sidestilt med fysiske konsultasjoner. Etter dette har en sterk vekst i antall konsultasjoner funnet sted. I februar 2017 ble KRY lansert i Norge og Spania, som et privat tilbud utenfor det offentlige helsesystemet. I Norge samarbeider KRY imidlertid med forsikringsselskapet IF. I juni 2017 fikk KRY innbrakt 200 millioner kroner i en investeringsrunde. En ny investeringsrunde i juni 2018 brakte nye 550 millioner kroner inn i KRY. Høsten 2018 besluttet KRY å endre sitt internasjonale navn på tjenesten til LIVI. Tjenesten vil imidlertid fortsatt hete KRY i de nordiske landene. Samtidig med dette ble

LIVI lansert i Frankrike og Storbritannia. I disse landene er KRY en del av den offentlige helsetjenesten via samarbeid med fysiske allmennlegeklinikker. I september 2018 hadde KRY hatt tilsammen over 350.000 pasientmøter i Sverige, Norge og Spania (Auchard 2018).

Reaksjonene mot KRY og de andre nye tjenestenes inntog i markedet har ikke vært ensidig positive. Særlig har Norsk Forening for allmennmedisin uttrykt skepsis (Mjølstad 2018). Argumenter mot de nye tjenestene er blant annet at man mener det er økt fare for feildiagnostisering, samt overforbruk av helsetjenester. I perioder har en skarp debatt om tjenestene rast i både TV og i riksdekkende aviser. Sett i lys av de utfordringene fastlegeordningen står ovenfor vil denne undersøkelsen se nærmere på hvilke logikker som dominerer de to helsefeltene, for å få en større forståelse for friksjonen mellom dem. Vil vi i fremtiden måtte leve med et todelt helsevesen - eller vil det fremvoksende feltet på sikt bli en del av det etablerte? Hvilke samfunnsmessige konsekvenser kan i så fall oppstå dersom det vokser frem to parallelle helsefelt, og hva kan skje dersom de to feltene kobles til hverandre? Er krisen i fastlegeordningen et symptom på en større institusjonell endring en kan se antydning til i vårt samfunn? Dette er spørsmål jeg ønsker å diskutere i denne studien.

1.1 Problemstillingens formål

Problemstillingens formål kan sies å både være av samfunnsmessig og teoretisk art. I et *samfunnsperspektiv* er endringer i lege-pasient-forholdet interessant. Fastlegen er noe de aller fleste innbyggere i Norge, i varierende grad, har et forhold til. Legeyrket som profesjon har tradisjonelt vært knyttet til makt (Farbrot 2010) som har potensiale til å oppstå på flere måter, både teknisk (håndverksmessig kyndighet), byråkratisk (portvokterfunksjon), som relasjonsmakt (kjentmannskompetanse og autoritet på lidelsens felt) og symbolmakt (legens eksistens og legens handlinger oppleves som særlig viktige og konsekvensrike for den som søker hjelp) (Schei 2003). I denne studien drøftes legens byråkratiske makt og relasjonsmakt. Med legens byråkratiske makt (refereres til som portvokterfunksjonen) menes legens makt til å forvalte økonomiske goder som sakkyndig for trygdevesenet, oppgaven de har som vokter av tilgang til spesialistvurderinger, kostbare undersøkelser og medikamenter, samt avgjørelser om den enkeltes rett til førerkort, visse yrker og utdanninger og så videre (Schei 2003). Legens relasjonsmakt i

forhold til pasienten er aktuell i og med at det til nå kun har vært legen som har tilgang til pasientens journalopplysninger. Nå arbeides det for «en innbygger – en journal», som vil si at nødvendige helseopplysninger følger *pasienten* gjennom hele pasientforløpet. Dette gjøres først og fremst fordi det å ha en journal per innbygger er en viktig forutsetning for å løse utfordringer i et helse-Norge som består av mange aktører med ulike systemer (E-helsedirektoratet 2019). Samtidig øker det pasientenes mulighet til innsikt i egne helseopplysninger, og dermed økt makt over egen helse. Kan fremvekst av nye, teknologiske helsetjenester føre til svekkelse av legenes byråkratiske og relative makt?

Kan vi si noe om fremtidens primærhelsetjeneste ved å se på fremveksten av private, digitale legetjenester? Hvilke dominerende praksiser kan endre seg, og hva vil dette gjøre med en pasients «bruk» av fastlegen? Er fastlegeordningen bærekraftig slik den er i dag, eller bør den endre seg for å overleve? En kan se en trend til at borgeren blir gitt mer makt når det gjelder ansvar for egen helse, for eksempel ved å få tilgang til sin egen pasientjournal. Sier denne trenden noe om generelle endringstendenser i vårt samfunn, og hvilke konsekvenser har i så fall det for oss borgere?

Problemstillingen kan også sies å ha et *teoretisk perspektiv*. KRY - som en ny, digital helsetjeneste - representerer i dette studiet en institusjonell entreprenør, det vil si en aktør som kan tilskrives ansvaret for nye, eller endrede institusjoner. Hvordan tilnærmer en institusjonell entreprenør seg til et etablert felt – her: det norske helsevesenet, med mål om å endre dette feltet? Hvordan foregår det institusjonelle arbeidet? Det finnes i dag en god del teori vedrørende institusjonelt entreprenørskap og institusjonelt arbeid. KRYs utvikling fra oppstart og frem til i dag kan gi ytterligere empirisk innsikt i hvordan dette arbeidet foregår, og bidra til å gi en utvidet forståelse av hva institusjonelt entreprenørskap innebærer. Forholdet mellom feltene i dag er preget av konflikt og friksjon, og det er derfor konfliktfasen denne studien fokuserer på. Men med hensyn til den teorien som allerede finnes på området, vil jeg også forsøke å si noe om mulige fremtidsutsikter på helsefeltet.

1.2 Problemstilling

Jeg har delt opp problemstillingen i ett hovedspørsmål, som understøttes av tre underspørsmål:

Hvordan kan de institusjonelle konfliktene vi ser i primærhelsetjenesten i dag fungere som en pådriver for endring?

1. Hvilke praksiser og logikker kan en finne hos KRY, og hos de vanlige fastlegene? På hvilken måte skiller disse seg fra hverandre?
2. Å skape endringer på et etablert felt er ikke gjort over natta. Arbeidet med å få til endringer kan sammenlignes med å grave opp en stor, steinete åker for hånd. Ikke minst har KRY møtt motstand fra Norsk Forening for allmennmedisin (NFA). Hvordan manøvrerer KRY seg i dette institusjonelle terrenget?
3. Hvordan vil fremtidens helsevesen se ut? Kan det tenkes at maktbalansen mellom lege og pasient endres i kjølvannet av den institusjonelle endringen?

1.3 De to helsefeltene

Det finnes i dag flere digitale helsetilbydere i Norge der EYR, Lommelegen, Dr. Dropin, Hjemmelegene og KRY er noen av aktørene. KRY er i dag regnet som en av de største digitale helseaktørene innenfor sitt felt i Europa (Auchard 2018). Tjenesten vil derfor i denne studien representere de nye, digitale helsetjenestene, og vil heretter refereres til som *det fremvoksende feltet*. Det tradisjonelle helsefeltet vil i denne studien først og fremst representeres av fastlegene i primærhelsetjenesten, og vil refereres til som *det etablerte feltet*.

De nye, digitale helsetilbudene har flere fellesnevner som gjør at de skiller seg fra tilbudet på det etablerte helsefeltet;

- Tilbyderne selv påstår at de i større grad er orientert mot pasient- og brukerperspektivet i måten man organiserer tjenestene på,
- tilbyderne bruker teknologi aktivt i måten man organiserer tjenesten på,
- i Norge er disse tjenestene private ettersom det per i dag ikke er etablert et privat-offentlig samarbeid på feltet, og
- tjenestene blir sett på som en utfordrer til det etablerte helsefeltet.

Med det tradisjonelle, etablerte helsefeltet menes i denne oppgaven det offentlige helsetilbudet, eller private tilbydere som har samarbeid med det offentlige. Feltet har flere kjennetegn;

- Det er en del av det offentlige finansieringssystemet,
- feltet kan sies å være preget av sterke fagmiljøer,
- det har en stabil, innarbeidet infrastruktur med et etablert henvisningssystem mellom de forskjellige nivåene i helsetjenesten, og hvor lokale, kommunale ressurser som helsestasjon og hjemmesykepleie er involvert.

1.4 Kart for videre oppgavelesing

Oppgaven er bygd opp ved at det teoretiske rammeverket presenteres først. Det har de 10-15 siste årene blitt gjort en god del studier på institusjonell endring, og flere av disse er aktuelle i denne studien. Videre presenteres den kvalitative metoden jeg har brukt for å samle inn data, analysemetode samt forskningsetiske betraktninger jeg har måtte gjøre underveis. Etter metodekapitlet presenteres selve analysen, som er bygd opp etter oppgavens tre underproblemstillinger. Jeg vil så dra ut funn i analysen og drøfte disse opp mot problemstillingen(e). Helt sist kommer er avslutning hvor oppgaven oppsummeres, jeg gjør rede for avgrensninger og kommer meg forslag til videre forskning.

2.0 Teoretisk tilnærming

2.1 Teoretisk rammeverk

For å nærme meg problemstillingen vil jeg bruke institusjonell teori. Institusjonell teori argumenterer for at organisasjoner har de strukturene de har først og fremst av kulturelle årsaker. Av forskjellige årsaker blir noen modeller og praksiser høyere respektert enn andre, og får det som anses som «kulturell kapital» (Clegg, Kornberger og Pitsis, 2011:644, egen oversettelse).

2.2 Institusjoner og institusjonell teori

I dagligtale brukes gjerne begrepet “institusjon” når en omtaler et sykehus eller en skole. I samfunnsvitenskapen brukes imidlertid begrepet i abstrakt betydning. Skirbekk (2015) forklarer en institusjon slik: «I vid forstand kan en institusjon defineres som et sett normer og en sosial praksis som regulerer den måten samfunnsmedlemmer løser viktige og tilbakevendende oppgaver på». En utfyllende definisjon er at «institusjoner er rammer, normer og oppfatninger som beskriver realiteten for en organisasjon. De forklarer hva som er, og ikke er, og som kan gjøres noe med og ikke. Denne oppfatningen av realiteten er kulturelt forankret og blir tatt for gitt, og på den måten rettferdiggjør handlinger, både formelt og uformelt» (Garud, Hardy og Maguire 2007). En del samfunnsoppgaver kan altså sies å være av en slik art at de må løses innenfor visse felles rammer – institusjoner – dersom samfunnet skal opprettholdes over tid. Slike oppgaver er for eksempel produksjon og distribusjon av varer og tjenester, og opprettholdelse av indre og ytre orden. Med tiden kan det skje en forskyvning i forventningene til hva slags oppgaver de ulike samfunnsinstitusjonene skal ta seg av. Blant annet har velferdsstatens utbygging bidratt til dette. Et eksempel på det er spørsmål om hjemmeomsorg eller institusjonsomsorg for små barn; mens det i tidligere år var helt naturlig at familien hadde ansvaret for dette, er det i følge Statistisk sentralbyrå i dag over 90% av alle 1-5-åringer i Norge som går i barnehage (Statistisk sentralbyrå 2019).

Institusjonen både skaper og skapes av tre institusjonelle søyler; den regulative, den normative, og den kognitive (Scott 1995). Den regulative søylen symboliserer hvordan tvang og trussel om formelle sanksjoner påvirker atferd. Den normative søylen symboliserer hvordan handling blir påskyndet gjennom normer for hva som er akseptert, moralsk og etisk forsvarlig. Den kognitive søylen er et symbol på hvordan aktørenes atferd påvirkes av deres referanserammer, deres kunnskap om og tolkning av verden (Battilana, Leca og Boxenbaum 2009; Garud, Hardy og Maguire 2007). En må forstå disse institusjonelle prosessene for å forstå organisasjoner, på grunn av måtene prosessene reproduseres på. Denne reproduksjonen skjer gjerne ubevisst, den blir tatt for gitt, og den skaper stivhengighet (Garud, Hardy og Maguire 2007).

Et eksempel på den regulative søylen er helsefeltets holdning til å skrive ut sykemelding til pasienter. I dag har ikke de digitale helseaktørene anledning til å gjøre dette, fordi det i

loven kreves en personlig undersøkelse av pasienten for å kunne skrive ut sykemelding (Fastlegen.no, «NAV og KRY uenige om sykemeldinger», 7. desember 2018). Den regulative søylen *skaper* praksiser på helsefeltet ved å bestemme hvem som skal få skrive ut sykemeldinger og ikke. Samtidig reproducerer helsefeltet seg selv ved å hindre andre aktører å slippe til. Imidlertid sprer digitale helseaktører om seg i omfang, noe som kan tolkes dithen at tjenestene oppfattes som forsvarlige innenfor sine rammer. Den normative søylen skaper en aksept for at dersom man har en tilstand som hverken er akutt eller trenger fysisk undersøkelse, er tjenesten både moralsk og etisk forsvarlig. Når en pasient kontakter en digital helseaktør i stedet for å ringe fastlegen for å søke hjelp for en tilstand, er dette et eksempel på at en kognitiv endring har skjedd hos pasienten. Når den normative og kognitive søylen endres, reproduceres ikke institusjonen på samme måte. Dette kan i neste instans føre til at den regulative søylen endrer seg, og en har en endret institusjon.

Institusjonell teori og institusjonelt perspektiv er et av flere analyseverktøy en kan bruke i studiet av det etablerte helsevesenet. Dette feltet har etablert seg og vokst frem over tid, det har praksiser som ikke bare aksepteres og respekteres, de kan også sies å bli tatt for gitt, og derved reproducerer seg selv. På den måten opprettholdes det etablerte helsevesenet, uavhengig av vår bevissthet.

2.3 Institusjonelle logikker og institusjonelle ordener

Institusjonelle logikker kan defineres som «a set of material practices and symbolic constructions that constitute organizing principles for ‘supraorganizational patterns of human activity’» (Friedland og Alford 1991 i Berg Johansen og Boch Waldorff 2017:55). En institusjonell logikk omfatter antagelser, verdier og oppfatninger som gir mening for handling både på individ- og organisasjonsnivå (Thornton, Ocasio og Lounsbury 2012), eller som Thornton og Ocasio (2008) definerer det; «An institutional logic is the way a particular social world works».

Friedland og Alford (1991) er de første teoretikerne som trekker opp et skille mellom institusjonelle logikker og den institusjonelle ordenen denne logikken understøtter. Kapitalisme og demokrati er som et eksempel ikke egne logikker, men er ordener som gir «grobunn» for underliggende praksiser og logikker som fortjeneste- og deltakelseslogikk. De viktigste institusjonelle ordener i vestlige samfunn var ifølge Friedland og Alford

kapitalisme, familie, den byråkratiske staten, demokrati og kristendom. Thornton og Ocasio utvidet teorien til det som i dag er det mest omfattende teoretiske rammeverket rundt institusjonell logikk (Berg Johansen og Boch Waldorff 2017; Thornton, Ocasio og Lounsbury 2012). Rammeverket omfatter syv institusjonelle ordener; *Marked, bedrift, yrke, stat, familie, religion og samfunn*. Disse kategoriene er ment brukt som «idealtyper» og representerer nødvendigvis ikke en sosial virkelighet. Hensikten er å kunne bruke dem som verktøy for å tolke kulturell mening. (Berg Johansen og Waldorff 2017; Thornton, Ocasio og Lounsbury 2012).

Forskjellige institusjonelle kontekster disponerer for og legitimerer ulike institusjonelle logikker (Aarseth et al. 2015). I en familiekontekst vil en for eksempel ha en annen referanseramme og andre verdier enn i en bedriftskontekst. En institusjonell logikk kan derfor sies å være sosialt konstruert og har historiske mønstre av kulturelle symboler og praksiser. Dette inkluderer antakelser, verdier og oppfatninger som gir individer og organisasjoner mening i dagligdagse gjøremål (Thornton, Ocasio og Lounsbury 2012).

Logikker er viktige teoretiske verktøy fordi de forklarer hva som skaper fellesskapsfølelse og samhold innenfor et organisasjonsfelt. Tradisjonelt har forskere argumentert for at et felt domineres av *en* institusjonell logikk, hvor dens dominans fortrenger andre institusjonelle logikker på feltet. Reay og Hinings (2009) argumenterer imidlertid for at flere konkurrerende logikker kan leve side om side på samme felt. Forskjellige aktører kan bringe forskjellige institusjonelle logikker med seg inn på et felt. Dette kan skape maktkamper, konflikter og krig mellom organisasjoner og organisasjonsfeltet. Dersom disse aktørene imidlertid klarer å finne nye måter å samarbeide på, kan disse konfliktene brytes, eller i det minste settes på pause, og dette gir grobunn for institusjonell endring på organisasjonsfeltet (Reay og Hinings 2009).

Teorier om institusjonelle logikker og ordener er interessante i forhold til min studie, fordi det kan si noe om hvorfor og hvordan de forskjellige organisasjonsfeltene ser og oppfatter virkeligheten. Det kan forklare hvorfor aktører som dominert av logikker fra samme ordener lettere kan samarbeide med hverandre, og hvorfor det oppstår konflikt når aktører fra ulike ordener støter mot hverandre. Teorier om konkurrerende institusjonelle logikker kan si noe om det på sikt vil bli mulig at vi får ett helsesystem, og ett organisasjonsfelt hvor forskjellige logikker kan finnes samtidig uten at en logikk dominerer over de andre.

2.4 Organisasjonsfelt

Zietsma og Lawrence (2010:191) definerer et organisasjonsfelt som et samfunn av organisasjoner som har et felles meningssystem og hvor deltakerne samhandler hyppigere og mer avgjort med hverandre enn med aktører utenfor feltet. Et organisasjonsfelt kan sies å ha flere felles eller beslektede trekk med en næringsklynge. En næringsklynge er imidlertid en klynge av organisasjoner som drar nytte av å *være lokalisert sammen* med andre bedrifter i samme eller tilsvarende næringer (Isaksen 2015). Et organisasjonsfelt begrenses ikke til hvor organisasjonene er lokalisert.

Teorien skiller mellom «mature fields» og «emerging fields», altså mellom modne, etablerte felt og unge, fremvoksende felt. DiMaggio (1988) definerer modne felt som «relatively well-structured configurations of actors that are aware of their involvement in a common enterprise and among which there are identifiable patterns of interactions such as domination, subordination, conflict, and cooperation» (Maguire, Hardy og Lawrence 2004:659). På et etablert felt er altså samhandlingsmønster blitt til over tid, og feltets strukturer er derfor identifiserbare og forutsigbare. Aktørene på feltet vet hvilke andre aktører de skal samhandle med og ikke, og hvorfor, når og om hva de bør samhandle. Noe annet kan sies om «emerging fields». Det er gjentakende samhandling som gjør at organisasjonsgrupper utvikler felles forståelse og praksiser. På et nytt felt mangler gjerne dette, på tross av at aktørene har felles interesser (Maguire, Hardy og Lawrence 2004). Et typisk eksempel er at det nasjonale lovverket ikke er tilpasset den fremvoksende institusjonen, noe som bremser, og i verste fall, stanser utviklingen. Institusjonelle entreprenører i fremvoksende felt må derfor tenke nytt, og arbeide på en annen måte enn aktører på det etablerte feltet. De har en langt lavere ressurstilgang, samt få eller ingen «opprådte stier». Imidlertid har fremvoksende felt flere fordeler. For det første gir den institusjonelle «usikkerheten» den institusjonelle entreprenøren mulighet for å tilpasse seg omstendighetene til sin egen fordel, samt rom for strategisk tenkning. For det andre lover fremvoksende felt betydelig (ofte økonomisk) belønning for de aktørene som har suksess (Maguire, Hardy og Lawrence 2004).

I denne masteroppgaven opereres det med to felt; det *etablerte* og det *fremvoksende* organisasjonsfeltet. Eksempler på en etablert, stabil samhandling i denne oppgavens

empiriske regi er når en fastlege sender en sykemelding på en pasient til NAV, eller henviser en pasient til en spesialist på et sykehus, og når staten er med og betaler for legekonsultasjonene. Alle helseinstitusjoner i Norge, som enten er offentlige eller som er en del av et privat-offentlig-samarbeid, regnes i denne studien som en del av det etablerte helsefeltet, her representert av fastlegeordningen. «Det fremvoksende feltet» er i denne oppgaven en fellesbetegnelse på alle nye, digitale helsetjenester, her representert av KRY. På dette feltet er ikke alle strukturer og kommandolinjer nødvendigvis etablerte. Legene på feltet blir blant annet ikke sponset av det offentlige finansieringssystemet, og de kan per i dag ikke skrive ut sykemeldinger.

2.5 Institusjonell entreprenør

En institusjonell entreprenør er en aktør som kan tilskrives ansvaret for nye, eller endrede institusjoner, og institusjonelt entreprenørskap refereres derfor til som «activities of actors who have an interest in particular institutional arrangements and who leverage resources to create new institutions or to transform existing ones» (Hardy og Maguire 2008: 198).

Teorien skiller mellom hva som er en *entreprenør* og en *institusjonell entreprenør*, selv om begrepene også overlapper hverandre en del. Begrepet entreprenør brukes ofte om en grunder, en grunnlegger, etablerer eller en nyskaper. Aktøren kan være en enkeltperson eller en organisasjon som driver frem innovasjon, eller etablerer en ny virksomhet. En entreprenør får ofte i gang den nye virksomheten ved hjelp av nye tekniske løsninger. Entreprenøren bygger gjerne nye allianser og etablerer samarbeid hvor andre kan være skeptiske, eller også er aktive motstandere av endring (Ørstavik 2018). Hva som skiller en institusjonell entreprenør fra en entreprenør, er i følge Battilana, Leca og Boxenbaum (2009:68) at den institusjonelle entreprenøren i tillegg skaper nye organisasjonsmodeller som *avviker fra den institusjonelle malen*. Endringen ved den nye modellen må være så stor at den endrer vår måte å se verden på. To vilkår må oppfylles for å kvalifisere for tittelen; 1) aktøren må iverksette divergerende endringer, og 2) aktivt delta i implementeringen med disse endringene. Men; aktøren trenger ikke alltid å være *bevisst* på at han skaper institusjonell endring. Noen ganger er endringen utilsiktet på forhånd. Aktøren må heller ikke å få implementert endring for å bli regnet som en institusjonell entreprenør. Et eksempel på dette er en aktør som mobiliserer store ressurser for å introdusere en ny ledelsespraksis, men som ikke får potensielle klienter til å endre sine

rutiner. Slikt arbeid kan bane veien for andre aktører, som i sin tur kanskje får implementert endringen. Sånn sett er en aktør en institusjonell entreprenør selv om ens arbeid ikke har synlige resultater før flere tiår frem i tid. Kort oppsummert er institusjonelle entreprenører aktører som «initiate, and actively participate in the implementation of changes that diverge from existing *institutions*, independent of whether the initial intent was to change the institutional environment and whether the changes were successfully implemented” (Battilana, Leca og Boxenbaum 2009:68).

Clegg, Kornberger og Pitsis (2011:663) beskriver den institusjonelle entreprenøren som et enkeltindivid; «those *people* who occupy key positions with wide legitimacy attached to them, who are capable of bridging between the interests of diverse stakeholders, and have the capacity to introduce new practices and persuade stakeholders (...)». Noen studier legger stor vekt på at individuelle entreprenører spiller en svært innflytelsesrik, hvis ikke avgjørende, rolle for å skape og transformere institusjonell handling. Andre forfattere er mer forsiktede med å tillegge spesifikke aktører for mye vekt, og legger heller vekt på at det kollektive, inkrementelle institusjonelle entreprenørskapet er en prosess som skjer på flere nivå (Hardy og Maguire 2008). Tracy, Phillips og Jarvis (2011) utvider definisjonen på institusjonell entreprenør til også å gjelde for en gruppe av individer, en organisasjon eller en gruppe av organisasjoner. Den siste definisjonen er den som er mest relevant i denne studien. Endring av institusjoner er en så stor og omfattende oppgave at det vanskelig kan tenkes å kunne utføres av enkeltpersoner uten et apparat rundt seg, selv om personer i nøkkelstillinger kan være svært viktige for å få til endring.

Institusjonelt entreprenørskap bringer inn menneskelig kreativitet, handlekraft og evne til å handle selvstendig – *agens*- i analyser av organisasjoner. Dette står i kontrast til det som tidligere har vært hovedfokus i institusjonell teori; nemlig hvordan organisasjonsprosesser blir formet av institusjonelle krefter som styrker kontinuitet og belønner konformitet. Med tiden har teorien utviklet seg, og i dag fokuseres det i høy grad på «ikke-isomorfisk endring» på organisasjonsfelt (Garud, Hardy og Maguire 2007). Imidlertid blir spørsmål om betydning av struktur i forhold til aktør ofte problematisert i denne sammenhengen. Teorier som vektlegger menneskelig kreativitet og handlekraft har blitt kritisert for å promotere aktøren som «en helt» og for å være tatt ut av sammenheng. Aktørens bevisste hensikt blir også kritisert, fordi slik teori gir liten oppmerksomhet til ikke-tilsiktete konsekvenser, noe som er en viktig komponent i reproduksjonen av institusjoner (Garud,

Hardy og Maguire 2007). I strukturperspektivet er mennesket et vanedyr som handler etter de normer, vaner og verdier de er innleiret i. Et for sterkt fokus på struktur i forhold til aktør kan imidlertid lede til «deterministic models wherein some features of the social world become reified and «structure» others, voiding agency and creativity from humans» (Garud, Hardy og Maguire 2007:961). Med dette menes at strukturperspektivet ikke tar hensyn til at mennesket er i stand til å skape nye sammenhenger og normer gjennom egen handling.

Forskere fra flere disipliner har forsøkt å løse struktur-aktør-debatten ved hjelp av teoretiske perspektiver som kombinerer struktur og aktør i en slags gjensidig avhengig dualitet (Garud, Hardy og Maguire 2007:961, min oversettelse). Debatten blir ofte referert til som «The paradox of embedded agency». Med dette paradokset antas det at mennesket både er styrt av sosiale sammenhenger og de normene som finnes der, og klarer samtidig å skape nye sammenhenger og normer gjennom egen handling. Garud og Karnøes (2003) tilnærming til dette er at agens skjer innenfor strukturer som aktøren selv har skapt. På den måten legger ikke den etablerte strukturen hindringer for aktøren, men i stedet tilbyr en plattform hvor entreprenøren kan utfolde seg. I følge dette perspektivet er aktørene kunnskapsrike agenter som er i stand til å reflektere og handle på andre måter enn det som er tatt for gitt, både med tanke på sosiale regler og vedrørende teknologi.

Institusjonelt arbeid er hva institusjonelle entreprenører *gjør*; arbeid knyttet til å skape, vedlikeholde, transformere eller «forstyrre» (disrupt) institusjoner. I termen «institusjonelt arbeid» vektlegges prosesser med motstand innenfor og på tvers av institusjonsfelt. Det som avgjør om arbeidet lykkes eller ikke, er måten institusjonelle entreprenører klarer å koble sitt endringsprosjekt til andre aktørers aktiviteter og interesser på et felt. Prosjektet må formes slik at det «passer inn» på feltet (Garud, Hardy og Maguire 2007). Det å forme institusjoner er tidkrevende og hardt arbeid, og ofte motarbeides forsøkene på å få til endring. Som en konsekvens av dette fører ikke alltid institusjonelt arbeid frem.

Institusjoner kan forstås som vedvarende sosiale mønstre, men forskning har vist at de går gjennom perioder av endring så vel som stabilitet. *Endring* har tradisjonelt blitt satt i sammenheng med eksterne sjokk – lovendringer, finanskriser, naturkatastrofer og så videre, og *stabilitet* som en effekt av institusjonens «treghet». Etterhvert har altså teorien fokusert mer på viktigheten av aktørers aktive og bevisste handling.

Oppfyller KRY vilkårene for å kvalifiseres som institusjonell entreprenør? KRY er en organisasjon som driver en innovativ virksomhet, bygget på en ny, teknologi-basert løsning. KRY er med andre ord en entreprenør (Ørstavik 2018). KRY har også bygd opp sin tjeneste på utradisjonell måte sammenlignet med etablert helsetjeneste. Tjenesten er per i dag heldigital, som vil si at all kontakt mellom lege og pasient skjer via en digital plattform. Deres motto er: «Først digital konsultasjon – så - om nødvendig fysisk konsultasjon». Tjenesten er skapt med pasienten i fokus, for eksempel ved å lage en brukervennlig applikasjon med mulighet for stadige forbedringer. Tjenesten er også mer tilgjengelig for pasienten ved at lege kan nås fra klokken 7.00 til klokken 22.00. Det er også kort ventetid, ofte kortere enn en time, fra konsultasjonen bestilles til pasienten får snakket med legen. Det er å anta at tjenestens struktur, tilgjengelighet og pasient/brukerfokus har gjort at tjenesten har blitt populær. Det er også å anta at de har ekstra muligheter til å vokse i en tid hvor fastlegene har utfordringer. Det at stadig flere pasienter velger tjenester fra KRY på bekostning av tjenester fra det etablerte helsefeltet kan medføre divergerende endringer på helsefeltet. Innarbeidede praksiser som før har vært tatt for gitt, for eksempel fysiske legekonsultasjoner, utfordres ved at en tilbyr videokonsultasjoner. En annen stor endring er at med de nye, teknologibaserte tjenestene er at pasienten får større valgfrihet når det gjelder tid og sted for konsultasjon. Pasienten får med andre ord mer makt. Tradisjonelt har pasienten måtte vente til legen hadde tid til konsultasjon. På det fremvoksende feltet må legen hjelpe pasienten når det passer for pasienten. Denne endringen er mer enn bare en introduksjon av en ny tjeneste som gir pasientene større valgfrihet. Endringen kan sies å gå helt opp på institusjonelt plan, som utfordrer og endrer vårt syn både når det gjelder velferdssamfunnet, offentlig sektor og vår forståelse av helse. I og med at KRY arbeider med denne endringen bevisst kan det sies at de deltar aktivt i implementeringen av divergerende endringer. En kan derfor argumentere for at KRY også er en institusjonell entreprenør, jamfør Battilana, Leca og Boxenbaum (2009).

2.6 Institusjonell endring

Institusjoner kan som nevnt over forstås som vedvarende sosiale mønstre, men forskning har vist at de går gjennom perioder med endring så vel som perioder med stabilitet. De siste 10-15 årene har det vært gjort flere studier som fremhever viktigheten av agens -

aktørers aktive og bevisste handling - for å skape institusjonelle endringsprosesser (Zietsma og Lawrence 2010). En måte å forklare hvordan en bevisst kan skape institusjonell endring på er ved å ta i bruk de analytiske begrepene *grensearbeid* (boundary work) og *praksisarbeid* (practice work) (Zietsma og Lawrence 2010:191-197). Det er i samspillet mellom grensearbeid og praksisarbeid at institusjonell endring kan finne sted.

2.6.1 Grensearbeid

Med *grenser* menes regler, avtaler og samhandling som avgrenser et organisasjonsfelt fra omverdenen. Innenfor grensen finner man organisasjoner som samhandler med hverandre i et felles meningssystem. Disse organisasjonene har hyppigere kontakt med hverandre enn med aktører på andre siden av grensen. Et eksempel er fastlegen i kommunen som henviser en pasient til behandling på et offentlig sykehus. Det er svært vanskelig for en aktør utenfor feltet å endre noe på innsiden, og eventuelle forsøk vil føre til konflikt. Men dersom aktørene på begge sider av grensen klarer å kommunisere godt med hverandre, kan aktøren på utsiden på sikt anses som mer legitim. Med tiden kan dette føre til at aktøren på utsiden blir akseptert som aktør innenfor grensen. *Grensearbeid* er arbeid som typisk gjøres av organisasjoner som har en interesse i en industri eller en annen samling av organisasjoner på et organisasjonsfelt – men som står utenfor feltet. Det kan også bli gjort grensearbeid av aktører innenfor feltet som er interessert i å samarbeide med andre aktører enn de som allerede fins innenfor grensen.

2.6.2 Praksisarbeid

Med *praksiser* menes «shared routines of behavior» (Zietsma og Lawrence 2010:192), altså de handlinger en er vant til å gjøre i forskjellige organisasjoner. Måten virksomheten produserer varer og tjenester på er også praksiser, for eksempel er en vanlig fastleges praksis å ha fysiske legekonsultasjoner på sitt kontor. Disse praksisene trenger ikke alltid være de mest bærekraftige, kanskje hverken økonomisk eller miljømessig, og kan derfor bli gjenstand for debatt. Forsøk på endring av praksiser fremprovoserer ofte konflikter mellom ny og gammel tankegang, og det er dette som er *praksisarbeid*. Aktøren som står utenfor grensen må først starte med å bryte grensen mellom feltene.

2.6.3 Institusjonell endringsprosess som syklus

En institusjonell endringsprosess kan beskrives som en syklus; den begynner med (1) stabilitet, så oppstår (2) konflikt, som fører til (3) innovasjon, og deretter en ny periode med (4) (re-)stabilitet (Zietsma og Lawrence 2010: 201-212).

1. Institusjonell stabilitet
2. Institusjonell stabilitet vil gå over til institusjonell konflikt når a) det settes spørsmål ved sentrale praksisers legitimitet, b) grenser beskytter disse praksisene fra disrupsjon, og c) det finnes en på utsiden med kapasitet og motivasjon til å engasjere seg i grensearbeid og praksisarbeid som utfordrer disse praksisene og grensene.
3. Institusjonell konflikt vil gå over til institusjonell innovasjon når a) praksiser blir disruptert, b) grensene som beskytter disse praksisene er svekket, og c) det finnes en som er motivert på innsiden med kapasitet til å etablere nye grenser (Zietsma og Lawrence 2010:211).
4. Institusjonell innovasjon vil gå over til institusjonell re-stabilisering når a) det er skapt nye praksiser som er allmenn aksepterte og legitime, og b) det som tidligere var legitime grenser er blitt svekket, og c) det finnes en koalisjon av aktører fra utsiden og innsiden som har kapasitet til å samarbeide om spredning av nye praksiser, legitimere en ny grense eller re-legitimere den svekkede grensen.

2.6.4 Hvordan hybride organisasjoner kan skape institusjonell endring

Institusjonell pluralisme i organisasjoner er noe som tiltar i flere sektorer (Pache og Santos 2013). Når de institusjonelle logikkene i tillegg strider mot hverandre, kan dette være særlig krevende å håndtere innad i en organisasjon. For at en hybrid organisasjon skal kunne skape institusjonell endring er det avgjørende at organisasjonen oppfattes som legitime av omgivelsene rundt. Organisasjoner generelt er avhengige av legitimitet fra andre organisasjoner, lovgivning, finansielle systemer, media og så videre for å overleve. I tidligere teori fikk hybride organisasjoner legitimitet ved å inngå kompromiss og ved «decoupling» (Pache og Santos 2013). Legitimitet kan imidlertid oppnås ved at man bevisst velger å fokusere på enkelte elementer i de konkurrerende logikkene. Denne

strategien kan gjøre at en organisasjon med lav legitimitet på et felt kan bli mer akseptert ved at den hybride organisasjonen «manipulerer» malen som er gitt av logikkene. Dersom man skal skape endring er det imidlertid viktig å innlemme mange praksis-elementer fra logikken som er mest fremmed (Pache og Santos 2013).

For at hybride organisasjoner skal være bærekraftige må den skape en felles organisatorisk identitet som balanserer mellom logikkene de kombinerer. Denne felles identiteten vil forhindre fremvekst av sub-grupper som kan bygge opp under spenningen rundt de kombinerte logikkene. For å få dette til må man bevisst arbeide med det på daglig basis i organisasjonen. Det er enklere å skape nye typer organisasjoner og endring når de ansatte i organisasjonen er bevegelige og fleksible, og ikke er for nedsunket i en spesiell type identitet (Battilana og Dorado 2010).

2.6.5 Hvorfor ny-institusjonell teori om endring er aktuell i min studie

Ny-institusjonell teori om hvordan man bevisst skaper institusjonell endring er aktuell i forhold til min studie på flere ulike måter. Zietsma og Lawrences teori tilbyr en konkret forklaring på *hvordan* endring skjer – nemlig i samspillet mellom grensearbeid og praksisarbeid. Med grensearbeid i min oppgave menes KRYs arbeid med som privat aktør å «finne broen» inn i det offentlige helsevesenet. Praksisarbeidet KRY gjør kan sies å være på flere plan. Den mest åpenbare er at KRY har videokonsultasjoner i stedet for fysiske konsultasjoner. En mindre synlig, men ikke mindre viktig praksis er måten helsetjenesten er organisert på. Det at det finnes et digitalt legetilbud som er mer tilgjengelige og tilbyr raskere hjelp enn leger fra det etablerte feltet, kan føre til økt forventning til rask behandling i befolkningen generelt. Det nye tilbudet vil gjøre at en går *fra institusjonell stabilitet til konflikt*. Når det etterhvert blir akseptert at private videokonsultasjoner blir en del av det totale helsetilbudet i Norge, og det blir åpnet for et samarbeid mellom private aktører som KRY og det offentlige, kan det sies at en går *fra institusjonell konflikt til innovasjon*. Det er imidlertid viktig da at det finnes aktører i det offentlige som ser muligheter og fordeler ved å samarbeide med KRY. Når KRYs praksiser er sett på som allment aksepterte og legitime kan en si at en har gått *fra institusjonell innovasjon til re-stabilisering*. Det er naturlig at KRY på dette stadiet har fått til et samarbeid med det offentlige, for eksempel ved at de tilbyr digital legevakt i kommunene.

Teorien om hvordan en hybrid organisasjon kan oppnå legitimitet kan si noe om hvordan KRY bevisst kan fokusere på enkeltelementer i New Public Management (NPM)-logikken for å oppnå aksept på det etablerte helsefeltet, for eksempel bærekraftslogikk (Pache og Santos 2013). NPM er en fellesbetegnelse for en rekke prinsipper for organisering og styring av offentlig sektor. Prinsippene og metodene har i utgangspunktet det private markedet som forbilder, men med visse tilpasninger der det er vanskelig å ta i bruk markedsløsninger. NPM legger særlig vekt på mål- og resultatstyring, økt konkurranse i produksjon av offentlige tjenester og større valgfrihet for brukerne av ulike tjenester (Hansen 2018). De siste årene har det vært økt fokus på å drive et ressursøkonomisk helsevesen, ved for eksempel å nedlegge mindre sykehus for å bygge opp større enheter. Det samme skjer nå i primærhelsesektoren, ved at en ser at den enkelte fastlege - i tillegg til å behandle pasienter - har for mange oppgaver til å kunne klare alle disse oppgavene selv i en liten fastlegepraksis. En typisk NPM-logikk taler for at primærhelsesektoren trenger å endre seg for å kunne ha en bærekraftig drift.

I en hybrid organisasjon som KRY vil det være viktig å kunne balansere mellom ulike logikker (Battilana og Dorado 2010). For mye av for eksempel markedslogikk vil kunne føre til dragkamp mellom lederne og legene i KRY. Legene med sin profesjonslogikk vil kunne få problemer med å tilpasse seg et strengt tidskontroll-regime, da det tar den tid det tar å kunne gjøre en vurdering av en pasient. Derfor er det viktig at ledelsen hører på legene slik at effektiviteten ikke går på bekostning av den medisinske kvaliteten. Dersom markeds- og profesjonslogikken ikke balanseres, kan det tenkes at KRY kommer til å slite med å beholde gode leger i organisasjonen.

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Kvalitativ forskningsmetode skiller seg fra kvantitativ forskningsmetode ved at den vektlegger forståelse snarere enn forklaring og nærhet til dem man forsker «på», med en åpen interaksjon mellom forsker og informant heller enn avstand til sine respondenter (Tjora 2012). Data presenteres i form av tekst heller enn tall, og en induktiv (eksplorerende

og empiridrevet) framgangsmåte heller enn deduktiv (teori- og hypotesedrevet). I de kvalitative studiene forholder man seg gjerne også til «et fortolkende paradigme, ofte med fokus på informantenes opplevelse og meningsdanning og hva slags konsekvenser meninger har» (Tjora 2012:18). Jeg valgte kvalitativ metode for å utvikle bedre forståelse av institusjonell endring ved å blant annet se på holdninger, handlinger og kognitive prosesser på både det etablerte og det fremvoksende helsefeltet.

Kvalitativ metode er gunstig i undersøkelser med få undersøkelsesenheter, noe som gjelder min studie. Et mål for kvalitative analyser er å få en helhetlig forståelse av spesifikke forhold, eller å utvikle teorier og hypoteser om bestemte sammenhenger i samfunnet (Grønmo 2016).

3.2 Valg av forskningsdesign

Datainnsamlingen i min studie ble generert både ved dokumentanalyse og ved syv semistrukturerte intervju med faste spørsmål. *Dokumentanalysen* tar utgangspunkt i debatten rundt digitale helsetjenester som foregikk i riksdekkende media året 2018. Denne debatten er relevant å ha med i oppgaven fordi den tydeliggjør kontrastene mellom det etablerte feltet og det fremvoksende feltet. *Det semistrukturerte intervjuet* er basert på et fenomenologisk perspektiv, som vil si at jeg ønsker å *forstå* respondentenes opplevelser, samt hvordan respondenten reflekterer over dette. Som forsker er jeg interessert i livsverden til de jeg intervjuer – deres meninger, holdninger og erfaringer, og derfor fokuserte intervjuet kun på forhold som var knyttet til respondentenes subjektivitet; «Hvordan opplever du...» og så videre (Vedlegg 1 og 2; Tjora 2012). Semistrukturerte intervju ble gjort både av respekt for respondentenes dyrebare tid og på studiens tidsramme. Et uformelt intervju, hvor målet er å ha en relativt fri samtale, hadde antakeligvis kunne tatt lenger tid, og en kunne fått andre svar enn de man opprinnelig var ute etter. Dette kunne selvsagt vært interessant informasjon å få, men det hadde ikke nødvendigvis gitt alle svar på oppgavens problemstilling.

3.2.1 Dokumentanalyse

Dokumentanalysen bygger på åtte tekster fra Dagens Medisin (uavhengig nyhetsavis for helsevesenet), en artikkel fra vi.no (uavhengig redaksjon som formidler forbrukerstoff i

Scandinavia Online AS), samt en artikkel som tar for seg en fjernsynsdebatt mellom Legeforeningen og KRY i TV2 høsten 2018. Det etablerte helsefeltet står for fem av innleggene, KRY for tre, og artiklene publisert på vi.no og tv2.no er nøytral i debatten. For enkelhets skyld velger jeg å referere til dokumentene ved å forkorte sekundærkilde til «Sk» og ved å legge til nummer 1, 2 og så videre, jamfør tabellen under. For ordens skyld nevnes det at forfatter og sekundærkilde er samme person i alle dokumentene så nær som Sk3 og Sk6. Disse to dokumentene har en annen forfatter, jamfør referanseliste.

3.2.2 Dokumentoversikt

Sk1	Lina Linnestad	Dagens Medisin	Kronikk	27.02.2018
Sk2	Inga Marthe Grønseth	Dagens Medisin	Innlegg	19.11.2018
Sk3	Svein Aarseth	Tv2.no	Debatt	29.10.2018
Sk4	Bente Prytz Mjølstad Andreas Pahle Petter Brelin	Dagens Medisin	Innlegg	31.10.2018
Sk5	Petter Brelin	Dagens Medisin	Artikkel	20.11.2018
Sk6	Petter Brelin	vi.no	Artikkel	
Sk7	Jan Otto Syvertsen	Dagens Medisin	Kronikk	07.11.2018
Sk8	Solveig Margrethe Mykleset	Dagens Medisin	Kronikk	24.04.2019
Sk9	Thorleif Jansen	Dagens Medisin	Innlegg	07.04.2018
Sk10	Thorleif Jansen	Dagens Medisin	Innlegg	27.10.2018

3.2.3 Det individuelle intervjuet

Jeg valgte å samle inn data ved hjelp av semistrukturerte intervju som baserer seg på en intervjuguide med faste spørsmål, men med mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål underveis. Det ble utformet en felles intervjuguide til ansatte i KRY, samt en til de tre legene (se vedlegg 1 og 2). Intervjuet startet med enkle oppvarmingsspørsmål om respondentenes bakgrunn og utdanning. Videre gikk en raskt inn på det som var kjernen i intervjuet; respondentenes oppfatning av sin egen rolle og visjon, på praksiser, logikker, verdier og normer, samt dens antakelser om nåtid og fremtid. Til slutt ga jeg respondenten

anledning til å tilføye informasjon dersom han/hun ønsket det. Målet med intervjuene var å få et innblikk i de to forskjellige feltenes *virkelighetsbilde*, og å kunne si noe om variasjoner i praksiser og logikker, sammenfallende og ulike verdier, samt feltenes ulike syn på utfordringer i fremtiden.

Intervjuenes varighet varierte fra 24 til 38 minutter, noe som ga et gjennomsnitt på cirka 30 minutter per intervju. Fem av intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt ved at jeg oppsøkte respondentene på deres arbeidssted, og to av intervjuene ble tatt over FaceTime og Google Hangout. All lyd fra intervjuene ble tatt opp på diktafon, og deretter transkribert til tekstfiler. Jeg spurte respondentene eksplisitt om det var greit at jeg gjorde lydopptak, noe alle samtykket til. Lydopptakene ble gjort for at jeg skulle ha en visshet om at jeg fikk med meg alt som ble sagt. Jeg kunne da konsentrere meg om selve intervjusituasjonen, sørge for god flyt i kommunikasjonen og kunne også komme med oppfølgingsspørsmål der det trengtes (Tjora 2012). Alle intervju ble transkribert nøyaktig slik de ble sagt, men på grunn av at to av respondentene hadde fremmedspråklig bakgrunn tok jeg meg frihet til å rette opplagte ord- eller setningsoppbyggingsfeil når jeg gjenga sitatet i masteroppgaven.

3.2.4 Respondentene

Mine respondenter er strategisk trukket ut ettersom jeg har vurdert dem å være relevante i forhold til problemstillingen. Siden problemstillingen fokuserer på forskjeller i praksiser, logikker, normer og verdier hos aktører på to forskjellige organisasjonsfelt, var det naturlig å intervju respondentene fra begge felt. Det endte opp med fire respondenter fra KRY, hvorav tre er administrativt ansatte og en er videolege. Fra det etablerte helsefeltet er det tre respondenter, hvorav en er kommunelege og to er fastleger. For ordens skyld nevnes at alle disse tre legene i analyse og drøftelse vil bli referert til som «fastleger», fordi kommunelegen i denne studien vil være en representant for alle fastlegene i kommunen. I utgangspunktet ønsket jeg å få avtalt intervju med ytterligere to administrativt ansatte i Den Norske Legeforening. De var imidlertid ikke mulig å få tak i de dagene jeg tok kontakt med deres kontor. Jeg la igjen beskjed om å ringe meg, men jeg hørte aldri fra dem. Med tidsperspektivet tatt i betraktning bestemte jeg meg for å nøye meg med informasjonen fra de respondentene jeg allerede hadde. I ettertid er jeg fornøyd med dette valget, da jeg mener det utvalget jeg har med nå kan være mer representativt enn jeg ville fått hvis jeg tok med respondentene fra Den Norske Legeforening. Legeforeningen skal

fronte et offisielt og politisk syn i forskjellige saker, og kan tidvis være noe polariserte i sine uttalelser. To av mine respondenter fra det etablerte helsefeltet er praktiserende leger, altså leger som opplever hverdagen med pasienter. De baserer sine uttalelser på personlige erfaringer, og ikke på grunnlag av politisk konflikt. Totalt består altså mitt utvalg av syv respondenter, jamfør tabell 3.2.5

Tabell 3.2.5 Respondentoversikt

Tittel	Organisasjon	Stilling	Utdanning
Leder 1	KRY	Lederstilling	Lege, spesialist i allmenntmedisin
Leder 2	KRY	Lederstilling	Jurist
Leder 3	KRY	Lederstilling	Sivilingeniør, Master i engineering and management
Lege KRY	KRY	Lege (videolege)	Lege, spesialist i allmenntmedisin og arbeidsmedisin
Lege 1	Kommune	Administrativ lederstilling	Lege, spesialist i samfunnsmedisin
Lege 2	Selvstendig næringsdrivende	Fastlege i kommune. Leder av kurskomiteen i DNL.	Lege, spesialist i allmenntmedisin
Lege 3	Selvstendig næringsdrivende	Fastlege i kommune	Lege, barnekirurg, under utdanning til spesialist i allmenntmedisin

3.3 Informert samtykke

Respondentene ble kontaktet av meg per e-post eller telefon, hvor jeg presenterte min studie og spurte dem om de var interessert i å delta. De ble samtidig underrettet om at deres navn og stillingstittel ville bli anonymisert, og de ble gitt generelle titler som Leder 1, Leder 2, Lege 1 og Lege 2 og så videre. Dette ble gjort bevisst, for at respondentene skulle føle seg noe mer fri til å snakke åpent og direkte uten at sitater enkelt kunne spores tilbake til dem. I og med at administrasjonen i KRY Norge består av forholdsvis få personer, vil det allikevel for den informerte leser være mulig å spore sitater tilbake til enkeltpersoner. Som et eksempel er det kun en ansatt i administrasjonen som har bakgrunn som jurist. Derfor har alle respondentene fått tilbud om å lese gjennom oppgaven og gjøre

sitatsjekk. En av respondentene benyttet seg av dette, og oppgaven ble derfor sendt til gjennomlesning to uker før innleveringsfristen. Imidlertid ønsket jeg at organisasjonen jeg studerer *ikke* skulle anonymiseres. Dette ble også gjort bevisst, da det kan tenkes at offentlighet kan gjøre at oppgaven blir mer interessant for leseren. Dette måtte jeg imidlertid søke tillatelse om, noe jeg fikk fra HR-sjef i KRY Sverige, Anna Fredrixon.

Før jeg begynte selve intervjuet ble respondentene informert om sine rettigheter som deltakere i studien; at deltakelsen er frivillig, at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet, og at dette eventuelt ikke ville ha noen negative konsekvenser for dem. Deretter underskrev alle en skriftlig samtykkeerklæring (Se vedlegg 3). Prosjektet ble innmeldt til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), og ble godkjent 18.03.19.

3.4 Kvalitativ analyseteknikk

Sortering, strukturering og reduksjon av datamateriale er nødvendig for å gjøre det mulig for en leser av studien min å få økt kunnskap om saksområdet jeg har forsket på, uten at de selv må gå gjennom all dataen (Tjora 2012). Jeg valgte å strukturere datamaterialet mitt etter problemstillingens tre deler, hvor første del omhandler begge feltenes logikker og ordener, andre del institusjonelt entreprenørskap og agens, og tredje del feltenes fremtidsutsikter. Jeg gikk så systematisk gjennom først primærdata, så sekundærdata fra ett felt om gangen. Så jeg sitater som sa noe om feltets logikker, agens eller fremtidsutsikter, laget jeg en forkortelse eller *kode* på det som jeg noterte i margin, samtidig som jeg tegnet opp et tankekart (Corbin, Strauss og Strauss 2014; Tjora 2014). Tankekartet fylte to A-4-ark, ett for hvert av feltene. Som et eksempel kunne sitatet «Prinsippet om like rettigheter til helsehjelp har tidligere virket å stå grunnstøtt. Vinden har snudd. Nå gjelder markedskreftene i økende grad» (Sk1) få koden «like rettigheter» på tankekartet. Når alle sitater i intervju og dokumenter var kodet, gikk jeg så over til å sortere kodene i *kategorier*. «Like rettigheter» ble således flyttet inn i kategorien «etikk», «kritikk mot todelt helsevesen» likeså. Kategoriene ble så gjort om til og sortert etter logikker, agenser og fremtidsutsikter. Dette ble så satt inn i en tabell hvor jeg først sorterte etter institusjonell orden, så etter datatype, jamfør tabell 3.4.1. Å skille på type data mener jeg var hensiktsmessig i den forstand at det ga en ekstra dimensjon i studien. Ved å holde de adskilt fikk jeg blant annet sett utfordringene i helsevesenet fra to ulike nivå, både fra «toppen» via bransjeorganisasjonen Norsk forening for allmenntidmedisin som stod for

artiklene i det etablerte feltet, og fra «bunnen» via intervjuer av praktiserende fastleger i kommunene. I analyse og drøfting ble imidlertid primærdata og sekundærdata «bakt sammen», da jeg kom frem til at en eventuell todeling ville medføre endel repetisjon. Det var heller ikke nødvendig å dele opp datatypene for å finne svar på oppgavens problemstilling.

Måten jeg strukturerte dataen på følte jeg var hensiktsmessig på flere måter. For det første fungerte sorteringen og systematiseringen av data som et *analytisk verktøy* som bidro til at analysen fikk en ryddig og logisk struktur som svarte på problemstillingens underspørsmål. For det andre hjalp dette analytiske verktøyet meg til å klare å distansere meg fra stoffet jeg studerte ved at jeg kun fokuserte på å kategorisere så korrekt som mulig. Når jeg ble opptatt av å kategorisere min data ble jeg automatisk mindre opptatt av mine egne forutinntatte holdninger til de to feltene. For det tredje stimulerte det analytiske verktøyet meg til å tenke induktivt ved at jeg måtte spørre meg selv; hva er det egentlig respondenten sier her? Et sitat som jeg i første omgang kunne fortolke på en måte, kunne endre seg når jeg fikk lest sitatet igjen og sett det i lys av de forskjellige kategoriene (Corbin, Strauss og Strauss 2014). Prosessen med å sortere og strukturere datamaterialet kan beskrives som slitsom og krevende, men også kanskje den mest givende delen av oppgaveskrivingen. Jeg har stadig fått aha-opplevelser som har gitt ny innsikt, noe som har gjort at forskningen ble både interessant, morsom og jeg føler et slags «eierskap» til det jeg har forsket på.

3.4.1 Tabell for strukturering av data

Profesjonsorden – primærdata	Markedsorden- primærdata	Profesjonsorden – sekundærdata	Markedsorden - sekundærdata
Byråkratlogikk	NPM-logikk	Byråkratlogikk	NPM-logikk
Begrensningslogikk	Økonomisk bærekraft	Etikk-logikk	Økonomisk bærekraft
Etikk-logikk	Vekst	Faglighets-logikk	Evaluering/måling
Faglighets-logikk	Evaluering/Måling	Kontinuitetslogikk	Pasient- og brukerfokus
Kontinuitetslogikk	Pasient/brukerfokus		Digitaliseringslogikk
	Konkurransen		Innovasjonslogikk
	Digitaliseringslogikk		«Bygge bro»
	Innovasjonslogikk		«Ny organisering»
	«Bygge bro»	Fremtidsutsikter	Fremtidsutsikter
	«Ny organisering»		
Fremtidsutsikter	Fremtidsutsikter		

3.5 Validitet

En studies validitet sier noe om i hvilken grad man kan trekke gyldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke (Dahlum, «Validitet», 2018). I en mastergradsoppgave som dette, med mitt begrensede utvalg og korte tidsramme, er det muligens litt vel ambisiøst å skulle kunne utvikle nye teorier. Ifølge Tjora (2012) må et konsept som skulle sies å ha status som *teori*, være falsifiserbart og prøvbart. Jeg vil derfor være fornøyd dersom min oppgave kan være med å utvikle *konsepter og typologier* innenfor institusjonell teori (Tjora 2012).

3.6 Kritikk mot egen forskning

Siden 2002 har jeg vært gift med Thorleif, som er spesialist i allmenntilleggsmedisin og har inntil nylig vært fastlege i Molde kommune. I en periode arbeidet han som fastlege, samtidig som han var med og utviklet en digital helsetjeneste. I dag arbeider han fulltid som

medisinsk sjef i KRY Norge. Det å leve tett innpå en person som har opplevd å ha «en fot i begge leirer» har vært en nyttig erfaring å ta med seg i forbindelse med denne oppgaven. Dette har først og fremst gitt meg flere fordeler. Jeg har fått kunnskap om, og tilgang, til både det etablerte feltet og det fremvoksende feltet som følge av dette. Samtidig kan denne erfaringen også reise noen forskningsetiske spørsmål. Det kan være utfordrende å beholde objektiviteten når jeg skriver om et tema som jeg har «levd så tett innpå». Jeg har sett på nært hold mange av de utfordringene legene opplever som følge av fastlegekrisen. Det er derfor lett å overta min manns perspektiver i saken.

Merton (1973) fremhever viktigheten av at forskningen har en form for organisert skepsis, som vil si at en stadig skal revurdere sannheten i sitt arbeid. Arbeidet må kunne etterprøves og drøftes kritisk. En annen viktig norm for forskning er universalisme. Resultatet av mitt arbeid skal være uavhengig av min bakgrunn og skal bygge på rent faglige kriterier (Grønmo 2016). Det er ingen tvil om at min bakgrunn har lagt føringer på valg av problemstilling. Utfordringen er derfor å være sin egen forforståelse bevisst, slik at en ikke trekker raske, subjektive slutninger basert på dette. Et mål for denne studien er at en annen forsker med samme tilgang til datamateriale skal kunne kommet frem til samme resultat. En måte jeg vil forsøke å begrense forskersubjektivitet på er å bruke analytiske verktøy som hjelper meg til å distansere meg fra datamaterialet, jamfør kapittel 3.4, siste avsnitt.

4.0 Analyse

4.1 Analysens oppbygning

I første del av analysen vil jeg presentere logikkene jeg fant på de to feltene, hvilke institusjonelle ordener disse hører til, for så å si noe om forskjeller på feltene. For ryddighetens skyld vil logikkene fra hvert felt presenteres for seg. Deretter presenteres institusjonelt entreprenørskap og dets agens, altså KRYs aktive handlinger for å få til endringer på det etablerte helsefeltet. Til slutt vil en si noe om feltenes syn på den norske primærhelsetjenestens fremtid. Drøftelsene av funnene vil bli gjort i eget kapittel etter analysen.

4.2 Institusjonelle logikker på det etablerte feltet

Som allerede nevnt er det etablerte helsefeltet preget av flere logikker. I både intervjuene og i avisartiklene var det imidlertid to begreper som gikk igjen som en rød tråd; portvokter (byråkratisk makt) og kontinuitet. Det er derfor å anta at byråkrat- og kontinuitetslogikk er de to sterkeste logikkene i profesjonsordenen. I tillegg har jeg tatt meg frihet til å kategorisere en del funn fra byråkratlogikken i underlogikkene faglighets-, etikk- og begrensingslogikk. Sistnevnte logikk var jeg i tvil om jeg skulle sette som egen logikk, eller om jeg skulle slå den sammen med en av de andre logikkene. Jeg valgte til slutt å ta det med som egen logikk, da alle fastlegene uoppfordret uttrykte at dette var noe de var opptatt med i hverdagen. Underlogikkene er ikke nødvendigvis de mest dominerende, men som allikevel er med å prege feltet. Logikkene kan imidlertid både overlappe og stride mot hverandre.

4.2.1 Byråkrat-logikk – «ta avgjørelser på vegne av velferdsstaten»

Portvokterrollen løftes stadig frem som en av legens viktigste oppgaver. Lege 1 forklarer at «fastlegene har en rolle der de forvalter goder eller legger premissene for goder fra velferdssamfunnet; sykepenger, uførestønad, henvisning til spesialisthelsetjenesten, resepter (...) førerkortattester (...) blåresept». Han mener dette er en rolle legene bør være bevisst på, slik at godene blir godt forvaltet.

«(...)helt avgjørende at fastlegene har støtte fra systemet i hermetegn, at de skal ta avgjørelser på vegne av velferdsstaten». Lege 2 beskriver rollen som portvokter som vanskelig; «Vi bruker daglig tid til å forklare pasienten hvorfor han ikke kan få MR, henvisning og b-preparater».

På spørsmål om legens forhold til de nye, digitale helsetjenestene uttrykkes en skepsis og frykt for at tilbudet skal bli «for lavterskel»; «Det har med det at det blir veldig mye business, kjappe konsultasjoner på video, lett å få henvisning, lett å få resept på b-preparater, sykemelding» (Lege 2). Han mener derfor at dersom en skal ta i bruk videokonsultasjon så bør dette være i regi av fastlegeordningen, blant annet på grunn av portvokterfunksjonen; «For du kan tenke deg at dersom en som er avhengig av vanedannende, som gjerne vil ha det, kan da kontakte mange forskjellige videoleger, eller

shoppe med sykemeldinger her og der». «Business» blir også nevnt i avisdebatten som noe som kan gi legene uriktige motivasjoner; «Det er opplagt at siling til et høyere behandlingsnivå i helsevesenet vil bli mer stormasket hvis markedskreftene får friere spillerom. Hvis pasientene kan kjøpe helsetjenester fritt, vil ikke faglige begrunnelser være viktigst i navigeringen lenger» (Sk1).

Lege 1 fremhever viktigheten av å kunne *bruke nok tid* på pasienten for å kunne være en god portvokter; «(...)en del studier har (...) vist at leger med lange lister skriver fortere ut henvisning til spesialisthelsetjenesten. En velger de enklere løsningene (...) og så kan det være tidkrevende å få pasienten til å forstå at dette ikke er det beste for deg nå.» Et eksempel kan være når legen må bruke tid på å si nei til en helseattest for et førerkort. Dette er saker som fastlegene må ha kapasitet til å gjøre, og det mener Lege 1 at har i varierende grad i dag; «Det håper jeg at myndighetene gjør noe med, kapasiteten i fastlegetjenesten, så man beholder den type filtrering av goder. For hvis man ikke gjør det så vil neste ledd fort knele».

Lege 1 (red. adm. tidligere fylkeslege) mener at det ikke er det at en lege jobber digitalt eller fysisk som avgjør om en er en god portvokter eller ikke, selv om noen kan skape et inntrykk av dette; «(...) nå vet jeg med min bakgrunn fra tilsynsmyndigheter at det er stor variasjon innenfor fastlegetjenesten (...). Det handler mer om hver enkelt lege og hvilken innstilling man har til den rollen og mindre enn om en gjør det på video eller ikke (...)».

4.2.1.1 Faglighetslogikk – «Hvis pasientene kan kjøpe helsetjenester fritt, vil ikke faglige begrunnelser være viktigst i navigeringen lenger»

I debattinnleggene fremheves faren for at fremvekst av de nye, digitale helsetjenestene kan gå ut over legens faglighet. «NFA (red. adm. Norsk forening for allmennmedisin) mener at kravet om faglig kvalitet er ufravikelig når vi skal utvikle helsetjenesten. Dagens helsetjeneste skal være kunnskapsbasert» (Sk4). Det påpekes at det finnes lite forskningsbasert kunnskap om netjtjenestene, bortsett fra studier som indikerer problemer med diagnostikk; «Fra flere steder rapporteres det også om urovekkende episoder der fastlegen må rydde opp i ettertid. Den norske fastlegeordningen bygger på mye forskning som bekrefter helsegevinst av kontinuitet i lege-/pasientforholdet, det bærende prinsippet

for en god primærhelsetjeneste» (Sk4). «Motivasjonen for å gjøre en god jobb som lege, må ligge i ønsket om å hjelpe mennesker – og med en god faglig ballast» (Sk1).

Kvaliteten på selve tjenesten er også gjenstand for debatt. Sk5 uttaler at; «Jeg ville holdt meg langt unna KRY. Som lege ville jeg ikke følt meg trygg på å stille diagnose over video. Det er rett og slett et for dårlig grunnlag». Sk7 er uenig i dette, og poengterer at «mye kan vurderes godt i en videokonsultasjon, hvor man hører og ser pasienten godt. Man skal ikke undervurdere godt faglig skjønn. Fysisk undersøkelse samt prøver er ikke alltid nødvendig».

4.2.1.2 Etikklogikk – «samme tilbudet til alle, uavhengig av om man er fattig eller rik»

På spørsmål om fremvekst av de nye, digitale helsetjenestene svarer både Lege 1 og Lege 2 at de frykter at dette skal lede til et todelt helsevesen. Lege 1 problematiserer de samfunnsmessige konsekvensene av dette: «Jeg har vært og er kritisk til nettlegetjenester, fordi jeg tror at det kan skape et sidemarked for dem som er i stand til å betale for det». Han bekrefter samtidig at det utvilsomt er et marked for slike tjenester, og at dette er myndighetene og fastlegetjenesten sin skyld; «Hadde man hatt veldig god tilgjengelighet, så hadde det ikke vært et marked der. Jeg ønsker jo at fastlegetjenesten skal være edderkoppene i helsevesenet og sånn sett gjør tilleggstjenester for de som har råd til å betale for det, overflødig». Man bør ha det samme tilbudet til alle, uavhengig av om man er fattig eller rik (Lege 1).

Holdningene mot og frykten for et todelt helsevesen blir drøftet med enda sterkere ord i debattinnleggene. «Prinsippet om like rettigheter til helsehjelp har tidligere virket å stå grunnstøtt. Vinden har snudd. Nå gjelder markedskreftene i økende grad» (Sk1). Sk1 er kritisk til det som beskrives som et prinsipp om tilbud- og etterspørsel-logikk angående helsetjenester; «I tillegg til å øke forskjellene mellom folk, kan markedskreftene føre til både overdiagnostikk og faglig uforsvarlighet. Konsekvensene vil kunne bli at pengesterke mennesker i sentrale strøk kan få «bestille» det de måtte ønske av medisiner og undersøkelser, mens mennesker i distriktene mister sin lege». Sk2 understreker også at økt bruk av nettleger kan øke forskjeller mellom folk siden denne helsetjenesten sannsynligvis er en tjeneste for de friskeste pasientene. Tjenesten vil kun ha en avlastende funksjon dersom man tror at behovet for helsetjenester «kan mettes»; «at tilbud ikke gir etterspørsel,

og dersom man ikke tror på «inverse care law» - invers sammenheng mellom behov for og bruk av helsetjenester, at de som trenger helsetjenester mest, er dem som får minst». «Rådgivningstjenesten KRY har alt å vinne økonomisk på at helsevesenet går hodeløst ukritisk inn i den digitale tidsalderen. Helsedigitaliseringen krever ansvarlige aktører. KRY er ikke en av dem» (Sk4). Det påpekes at sunn skepsis, kritisk tekning og evne til å tufte viktige avgjørelser på gjennomtenkte vurderinger er på vei inn i helsevesenet, men; «Det er fortsatt noen svarte svaner der ute ved den digitale dammen som ikke deler disse idealene. En slik aktør er rådgivningstjenesten KRY».

4.2.1.3 Begrensningslogikk - «en som skal tilfredsstille alle pasienter (...), vil brenne seg ut»

I tillegg til å hindre overforbruk av tjenester ved å være en god portvokter, fremhevet samtlige leger viktigheten av å sette grenser for hvor mye en skal gjøre for de enkelte pasientene. Blir terskelen senket for å søke helsehjelp er det å anta at trykket på fastlegene vil øke; «En som skal tilfredsstille alle pasienter, eller gjøre det beste for hver enkelt pasient, vil brenne seg ut. Du må sette grenser. Ellers så blir du spist» (Lege 2). Lege 3 sier at hun ønsker at pasientene hennes skal føle seg trygge når hun bestemmer hva de skal gjøre videre, men at det skal være et samarbeid mellom lege og pasient; «(...) men at jeg ikke blir overkjørt av pasientene. (...) Målet for fastlegene tror jeg, hvis det er snakk om et slags fellesmål, er å ha glede av jobben uten at jobben sliter deg ut. (...) Alle vil ha et liv utenfor jobben, men det er vanskelig». Lege 1 beskriver fastlegenes hverdag som å «stå i spagat med store forventninger fra myndigheter, publikum, pasienter og pårørende. Forventninger som kanskje er urealistisk med den arbeidsmengden de har».

Poenget med at pasientene er såpass motiverte at de er villige til å oppsøke legen fysisk, blir også nevnt. Lege 3 innførte faktisk videokonsultasjoner som en del av sin praksis, men sluttet med det etter noen måneder, delvis på grunn av tekniske problemer. Pasientgruppen ble også nevnt som en av grunnene til at videokonsultasjoner ikke fungerte optimalt; «Jeg tror ikke min pasientgruppe var klar for det. Kanskje de er litt for gamle, ikke så utdannet». Hun synes det uansett kan være lurt at pasientene må gjøre en liten innsats for å komme fysisk til legekontoret; «Det er litt annerledes å få pasientene til å sette seg i en bil og kjøre til kontoret. Det har litt å si at pasient er motivert. Det pusher pasienten litt mer for å komme til meg».

Når Lege 3 blir spurt om forhold til digitalisering svarer hun at på tross av at videokonsultasjoner har fordeler både for lege og pasient, har det også ulemper som kanskje ikke alle tenker over; «(...) det er lettvis for pasientene å søke legehjelp, og det er mulig for legen å behandle flere pasienter enn det en gjør ved kun å ha fysiske konsultasjoner». Videokonsultasjoner skaper ulemper for legen i den forstand at de får mer å følge opp; «Så jeg bruker mer tid nå (...) med e-meldinger og e-konsultasjoner. Det som skal gjøre det mer lett å kommunisere, det genererer mer arbeid».

4.2.2 Kontinuitetslogikk – «man kjenner pasienten fra før og det som ikke blir sagt»

Tanken med fastlegeordningen er i følge Sk5 at den samme legen skal kunne følge opp pasienten over tid, få kjennskap til tidligere sykdom, medisin og reaksjoner på medisin; «På det grunnlaget skal diagnoser eller henvisninger være velinformerte. Kunnskapen en fastlege har om pasienten er viktig for å kunne gi god nok behandling. Trenger man oppfølging av en sykdom er fastlegen best» (Sk5).

«Fastlegen/legevakt er den første møte med helsetjenesten. Det å etablere kontinuitet er helt avgjørende» (Lege 2). Kontinuiteten er det som først og fremst skiller en fastlege fra en KRY-lege, jamfør Lege 1; «Det at legen kjenner pasienten fra før med alt det medfører. Kjennskap til omgivelser, ikke minst tidligere sykehistorie, (...) også komparentopplysninger». På spørsmål om hvorfor dette er viktig svarer han at det er fordi «svaret på problemet ligger der, og ikke bare i det som blir sagt. Men også i det man kjenner pasienten fra før og det som ikke blir sagt». Lege 2 og Sk3 nevner også denne forskjellen; «Som en gammel fastlege og allmennlege så er jeg veldig skeptisk til at det er en god ordning hvis det ikke skjer i regi av fastlegeordningen (Lege 2)». «Det er stor forskjell på å møte en pasient for første gang digitalt og å følge opp en pasient som man allerede kjenner godt (Sk3). Sk3 har forståelse for at pasienter ved enkelte tilfeller kan ønske seg enkle løsninger. «Men (...) kvaliteten som ligger i at en fastlege kjenner deg og har fulgt deg over tid, forsvinner. Det kan fort bli galt». (...) Han mener man kan overse ting som fastlegen ut i fra sin kjennskap til pasienten kanskje ellers ville reagert på; «Det er ofte også nødvendig med fysiske undersøkelser, blodprøver og andre analyser, som man ikke kan gjøre ved hjelp av en app».

På spørsmål om opplevelse med digitalisering av helsetjenesten svarer Lege 1: «(...) jeg tror fortsatt at det som er det avgjørende er den kontinuerlige kontakten og kjennskapet til pasienten.» På spørsmål om et offentlig-privat-samarbeid kunne være en løsning, svarer han; «Kanskje? Men da tror jeg det måtte ha vært på områder det i dag ikke er kontinuitet i pasient- lege-relasjonen, for eksempel en legevakt. Det er helt sikkert noen tilstander man kan avklare. Samtidig så tror jeg fortsatt det er avgjørende å få se pasienten og ta på pasienten.»

4.3 Institusjonelle logikker på det fremvoksende feltet

Det fremvoksende feltet kan i særlig grad sies å være preget av NPM-logikk og digitaliseringslogikk. NPM-logikken har flere underkategorier; økonomisk bærekraft, vekst, evaluering og måling, pasientfokus og konkurranse. Under digitaliseringslogikken finnes underkategorien innovasjonslogikk.

4.3.1 NPM-logikk

4.3.1.1 Økonomisk bærekraft – «nærmere 40 prosent av alle fysiske besøk kan skje digitalt»

Sk9 påpeker at utfordringene og ressursmangelen i den norske fastlegeordningen er grundig dokumentert. Han mener imidlertid at dersom svaret kun er mer ressurser og flere fastleger, står vi om noen år overfor de samme utfordringene – bare at det har blitt enda dyrere. Per i dag finnes det i følge Sk9 ikke fullstendig forskningsbaserte tall på hvor mange besøk i primærhelsetjenesten som kan foretas digitalt, men en beregning som McKinsey har utført, antyder at nærmere 40 prosent av alle fysiske besøk kan skje digitalt; «Accenture har anslått en samfunnsverdi på over 23 milliarder kroner dersom 40 prosent av de fysiske legekonsultasjoner erstattes med video innen 2025». Sk9 mener at digitale løsninger er ikke det eneste svaret, men at de kan bidra betraktelig til å avlaste presset på fastlegeordningen.

«De fleste helsetjenester begynner analogt, og så forsøker man å tilpasse seg digitalt. KRY har begynt digitalt, og utviklet verktøy for å jobbe digitalt, og da kan man tenke seg at det vil være ressurseffektivt, ressurs-økonomisk å gjøre det på den måten» (Leder 2). I følge

Sk10 vil hovedregelen i fremtiden bli at en alltid forsøker å hjelpe pasienten digitalt før en fysisk konsultasjon; «Et slikt pasientforløp vil være det mest samfunnsøkonomisk lønnsomme, og gi pasienten en helsetjeneste av høy medisinsk kvalitet og tilgjengelighet av en helt annen karakter enn hva vi er i stand til å tilby i dag».

4.3.1.2 Vekst – «vekst og lønnsomhet er viktige verdier for å kunne ha grunnlag for å kunne vokse videre»

Samtlige ledere i KRY nevner at det å vokse er et viktig mål; «Kortsiktig mål er jo å være den fremste leverandøren av digitale helsetjenester til så mange pasienter som overhodet mulig» (Leder 2) og «gi sykehjelp til flere pasienter, å vokse» (Leder 3). Leder 1 understreker at å vokse nok er viktig for å få en lønnsom virksomhet en kan bygge videre på; «(...)man har jo store ambisjoner om å bli Europas ledende digitale helseaktør». Leder 3 understreker også denne ambisjonen; «(...) vår ambisjon er alltid å være markedsledende, men fremfor alt takket være vår kompetanse og hvordan vi bedriver helsehjelpen».

Samtlige ledere nevner også at et mål for KRY er at de skal vokse «i bredden» ved at en stadig utvider de medisinske områdene for hva man kan gjøre; «håndtere størsteparten eller kanskje alt av en primærhelsetjeneste kan håndtere», (Lege 1) «(...) så får man se på lang sikt hvorvidt man selv skal levere fysiske tjenester, eller om man skal knytte seg opp mot andre som kan levere fysiske tjenester, slik at man kan behandle flere pasienter, med mer» (Leder 2), «men også utvide de medisinske områdene og kanskje den tradisjonelle måten å tenke hva man kan gjøre digitalt og ikke digitalt – hvor det stadig skjer en utvikling» (Leder 3). I løpet av den siste tiden har KRY blant annet introdusert psykologi og de kjører piloter for astmatikere og hjertesvikt.

4.3.1.3 Evaluering og måling – «følge opp kvalitetsresultat»

Sk10 og Leder 3 påpeker viktigheten av å følge opp legenes bevegelser digitalt, både for å sikre kvalitet og legenes tidsbruk; «Digitalisering bidrar faktisk til økt kvalitetskontroll nettopp fordi den tekniske plattformen gir oss bedre muligheter til å ha oversikt over hvordan helsepersonellet arbeider». KRY gjennomfører både personlig oppfølging og veiledning av legene på bakgrunn av innsamlede data som plattformen muliggjør, og evalueringer gjort av pasientene selv (Sk10). Leder 3 forklarer at KRYs oppfølging av

legenes bevegelser digitalt gjør at; «vi på en helt annen måte kan følge opp kvalitetsresultat, mellom leger, og følge opp hvor mye tid man bruker på administrasjon. Og hele tiden finne verktøy for å gjøre det bedre». Sk10 sier at for KRY er digital måling og oppfølging av legene en selvfølge; «så vi kan sikre oss at vi leverer topp kvalitet.»

For KRY blir det å følge med på pasientvurderinger sett på som en viktig kvalitetsindikator; «Vi ser hver dag på alle pasienter vi har, vi ber dem å vurdere oss for en skala fra en til fem. Dette er noe vi følger opp og ser på, på daglig og månedlig basis. Det er jo det beste svaret vi kan få, på om vi fokuserer på rett saker» (Leder 3). Hun mener at det viktigste for KRY er at pasientene som har truffet deres leger er fornøyde og har fått den hjelpen de trengte.

Sk9 mener det er behov for nye tanker, nye måter å organisere helsetjeneste på, ny teknologi og kanskje også nye roller når det gjelder kvalitet i helsetjenesten; «KRY møter pasientenes behov ved systematisk å lytte, få tilbakemelding på hvordan en kan utvikle seg, ta deres innspill på alvor og utvikle tjenester og funksjoner de etterspør».

4.3.1.4 Pasient- og brukerfokus – «det er du som eier din helse»

Leder 3: «(...)en av grunnsteinene til KRY som bedrift er at det er startet av pasienter og kommer fra pasientperspektivet. (...)det er pasientbehovet som styrer, og ingen andre». På spørsmål om hva som skiller KRY fra en fastlege svarer Leder 3; «Vi setter pasienten først, i første rom. I alle ting vi gjør, så er det første spørsmålet vi spør – hvordan skaper dette verdi for våre pasienter? Og det er det som primært styrer, fordi vi mener at; hvorfor skape verdi hvis det ikke skaper en veldig tydelig verdi for våre pasienter?»

Leder 1 ble spurt i et oppfølgingsspørsmål om legen i fremtiden vil miste makt. Dette mener han er et tilsiktet mål fra myndighetenes side; «Myndighetene har jo sagt at pasientene skal settes mer i sentrum og gjøres mer ansvarlig for egen helse». Han påpeker at når en får tilgang til journalopplysninger selv, så gir det også mer makt til pasienten; «Dette vil nok gi en endring i maktstrukturer, hvor pasienten tar og får mer ansvar, det vil si mer råderett og makt over egen helse». Han mener det er en uunngåelig utvikling at legene i fremtiden mister noen arbeidsoppgaver og dermed noe makt; «Hva skal en gjøre med det? Det vil være en dårlig strategi å skulle tviholde på alle oppgaver og på all makt.

(...) legegruppen vil gjøre seg mye mer relevant for utviklingen i fremtiden hvis man jobber med utviklingen, og ikke mot».

I et spørsmål om primærhelsetjenestens fremtid svarer Leder 2 at hun tror det i fremtiden ikke blir en ordning som skal passe for alle, men at man får ulike løp tilpasset de ulike pasientenes behov; «(...) man vil utvikle legevaktstjenesten med digitale hjelpemidler som gjør at de som trenger hjelp her og nå får hjelp raskere, at de ikke trenger å stå i samme kø som kronikerne». Leder 3 tror mer eierskap flyttes til pasienten, og også valgfrihet. «(...) å ta eierskap til sine egne journalhandlinger, (...) det var legen som hadde hånd om din helse, til at det er du som eier din helse». Dette tror hun også gjelder på andre områder i livet; «Det gjelder ikke bare når man er syk, men også før man er syk og hvordan man lever sitt liv, livsstilsfaktorer og slikt. Jeg tror altså at eierskapet kommer til å flyttes tydeligere dit, og jeg tror til og med valgfriheten». Hun tror pasienten i økende grad kommer til selv å kunne avgjøre hvilken type helsehjelp en vil ha, og av hvilken aktør; «Vi begynner jo å se det i de fleste land (...), ikke bare den digitale utviklingen, men utviklingen på alle områder er jo at pasientene får velge, og den som betaler helsehjelper får styre pasienten, det er pasientenes valg».

Sk9 mener KRY som moderne helsetjeneste tar utgangspunkt i pasientenes behov; «Vi mener det er urovekkende at pasientperspektivet er totalt fraværende i debatten. Noen virker å ha som premiss at det å lytte til pasienten er det samme som å gi dem noe de ikke behøver. Vi vil gi pasientene bedre tilgjengelighet og mer like tjenester».

4.3.1.5 Konkurransen - «man tvinges til å være på topp»

På spørsmål vedrørende digitalisering av helsetjenester svarer Leder 2 at det er en politisk holdning i Norge å ønske at det er det offentlige som leverer helsetjenester; «og da er man engstelig for å kjøpe private tjenester og da må man (...) utvikle systemene selv. Men man tar ikke risikoen ved å utvikle noe selv, man går ikke foran, man lærer av andre». Sett fra helsevesenet sin side kan dette være en fornuftig løsning ut i fra et økonomisk perspektiv; «At de ikke prøver ut alt, men at de gjør de tingene som er bra. Problemet er at hvis de utvikler tjenestene selv, i stedet for å kjøpe dem, så utkonkurrerer de alt som har med verdiskapningen å gjøre. Og det er også en utfordring». KRY-legen trekker også frem

konkurransen som noe ønskelig; «Det er god borgerlig politikk å gi mulighet for valg for pasientene og konkurranse som igjen virker positivt på kvalitet».

På spørsmål om KRYs forhold til konkurrenter svarer alle lederne i KRY at en forsøker å samarbeide så godt en kan. Leder 3 sier dette er positivt for markedet; «at det finnes flere aktører som gjør at man tvinges å være på topp og at man er raskt ute i sin utvikling å gjøre bra ting. Det er en veldig god situasjon. Lære av hverandre». Leder 3 tror også konkurranse «gjør at alle må være på tårnet og passe på at en har verdifulle tjenester. Så det tror jeg er de store trendaspektene»

4.3.2 Digitaliseringslogikk – «man sliter i samfunnet med å forstå forskjellen på digitalisering og bare vanlig IT»

På spørsmål om deres forhold til digitalisering av helsesektoren påpeker både Leder 1 og Leder 2 at digitalisering og IT/ teknologi ikke er samme sak. I følge Leder 1 har digitalisering mest med organisering av tjenestene å gjøre; «(...) digitalisering er ikke det samme som informasjonsteknologi. Og veldig mange klinikere snakker om egne verktøy når de snakker om digitalisering. Det mener jeg er alt for snevert hvis en skal snakke om digitalisering av helsetjenestene». Han mener at dersom en kun tenker på digitale verktøy når en snakker om digitalisering, sitter man i en boks som det kan være vanskelig å komme ut av; «(...) du blir en «klamp om foten» i utvikling av fremtidens helsetjeneste. Med «ny organisering av tjenestene» mener jeg måten man organiserer tjenestene, logistikk, utgangspunkt, hvem man organiserer rundt, logistikk i arbeidshverdagen, blant flere».

Leder 2 mener man «sliter i samfunnet» med å forstå forskjellen på digitalisering og bare vanlig IT; «Man tror at man skal implementere ett eller annet IT-system, og skal man liksom løse absolutt alt gjennom dette systemet. Men digitalisering handler mye mer om at man for eksempel får tilgang til data som man kan bruke i andre sammenhenger». Leder 2 mener digitalisering handler om det å tracke data, dele data, og så bruke disse dataene på andre måter enn bare det de var ment til for; «(...) i KRY – ja, vi snakker med dem (altså: pasientene) over internett og en videosamtale. Men vi tracker også den informasjonen de gir oss». Hun forklarer at KRY tracker også det legen gjør, noe som gjør at de kan måle hvor mye vi skriver ut av de ulike medisinene, for eksempel antibiotika. Denne dataen kan for eksempel brukes i en nasjonal kampanje for å holde antibiotika-forbruket nede. Et

annet eksempel Leder 2 gir på digitalisering er hvis man lar legene rundt omkring i Norge hjelpe hverandre slik at man utnytter ressursene bedre; «Hvis man hadde sett på alle legene i Norge at de jobbet i en stor pool, så hvis man hadde overkapasitet i Nordland kunne en hjelpe en lege i Akershus. Det er digitalisering» (Leder 2).

4.3.2.1 Innovasjonslogikk – «helt i startgropen»

På spørsmål om hvor KRY Norge er om 5 år svarer Leder 1 at det en driver med nå bare er helt i startgropen; «Jeg tror at KRY, inklusive KRY Norge, vil ha skapt en effektiv og sømløs pasientreise for veldig mange problemstillinger, også for kroniske problemstillinger (...)». Med 'effektiv og sømløs pasientreise' mener han at pasienten opplever at skillene mellom digital og fysisk helsetjeneste blir utvisket, det vil si at opplevelsen blir «teknologinøytral». Et eksempel kan være at pasient har første kontakt med lege via en videokonsultasjon, der det avdekkes behov for fysisk undersøkelse eller laboratorieprøve for å kunne stille diagnose. Pasienten får da gå til en fysisk lokasjon, hvor journalopplysninger om videokonsultasjonen finnes og prøver/undersøkelse/tiltak blir bestilt, og pasienten får nødvendig oppfølging der. Opplysningene følger pasienten hele veien. Ved behov for fysisk undersøkelse eller laboratorieprøver behøver ikke hele samtalen gjentas, fordi opplysningene finnes allerede i journal. Oppfølging kan gjøres fysisk eller digitalt, avhengig av behov. Han tror også det kommer til å bli vanlig med hjemme-tester av forskjellige slag, 'devices', som pasientene kan ha hjemme. Testutstyret er ikke-invasivt, det vil si at man ikke trenger å stikke hull på huden. Han mener dette kommer til å brukes til «oppfølging av kronisk sykdom, men også til diagnostisering hjemme. Også automatiserende teknologi, (...) inklusiv AI, kunstig intelligens kan ha tatt bort en del oppgaver i både diagnostisering og oppfølging» (Leder 1). Leder 2 tror også på en stadig teknologisk utvikling de neste fem årene, men påpeker også at KRY kanskje i fremtiden også vil starte med fysiske konsultasjoner; «Og så må man da med teknologi og erfaring, (...) se hvor mye man kan gjøre heldigitalt, hvor mye må man kjøre med integrasjon mot andre deler av tjenesten, eventuelt tilby fysiske helsetjenester selv». Hun tror det uansett vil skje veldig mye spennende på helse-området; «Teknologien vil også utvikle seg og flytte grensene for hva man kan gjøre heldigitalt også. Det er vanskelig å spå nøyaktig hva skal gjøre heldigitalt i fremtiden, og hva skal man gjøre på fysiske legekontorer» (Leder 2).

Leder 3 forklarer at KRY lett kan drive med inkrementell innovasjon på grunn av den digitale plattformen de er bygd opp på; «Våre leger har en base som er heldigital, som fra den ene uken til den andre, kan legge til en knapp, et klikk, som gjør at deres arbeidsflyt forbedres». Dette mener hun er vanskeligere på et fastlegekontor hvor man ikke har alt integrert. Det vil for eksempel være vanskelig å utvikle journalsystemet sånn uten videre; «Så vi har kanskje en annen plattform som vi står på, som gjør at vi hele tiden kan utvikle oss. Få til raske forandringer» (Leder 3).

I et oppfølgingsspørsmål om Leder 2 oppfatter den offentlige sektoren som treig og rigid svarer hun at dette er noe den *skal* være også; «(...) det er en del av demokratiet at ting ikke skal utvikles for fort, for ting skal prøves ut. De private aktørene har ikke de samme kravene på seg, så de kan alltid løpe raskest». Den private sektoren både *kan* og *har også nødt* til å drive innovasjon, for de skal fremstå mer attraktive sammen med det offentlige. Innovasjonen i privat sektor mener hun motiveres av behov for løsninger som det offentlige ikke klarer å levere; «Dette er ikke noe nytt, det har alltid vært sånt. Det private vil alltid gå først, og så kommer det offentlige etter og kopierer. Utvikler det samme systemet selv, eller kjøper inn det samme systemet av det private» (Leder 2).

4.4 Agens

Med agens menes KRYs bevisste institusjonelle arbeid, det vil si deres kreativitet, handlekraft og evne til å skape institusjonell endring.

4.4.1. «Bygge bro»

Som nevnt handler grensarbeid om hva KRY aktivt gjør for å bli en del av det offentlige helsevesenet. Å kunne bli en bidragsyter i det offentlige helsevesenet er i følge Leder 3 et av KRYs viktigste mål; «Vi vet at vi har en fastlegeordning som er under mye press, det finnes ikke nok kapasitet, tilgjengeligheten er dårlig. Så det er et konkret mål som privat aktør å kunne være med å bidra». Dette er noe Leder 2 tror KRY har oppnådd i løpet av de neste fem årene; «Man har fortsatt en privat modell slik som vi har nå, men er også leverandør til det offentlige og leverer det som vi kaller en digital legevakt til kommunene og supplerer deres tilbud med det som har med digitale konsultasjoner å gjøre».

I følge Leder 3 økes integrasjonen med det offentlige helsevesenet stadig, men at lovgivningen fortsatt står i veien; «Vi vil ikke være en samfunnsaktør som fragmenterer pasientflytene. Derfor har vi en standard at vi sender epikriser til fastlegene, så at de sitter på helheten. Og jeg (...) jobber for at vi får enda mer og nærmere integrasjon med fastlegene og de praktiske systemene». KRY møter imidlertid hindringer i blant annet fastgrodde strukturer og lovgivning, men i følge henne er dette noe de aktivt og bevisst arbeider for å gjøre noe med. «Men nå ser vi at når den digitale utviklingen går såpass fort som den gjør, så rekker ikke strukturer å henge med på samme måten, (...) man vet ikke helt hvordan man skal få det inn i den strukturen som allerede er fordi den er så fast». Dette mener hun er noe som gjør at KRY per i dag ikke kan få til den integrasjonen med det offentlige som de skulle ønske; «Enn så lenge har man ikke i Norge funnet nøkkelen til å bruke den innovasjonskraften som finnes. Det har man gjort på helt andre måter i UK, Frankrike og Sverige.» Hun påpeker at de ulike landene har ulike modeller, men at man der i motsetning til i Norge har klart å ta i bruk innovasjonskraften og den raske utvikling som de står i; «Vi har mange tekniske ressurser som vi kan bruke på å bare finne gode løsninger for pasienter, det kommer ikke inn på samme måte. Det er noe som skjer, men det går ganske sakte, fordi det er så mange lover og reguleringer og faste strukturer». Leder 3 erkjenner at så lenge KRY opererer uten samarbeid med det offentlige bygges det opp to ganske separate helsevesen i Norge, noe hun mener ikke er optimalt; «Vi jobber jo alle for én offentlig helsetjeneste som er jevn lik for alle. I dag finnes ikke den broen. Vi håper jo at den kommer – at vi finner den. Det vil jeg si er den største utfordringen – å finne denne broen».

Sk10 mener at drivkraften for mange som jobber i private, innovative foretak, er et ønske om å bidra til å utvikle helsetjenestene til det bedre; «(...) det er vanskelig å drive innovasjon i ønsket takt innen det offentlige. Vi satser mye og er forberedt på kritikk og motstand. Men vi forventer at det offentlige og fagmiljøene er villige til å se på hva innovative aktører kan gjøre i samarbeid med det offentlige».

På spørsmål om hvilket forhold KRY har til staten i dag svarer alle lederne i KRY at det er en positiv relasjon mellom dem; «Jeg tror vi har opparbeidet oss mye tillit. Vi har nok en 'høy standing' i direktoratene, Helsedirektoratet, E-helsedirektoratet. (...) Stortinget (...) er (...) «partiavhengig», og det er ganske stort sprik hvor åpen man er utad til å slippe til private aktører» (Leder 1). KRY blir stadig hyppigere invitert, og inviterer seg selv til

møter med politikere på Stortinget (Leder 1 og Leder 3) «Vi har vært to ganger i Helsedepartementet, (...) har flere ganger blitt invitert til Helsedirektoratet og E-helsedirektoratet, sitter i en ressursgruppe nå for fremtidige helsetjenester, medisinsk avstandsoppfølging» (Leder 1). KRY også har deltatt i debatter både på fjernsyn og på Arendalsuka 2018 (Leder 1). Han tror KRY blir sett på som en spennende aktør, som har mer erfaring enn de aller fleste når det gjelder å levere digitale helsetjenester. Leder 3 synes det er veldig positivt at statlige aktører og myndigheter tar i mot hjelp og innspill fra ulike organisasjoner som KRY; (...) der er vi stolte over at vi får være med å bidra i hvordan man jobber med digital helsetjeneste, og hvordan vi tror det er best for eksempel hvordan fastlegene skal ta i bruk digitale verktøy». Leder 3 peker på at det nettopp er staten som har ansvar for at Norge på lang sikt skal kunne gi god, likeverdig helsehjelp til alle sine innbyggere; «Så (...) deres største mål å løse de utfordringer som finnes i eksisterende strukturer. Så selv om vi ikke er en del av den offentlige refusjonsordningen så er vi jo en del av helse- og syketjenesten i Norge». Hun synes derfor det er helt naturlig at aktørene kommuniserer med hverandre; «Og der er vårt inngangspunkt å alltid spørre: Hvordan kan vi hjelpe til å bidra? Hvordan kan vi være en løsning for utfordringene vi ser?» I følge Leder 1 må det små eller store lovendringer til for at KRY skal komme inn og levere; «fordi det er veldig sentrert rundt fastlegeordning, kommunal legevakt og sykehusvesen».

På direkte spørsmål om hva KRY har gjort for å trenge inn på det offentlige markedet svarer Leder 2; «man er jo i dialog med ulike kommuner nå for å kunne se om man kan tilby en tjeneste med digital legevakt. Ellers når det gjelder å skaffe seg refusjon så gjelder det å ha dialog med politikere om det».

Leder 3 mener god kommunikasjon med omgivelser er viktig for å bryte ned fordommer mot tjenesten; «(...) når vi snakker med våre kritikere og de ulike aktørene og ber dem innom vårt kontor og viser dem hvordan vi arbeider og hvor seriøse vi er og hvor høyt opp medisinsk kvalitet står på våres agenda, så ser vi at kritikken stilner ganske fort». Hun mener at når en kun ser en aktør fra utsiden kan man trekke forhastede beslutninger. «(...) det handler ikke bare om å trenge inn på markedet, men å få ut det vi faktisk gjør internt som ikke synes. Og det tror jeg er den største utfordringen (...) om en (...) tenker på å trenge inn i institusjoner i det etablerte, det er uvitenhetsdelen».

Leder 3 erkjenner at KRY er inne i en utvikling av helsevesenet de ikke ønsker selv, men at utviklingen ikke uten videre kan stoppes; «Ingen vil ha det todelte helsevesenet, men (...) det finnes aktører som oss og andre som har blitt populære, fordi vi utfyller et tydelig behov i samfunnet». Hun tror den beste løsningen ikke er å bygge videre på det todelte helsevesenet, men «å finne broen, og integrere private aktører i den offentlige delen, så de får konkurrere på like vilkår og at det er resultatene som spiller en rolle, det vil si den medisinske kvalitet og hvordan man driver de medisinske tjenestene». Hun tror KRY kommer til å finne denne broen, selv om det per i dag ikke er helt tydelig på hvilken måte det skal skje.

4.4.2 «Vi organiserer tjenestene på en helt ny måte»

Praksisarbeid er, som tidligere nevnt, KRYs forsøk på å endre innarbeidede måter å utøve legepraksisen på. På spørsmål om hva som skiller de nye, digitale helsetjeneste fra den tradisjonelle fastlegetjenesten svarer samtlige ledere i KRY at de organiserer tjenesten på en helt ny måte ved at tjenesten i utgangspunktet er digital, og tjenesten er organisert med pasienten i fokus. Leder 1 påpeker at det er; «(...)viktig å skille det jeg sier nå med å organisere en tjeneste med pasienten i fokus, med at en som enkelt helsepersonell har pasienten i fokus. Fordi det tror jeg kan sies om de aller, aller fleste fastleger og helsepersonell, at man har pasienten i fokus». Som et eksempel på ny organisering nevner han at KRY legger veldig mye ressurser i en brukervennlig applikasjon. Tjenesten skal være lett å bruke. «Så tilstreber vi å ha korte ventetider, slik at vi jobber veldig mye (...)med ressursplanlegging, så vi har leger etter forventet og reell trafikk» (Leder 1). På spørsmålet om forskjeller i logikker bak fastlegeordningen og KRY svarer Leder 3 at den største logikken er felles; «det er at man har en pasient som har et behov, og man løser det behovet på best mulig måte med de medisinske praksiser som finnes». Hun mener forskjellen ligger i de praktiske detaljene - *hvordan* det gjøres. «(...) våre leger - alt de gjør, gjøres digitalt, helt fra innlogging, som blir det samme som at en fastlege går inn på sitt fastlegekontor, og åpner døren på kontoret». Dette mener hun gjør at KRY på en helt egen måte kan forstå «pasientflyten» og følge den opp; «På et fastlegekontor, så gjør en visse ting digitalt, journalskriving, og utskrivning av resepter, mange steg er like. Men forskjellen er at vi gjør det fra en begynner å jobbe til man slutter» (Leder 3).

4.4.3 Bruk av 'influencers' - mislykket institusjonelt arbeid

Høsten 2018 brukte KRY bloggere – «influencers» - i sin markedsføringskampanje av tjenesten. Dette skapte reaksjoner i Legeforeningen, som mente at markedsføringen stred mot Legeforenings etiske regler og potensielt også med loven (Bu 2018). Svein Aarseth, leder for Rådet for helseetikk uttalte i en debatt på TV2 nyhetskanalen; «Bloggere og influencere som reklamerer for legetjenesten snakker ned andre leger og bygger opp under sykdomsangst. Dette bryter med legeforeningens etiske regler og potensielt også med loven» (Sk3).

KRY-legen omtalte saken slik; «(...) man skal være veldig forsiktig med slike utspill (...). Lite lurt å snakke nedlatende om fastlegeordningen. Da ville jeg nok kontrollert hva som skulle komme fra dem». KRY-legen mener en bør markedsføre tjenesten sin på en måte som ikke provoserer frem motbølger; «Den beste reklamen for KRY er at fornøyde pasienter forteller videre om gode erfaringer uten å rakke ned på andre. Så kan man ta ut noen eksempler av de tilbakemeldingene vi får, og legge det ut i en reklame som viser dette.» Legen poengterer også viktigheten av å få frem at KRY synes det er viktig å ha en god fastlegeordning som de gjerne vil samarbeide med; «Ønsker ikke fastlegene å samarbeide så har de ansvaret for det.»

Når det gjelder den offensive markedsføringskampanjen sier Leder 2 at dette er noe de nå har gått bort i fra; «Det driver man ikke så mye med lenger, fordi det funker sånn greit, men det som har best effekt i Norge det er «word of mouth», det er slik de nye tjenestene spres seg. Det blir en 'snakkis'». I dag bruker KRY mer rimelige verktøy, blant annet sosiale medier som Instagram og Facebook som en del av sin markedsføring.

Leder 1 tror at inntrykket av tjenesten deres vil endres nå som KRY har endret kommunikasjonsstrategi; «(...) tidligere ble det kjørt ut en del reklame, markedsføring som gjorde at fagmiljøer reagerte. Delvis forståelig, fordi at det ga en kultur-kræsje med faggruppene». Han tror reklamen ikke var godt nok tilpasset det norske markedet; «Markedsføringen ble kjørt ut fra moderlandet Sverige av kommersielt utdannede folk, som ikke tilstrekkelig (...) hørte på oss (nordmenn) som hadde mye taus kunnskap (...) om hvordan pasienten tenker, om hvordan folkesjela er (...)».

4.5 Fremtidsutsikter i begge felts perspektiver

4.5.1 Det etablerte feltets ståsted

4.5.1.1 Bruk av videokonsultasjoner

Alle fastlegene mener at bruk av videokonsultasjoner bare kommer til å øke i fremtiden, men påpekte at dette kun burde gjøres innenfor fastlegeordningen. Lege 3 påpeker en mulig konsekvens fremveksten av private, digitale helsetjenester kan få for fastlegene;

(...)jeg hører i mine fellesmøter med fastleger at de er redd at den slags medisinsk videotjeneste tar bort hva vi kaller «low hanging fruit» - de letteste sakene som generer mest penger på kort tid, og så er det gøy. Det er gøy når noen kommer inn med ørebetennelse og streptokokker i halsen, og du kjapt kan bestille antibiotika og kan gi trøst; 'du kommer til å bli bra innen ett døgn, det lover jeg'. Også så er du ferdig med saken. Det er en god jobb og du trenger det på en måte. (...) Da blir vi sittende med de tyngste pasientene, som vi allerede har mer enn nok av, tyngste smertepasienter, kronisk psykiske pasienter, utbrenthet, fibromyalgi, hvordan skal vi ivareta disse folkene med videotjeneste? Det blir litt vanskelig (...) i den situasjonen jeg sitter i nå er det ikke en stor sak for meg at noen tar mine øyeblikkelig-hjelp-pasienter hver dag. Men hvis jeg i fremtiden fikk halvert pasientlisten, så jeg ikke må jobbe så mye, så trenger jeg disse pasientene for å tjene penger.

Med dette mener Lege 3 at en eventuell todeling av helsevesenet ikke bare rammer pasientene, men også primærlegene. Legene som arbeider for de nye digitale tjenestene vil få de letteste og (for mange) mest attraktive pasientene som generer mest penger per konsultasjon, mens fastlegene vil sitte igjen med de pasientene som generer minst inntekt per konsultasjon. Dette kan oppfattes som urettferdig for fastlegene.

4.5.1.2 Status og makt

Maktforholdet mellom lege og pasient har i følge Lege 2 endret seg med årene; «Da jeg begynte som doktor så kom de eldre damene med fine kjoler og smykker på kontoret. I dag

kommer de mer... (red.adm: alminnelig kledd). Så statusen til legene har kommet ned, og det er bra». Han mener det som er bra med dette er at pasientene ikke er redd for å spørre, utfordre og være uenige med legen. Det som ikke er så bra er at «(...) vi må bruke mer tid på å forklare hvorfor et MR av skulderen din ikke er så relevant (...). 20 år siden var det ikke noen diskusjon, men i dag kan man ha en lang diskusjon, man leser på nettet om andre som har vært på MR, og ble bedre bare en fikk tatt en MR».

4.5.1.3 Generasjonsskifte

Det kan se ut til at det har skjedd en markant endring når det gjelder yngre legers forhold til yrket sitt i forhold til leger i forrige generasjon. Yngre leger vil gjerne ha et liv utenom jobben også, følge opp barn, og generelt ha mer fritid.

Lege 3 omtaler jobben sin som en 'misjon', og uttaler at hun aldri har tenkt på jobben sin som «bare en jobb». Hun observerer at andre, kanskje særlig yngre ser mer på legejobben som en karriere; «Jeg synes det fortsatt er en stor konflikt mellom det som jeg tenker som «gammeldags tankegang» mellom de som er yngre (...) og med de som (...) har vært i praksis en stund, (...) som har bygd opp praksis og som tjener penger og så videre». Hun sier disse legene har jobbet «beinhardt, og sitter gjerne på kveldene og i helgene, (...) har forstått at det koster noe. De yngre legene de er ikke interessert å jobbe dag og natt. (...) ikke (...) så mye mer enn 40 timer i uka». Hun mener at dette er noe hennes generasjons (red.adm. eldre) leger må ta på alvor; «at de må begynne å se på en løsning for de som er yngre, fordi fremtiden er hos de yngre. Vi andre skal gå av med pensjon innen noen år. Noe må gjøres for at noen skulle kunne ta over praksisen». Lege 2 påpeker også dette som viktig for rekrutteringen av leger: «(...)Slik at legene kan ha et familieliv og fritid, og ikke slik som legene i min generasjon, som jobbet 50-, 60- og 70-timersuker gjennom 80- og 90-tallet. Og rundt årtusenskiftet også». I følge Lege 2 var det i hans generasjon «greit å gå i tredelt vakt på både sykehus og i allmennpraksis, men (...) de siste 5-10 årene, da er det unisone det at du vil jobbe i en vaktbelastning som ikke er større enn 6-7-delsvakt». Leger i dag vil altså ha en tilnærmet normal arbeidsuke, noe Lege 2 mener gjelder både kvinner og menn.

4.5.1.4 Digitale verktøy

«Det digitale verktøyet 'Helseplattformen' vil i fremtiden i mye større grad involvere pasienten, pasienten kan lese legens eller sykepleierens notat fra sykehus eller fastlegekontor når som helst(...). Og pasienten kan være oppdatert på sitt pasientforløp» (Lege 2) «Det blir mer og mer at pasienten blir involvert, selvsagt lese laboratoriesvar med oversettelse, til norsk og hva det betyr, det vil det være mer av. Det blir mer og mer e-konsultasjoner og videokonsultasjoner. Den veien går det» (Lege 2).

4.5.1.5 Perspektiver på fastlegekrisen, og på eventuelle løsninger

På spørsmål om hvorfor vi har en fastlegekrise sier Lege 1; «Fastlegene står i spagat med store forventninger fra myndigheter, publikum, pasienter og pårørende. Forventninger som kanskje er urealistisk med den arbeidsmengden de har». Han tror imidlertid at dersom man sørger for rammer som tar bort det trykket, og som gir mer rom for familieliv, vil fastlegekrisen løse seg; «Det er jo det som er utgangspunkt for krisen, (...) antall timer er for mye. Så det er begrenset hvor mye mer effektivt man kan flytte papir og skuffe pasienter inn og ut gjennom døra».

Legenes kapasitet til pasientbehandling går ned på grunn av myndighetskrav til dokumentasjon og kvalitetssikring, mener Lege 2; «Vi bruker jo mye mer tid nå, det er mer strevsomt. Du rekker færre pasienter i dag enn for ti år siden. Jeg var borte fire dager i forrige uke. Da var det plutselig 50-60 epikriser i innboksen».

Lege 3 mener myndighetene bør tenke mer over hva de egentlig pålegger fastlegen dersom de ønsker å lette arbeidsdagen deres; «for eksempel psykiatri, du får ikke en pasient med lett angst eller depresjon inn i det psykiske systemet. Nei, det kommer tilbake – det er fastlegens ansvar. Det er fastlegens ansvar å følge opp med kreftsykdommen, og ditt og datt». Hun påpeker at dette selvfølgelig er noe avhengig av avtalen med det lokale sykehuset, men at det fortsatt er lagt mye på fastlegenes arbeidsdag som ikke er godtgjort. Hun mener derfor at løsningen må være en helt ny organisering; «slik at de yngre leger kan gjøre alle disse oppgaver i løpet av en åtte timers arbeidsdag (...)». Det påpekes at dersom legene vet at de bare skal jobbe åtte timer hver dag, blir det lettere å ta nattevakter på legevakten, være med på møter og engasjere seg politisk; «Men jeg har rett og slett ikke

overskudd og tid. Det er ikke fordi jeg ikke tjener penger på det, jeg vil være nøyaktig med å gi pasienter grundig helseomsorg».

Alle legene mener at i fremtiden bør fastlegene ha færre pasienter på sin liste. Lege 2 mener det også bør utdannes flere leger, og at det også blir mulig for de som vil jobbe 30-40-timersuker å bli fastlege. Lege 3 mener at legene bør få redusert liste uten at dette går ut over inntekten. Lege 3 oppsummerer; «Fastlegeordningen kommer til å kollapse hvis ikke folk forstår det, at det er en annerledes tid enn før, at vi må forkorte arbeidstid, eller ha færre arbeidsoppgaver. Og også bli betalt rettferdig for jobben vi gjør».

Et annet faktum som påpekes er at mennesker lever lengre enn før; «Så det er klart, (...) vi holder pasienten i live mye lenger i dag, og det er et «problem» (Lege 2).

4.5.2 Det fremvoksende feltets ståsted

4.5.2.1 Fastlegeordningen ti år frem i tid

Alle lederne i KRY tror at man om ti år fortsatt har fastlegeordning i Norge. «Det er så mange bevis for at det er viktig å ha en fastlege som sørger for at du har kontinuitet i behandlingsforløpet» (Leder 2). «Hvis man tenker på fastlegeordningen, så finnes det veldig mange fordeler med hvordan den strukturen er satt opp» (Leder 3). Samtidig blir nettopp strukturen nevnt av alle lederne som begrensende faktor; «Utfordringer er at det krever at man er mye syk for å ha et fast forhold til legen sin. Vi som ikke er så mye syk har jo ikke noe fast forhold. For oss er jo legen helt ny hver gang vi ser legen, jeg er helt ny for legen, så jeg har aldri hatt noe forhold til en fastlege» (Leder 2). «Strukturen med veldig mange selvstendige kontor som jobber veldig selvstendig, den typen struktur har også (...) begrensninger. Dersom en lege i Oslo ikke har noen pasienter en dag, så kan han ikke hjelpe sin kollega i Lofoten som kanskje drukner i pasienter» (Leder 3). «Så jeg tror man må organisere seg i større enheter, eller i nettverk av enheter, slik at ikke fastlegen skal operere som «gamle-doktoren» på hjørnet som (...) var både HR-sjef, økonomiansvarlig og fastlege for pasientene sine (Leder 1)». Leder 1 påpeker også at vi har høy legetetthet i Norge, og han tror derfor ikke at en skal klare å løse de ressursutfordringene man har ved bare å få flere leger; «Så man må nok gjøre noe i måten man organiserer helsetjenesten. Teknologi og digitalisering spiller en rolle her. Men alt går

egentlig sammen. Det går ikke an å løsrive digitalisering fra organisering. Det er klinisk umulig».

På spørsmål om hvordan kontinuiteten i lege-pasient-forhold i fremtiden vil bli ivarettatt, svarer Leder 1 at dette er et prinsipp man i fremtiden må kjempe for, men er usikker på hvilken måte; «Jeg har litt problemer med å tro og forstå at man skal fortsette med de små enhetene med personlig listeansvar alene i fremtiden». Leder 2 og Leder 3 mener imidlertid at pasientbehovene er forskjellige, og i noen pasientløp er kontinuitet avgjørende, men ikke alltid; «iblant kan pasientens behov være problemstillinger knyttet til sin sykdomshistorie som krever kontinuitet i dialogen med sin lege. I blant er dette ikke tilfelle, og dette kjenner ofte pasienten igjen selv» (Leder 3). Hun mener at dersom en for eksempel har en urinveisinfeksjon så vet en kanskje at i dette tilfellet er ikke kontinuitet avgjørende; «(...) man ikke skal ta alle pasientbehov under samme mal, som ser veldig ulike ut. Ikke sidestille en urinveisinfeksjon med en kreftbehandling. Så kontinuitet er jo kjempeviktig, og fremfor alt i de tilfellene med lenger behandlingsplaner og sånt».

4.5.2.2 En innbygger – en journal

Leder 3 mener at vel så viktig som hvilken lege man snakker med, er informasjonen denne legen har; «Og det er ofte der man ser at det til slutt blir viktig, at kontinuiteten handler om informasjonen om pasientene, og det ser man ofte i journaler og i journalopplysninger». Hun mener hverken fastleger og KRY-legger kan huske alle sine pasienter og deres individuelle forhold; «Og da gjelder det at det finnes godt dataunderlag og journalbehandlinger, (...)så (...) i fremtiden vil data og hvordan vi strukturerer data komme til å bli veldig mye viktigere».

Leder 2 nevner også den nye, felles journalen som veldig viktig; «Det viktigste systemet som må på plass er ‘En pasient – en journal’, som vil gjøre denne informasjonsdelingen mye, mye bedre. Jeg er bare redd for at dette skal mislykkes». Med dette mener hun at hun er redd utviklingen av systemet skal ta så lang tid til at når det endelig er ferdig, så har det kommet et annet system som er mye bedre; «Så sitter man igjen med et system som er blitt gammeldags».

I følge Leder 3 går trenden mot at det er pasienten som sitter på informasjonen; «at man tar eierskap til sine journaler på helsenorge.no og kjernejournal. (...) at det ikke er legens eiendom å sitte på din journal. Det er jeg som eier min journal, og jeg kan ta med meg den hvor jeg enn vil gå. Altså (...) mer valgmulighet».

4.5.2.3 Oppgaveforskyvning

På spørsmål om hvilke oppgaver en kan tenke seg at legen ikke lenger har om 10 år, svarer Leder 1; «en del sykdommer, og deler av oppfølging av en del sykdommer, inkludert kroniske sykdommer (...) diagnostisering og behandling av en del saker, det vil være en oppgaveglidning der også andre yrkesgrupper også må kunne gjøre det». Han tror for eksempel at sykepleiere i fremtiden vil få flere av legens nåværende oppgaver; «Det må antakelig bli en utvikling. Sannsynligvis er det tilsiktet fra myndighetene også, ved at de etablerer såkalte primærhelseteam med sykepleiere, som skal være med å ta oppfølging» Leder 2 tror også det er denne veien det vil gå; «I dag har de (legene, red. adm.) ansvaret for fryktelig mange oppgaver, jeg er ganske sikker på at det kommer til å bli en oppgavefordeling der man tar i bruk andre ressurser». Hun tror blant annet at jordmødre vil få ta mer av kvinnehelseoppfølgingen, at man vil la helsesøstrene gjøre mer, og det samme med sykepleiere, kiropraktikere og fysioterapeuter.

4.5.2.4 Fokus på å balansere logikker

I KRY finnes mange forskjellige profesjoner, som i utgangspunktet har forskjellige virkelighetsbilder. Leder 1 forklarer utfordringene ved å si at KRY har gått fra å være en teknologileverandør til å bli en helsetjeneste; «(...) forskjellige yrkesgrupper, kommersielt utdannet, økonomisk utdannede yrkesgrupper har hvert sitt tankesett. Og vi som er helsepersonell har et annet tankesett. Og det kan være utfordrende å finne ut av, og å snakke samme språk». Når Leder 2 blir spurt om de ulike yrkesgruppene kan føre til «dragkamper» bekrefter hun dette, men tilføyer at dette ikke er unikt for KRY; «Dette vil alltid vil skje så lenge en har folk med ulik utdanning i en bedrift. Da vil de ikke trekke i samme retning med mindre man har blitt enige om en strategi og gitt seg på noen saker». Leder 1 bekrefter på direkte spørsmål at de forskjellige logikkene i KRY konkurrerer med hverandre, men at dette er vanlig i alle typer virksomheter; «På den ene siden kan tankesettet til ulike profesjoner være en kilde til friksjon og frustrasjon. Samtidig forsøker

man å arbeide med å bruke de forskjellige kompetansene og synspunkter som en styrke i nyutvikling og innovasjon». Leder 1 mener at ettersom tradisjonell helsetjeneste alene har sterke logikker og tradisjoner, kan denne, uten å bli utfordret, være til hinder for viktig innovasjon. Et annet faktum som påpekes er at som privat foretak med investorer må man tjene penger. Samtidig understreker Leder 1 at uten høy medisinsk kvalitet kan man ikke tilby pasient-sikre tjenester; «(...)noe som er avgjørende for å ha en bærekraftig virksomhet. Dette må styres av de medisinske profesjonene». Leder 3 ser ikke på ulike yrkesgrupper som en kilde til indre dragkamp, men heller som en fordel; «Det gjør at man problemløser saker på en helt annet måte enn det en tradisjonell helseaktør gjør. Det tror jeg bare er positivt».

5.0 Drøftelse

5.1 Drøftelsens oppbygning

Drøftelsene av funnene i analysen vil også her først bli inndelt etter problemstillingens tre deler; logikker på begge felt, KRYs institusjonelle arbeid og feltenes fremtidsutsikter. Disse tre delene skal til sammen svare på hovedproblemstillingen; «Hvordan kan institusjonelle konflikter i primærhelsetjenesten i dag være en pådriver for en endret primærhelsetjeneste i fremtiden?»

5.2 Feltenes institusjonelle ordener og logikker

Logikker forklarer hva som skaper fellesskapsfølelse og samhold innenfor organisasjonsfeltene. Det vil si at når konflikt og friksjon oppstår *på* eller *mellom* felt, kan dette skyldes at feltene er preget av forskjellige institusjonelle ordener, med tilhørende logikker (Thornton, Ocasio og Lounsbury 2012). Det etablerte helsefeltet er preget av en profesjonsorden som fokuserte på byråkrat-rollen og kontinuitet, mens det fremvoksende feltet er preget av markedsorden, hvor NPM-tankegang og fokus på digitalisering stod sterkt.

Under analysen oppdaget jeg imidlertid at det ikke var helt opplagt hvilken institusjonell orden som var mest dominerende på det etablerte feltet. Grunnen til dette var at alle legene

brukte forholdsvis mye tid på å snakke om portvokterfunksjonen i intervjuene. Med portvokterfunksjonen menes den oppgaven legen har som forvalter av økonomiske goder, at en tar avgjørelser om hvem som skal få spesialistvurderinger, kostbare undersøkelser og medikamenter, samt avgjøre den enkeltes rett til førerkort, visse yrker og utdanninger, med mer (Schei 2010). Legen er altså ikke bare pasientens behandler, men fungerer også som sakkyndig for trygdevesenet. Etter gjennomgang av empirien kunne det derfor drøftes om det etablerte feltet er i størst grad preget av statsordenen. Det er imidlertid forhold som taler i mot dette. For det første; primærlegene ble først knyttet til staten ved Fastlegeavtalen i 2001, og hadde også før den tid ansvar for å forvalte økonomiske goder for statskassen. For det andre kommer det frem i flere av intervjuene at fastleger føler at myndighetene «pålegger» dem administrative oppgaver som gjør at de får liten tid til kjerneoppgaver, som er å behandle pasienter. Administrative oppgaver som fraværsattester, dokumentasjon og oppfølging av andre lovkrav blir altså sett på som «ekstraoppgaver», noe som i utgangspunktet ikke inngår i deres profesjon, og som de ønsker å bruke minst mulig tid på. Dette kan også tolkes dithen at de i utgangspunktet er og føler seg som selvstendige, privatpraktiserende leger, men har som følge av avtalen med det offentlige *plikt* til å gjøre de forskjellige oppgavene som pålegges dem. Jeg argumenterer derfor for at byråkratrollen knyttes til profesjonsordenen siden legene besitter den byråkratiske makten *i kraft av* sitt yrke, om en ønsker det eller ei. Det konkluderes derfor med at det er profesjonsordenen som er den sterkeste institusjonelle ordenen på det etablerte feltet, på tross av at feltet også er preget av statslogikk.

Som tidligere nevnt er markedsordenen mest dominerende på det fremvoksende feltet. Når det er sagt, så kan hvem jeg intervjuet i KRY ha noe å si for hvilken orden jeg oppfattet som mest dominerende. Jeg intervjuet totalt fire respondenter i KRY; tre ansatte i administrasjonen og en praktiserende video-lege. De tre ansatte i administrasjonen var mest preget av markedsordenen, mens den praktiserende videolegen var sterkest preget av profesjonsordenen. KRY-legen hadde sammenfallende logikker med legene jeg intervjuet fra det etablerte feltet. Det betyr at KRY også er påvirket av logikker i profesjonsordenen gjennom de cirka 20 legene som er ansatte i virksomheten. Allikevel, det er de administrativt ansatte som legger strategier for virksomheten og som har mest innflytelse på hvordan KRY skal utvikle seg. Det er derfor å anta at det er deres logikker som er de mest dominerende i KRY.

5.2.1 Portvokterfunksjonen

I innledningen stilles spørsmålet om legene i fremtiden vil få svekket sin byråkratiske makt som følge av fremvekst av de nye, digitale helsetjenestene. Dette spørsmålet stilles fordi flere kilder fra det etablerte feltet mener dette vil skje som en konsekvens av fremvekst av digitale helsetjenester. Å være en god portvokter nevnes som en av fastlegenes viktigste verdier av samtlige leger på det etablerte feltet, -en rolle som beskrives som både vanskelig og tidkrevende. Særlig på travle dager hvor legen må bruke tid til å forklare den ene pasienten etter den andre hvorfor de ikke kan få MR og andre undersøkelser, noe en gjerne har googlet på forhånd og krever å få. Det å ha nok tid til å kunne ta solide avgjørelser fremheves som viktig i denne sammenhengen. På dager en er presset på tid har legene lettere for å gi etter for pasientenes krav, selv om det ikke er medisinfaglig begrunnet. Ingen av representantene fra KRY, hvorav to av fire er utdannede leger, nevner portvokterfunksjonen når de spørres om sine verdier. Dette kan ha noe å gjøre med at pasientene som kontakter KRY selekteres i applikasjonen før de kommer så langt at de får bestilt time. Dersom det er lite sannsynlig at tjenesten kan hjelpe pasienten, bes pasienten om å ta kontakt med fastlegen i stedet. KRY-legen mener han raskt hjelper 85-90% av alle pasientene som kontakter han, noe som har gjort KRY populære. Samtidig gjør selekteringen at det er et relativt smalt spekter tilstander man per i dag kan hjelpe pasientene med, det vil si tilstander som hverken er akutte eller som behøver fysisk undersøkelse. Selv om selekteringen ikke er en portvokterfunksjon slik uttrykket blir brukt i helsevesenet ellers, utøver legene i KRY også en portvokterrolle ved å finne riktig nivå av helsehjelp for pasientene, inkludert om pasienter skal henvises videre til spesialist eller ikke, om man skal ha visse typer medisin eller ikke, og om man skal ha visse typer medisin på blå resept.

Det er derfor å anta at det ikke er legens praksiser, altså om en arbeider digitalt eller fysisk, er det som avgjør om en er en god portvokter eller ikke. Forskjellen kan heller ligge i det at en fastlege møter et bredere spekter av pasienter (kronisk syke, eldre) som gjør at en oftere må ta stilling til videre behandling enn en digital lege som får enklere problemstillinger. Dersom en fastlege stadig får dårligere tid til å behandle pasienter, samtidig som at en får de mest krevende pasientene som følge av at KRY har tiltrukket seg de enkleste pasientene, kan det tenkes at dette går ut over legens overskudd som trenges for å gjøre en god siling til neste behandlingsnivå og så videre. Uansett, - om en arbeider digitalt eller

fysisk, er det viktig at legene setter av tid nok til hver pasient for å kunne være en god portvokter. Det kan imidlertid ikke konkluderes med at legene får svekket sin byråkratiske makt i fremtiden, som følge av fremvekst av de digitale tjenestene.

5.2.2 Kontinuitet - er det alltid nødvendig?

Innledningsvis ble det også stilt spørsmål om legene i fremtiden vil ha samme grad av relasjonsmakt som de tradisjonelt har hatt. Dette er et interessant spørsmål, fordi en eventuelt svekket relasjonsmakt hos legene nødvendigvis må bety at pasientens makt blir styrket. Fastlegene jeg intervjuet fremhevet viktigheten av at den samme legen følger pasienten gjennom hele pasientløpet, fordi informasjon som legen sitter med kan være viktige opplysninger for å kunne stille riktig diagnose; «man kjenner pasienten fra før og det som ikke blir sagt» (Lege 1). I følge KRY kan kontinuitet handle vel så mye om gode journalnotater. En stor del av befolkningen går sjelden til lege og har derfor ikke utviklet et «fast forhold» til en fastlege. I slike tilfeller vil følgelig ikke fastlegen kjenne pasienten heller. Dersom det blir utformet en felles journal som følger pasienten hvor enn pasienten velger å gå, kan legen få mesteparten av opplysningene ved å slå opp der. I fremtiden tror KRY at pasientene i økende grad tar eierskap til sine journalopplysninger. Dersom denne trenden slår til, kan det sies at legene taper noe av sin relasjonsmakt ved at pasientene får økt valgfrihet og økt makt over sin egen helse.

5.2.3 Tilgang til tjenester – heve eller senke terskel?

Synet på hvilken tilgang pasienter bør ha til helsetjenester varierte veldig mellom feltene. Alle fastlegene fremhevet viktigheten av at man av forskjellige grunner må sette grenser for pasientene. Hos KRY var ikke det å sette grenser for seg selv og pasientene noe man fokuserte på. I følge KRY er det pasienten selv som avgjør hva som skaper verdi for dem, uansett om det kun er å få skrevet ut en resept, diagnostisert en øyekatarr eller det gjelder å få råd om en bør oppsøke legevakten eller ikke. Det er ikke opp til legen å bestemme hva pasientene bør søke hjelp til eller ikke. Det å begrense tilgangen til helsehjelp står også i kontrast til vekstlogikken i KRY, som ønsker at KRY skal vokse i både antall konsultasjoner og i bredden av hvilke tjenester de skal tilby. Når det er sagt er dette noe som kan endre seg dersom tjenesten institusjonaliseres. KRY er nå i en fase der tjenesten har nødt til å vokse for at investorer skal tørre å satse penger på dem. Det kan tenkes at

KRY derfor må velge «low hanging fruits» slik at en kan vise til et stort volum konsultasjoner med dertil like mange fornøyde pasienter. Når tjenesten ikke har et stadig press på seg for å vokse kan det være at en kan endre noe fokus, for eksempel ved at en del av tjenesten også spesialiserer seg på kroniske sykdommer som astma, diabetes og så videre.

Det at feltene skilte seg så fra hverandre i syn på tilgang til tjenester, er interessant. Dette antyder at KRY har fanget opp tendenser i tiden og bygger sin virksomhet etter dette. Tendenser i tiden viser at vi i fremtiden går mot et mer brukerfokustert samfunn. Det vil legges vekt på at mennesker er forskjellige, de har forskjellige behov, og en må derfor tilpasse varer og tjenester etter de forskjellige behovene som disse menneskene har. Det vil fokuseres på å ha økt tilgjengelighet på tjenester, for hva er vitsen med å tilby en tjeneste kun frem til klokken 17, hvis brukerne også har behov for tjenesten klokken 21? Her vil sannsynligvis helsevesenet måtte følge generelle endringstendenser.

5.2.4 Kvalitet i tjenesten – faglighet, eller måling og evaluering?

Begge felt har fremhevet viktigheten av at deres helsetjeneste skal ha høy kvalitet. En observasjon jeg gjorde var at de to feltene imidlertid knyttet ulike begreper til kvalitet; mens fastlegene fokuserte på faglighet, fokuserte KRY på måling og evaluering. Fastlegenes kvalitetslogikk er tuftet på at deres avgjørelser bygger på medisinsk faglighet; kunnskap og forskning. Utøvelse av faglighet skjer i møtet mellom lege og pasient. KRY på sin side nevner pasientenes evalueringer samt oppfølging av legers digitale bevegelser som viktige indikatorer for kvalitet. Etter hver konsultasjon blir pasientene bedt om å evaluere møtet ved å rangere det fra en til fem stjerner. Pasientevalueringene viser at de pasientene som svarer er meget fornøyde med tilbudet, og dette observeres også ved at mange av pasientene tar kontakt med KRY igjen ved senere anledninger. Det bør imidlertid diskuteres hvor mye vekt en bør legge på slike evalueringer, for som Albert Einstein sa en gang; «ikke alt som teller kan telles, og ikke alt som telles teller» (Ersvik 2012). For det første kan det være at det er de som er ekstra fornøyde som tar seg tid til å rangere tjenesten, noe som kan gi et skjevt bilde av virkeligheten. For det andre kan det at KRY per i dag fokuserer på «low hanging fruits» gjør det enkelt å gjøre pasientene fornøyde.

Dersom en lege foreskriver feil medisin i forhold til en diagnose eller foreskriver antibiotika hyppigere enn gjennomsnittet, går utviklingen mot at digitale verktøyet gir legen et varsel om dette. Legenes tidsbruk per videokonsultasjon kontrolleres også av ledelsen, og dersom legene over tid bruker mer tid enn anbefalt, kan de få beskjed fra ledelsen om å øke effektiviteten. Denne type kontroll kan føre til at legene holder seg skjerpet både når det gjelder å gi riktig behandling og vedrørende tidsbruk. Samtidig kan slik kontroll gi grobunn for profesjonskonflikter. En med medisinskfaglig bakgrunn vet at tar den tid det tar å lete i journaler, diagnostisere, skrive ut medisiner og planlegge behandling videre. Dersom legene føler at økonomiene i KRY stadig ønsker de skal skjære ned på tiden de har med pasientene, kan dette føre til at legene ikke får tid nok til å gjøre en tilstrekkelig grundig vurdering av pasienten. Dette kan gå utover kvaliteten ved at legene behandler pasientene på et mer overflatisk nivå enn ønskelig, noe som for en samvittighetsfull og faglig dyktig lege kan være frustrerende. Det er viktig at en hybrid organisasjon som KRY balanserer de forskjellige logikkene så ikke økonomiske hensyn går på bekostning av den medisinske kvaliteten. Ulike og konkurrerende logikker er ikke uproblematisk, men i følge Reay og Hinings (2009) er det mulig at disse logikkene kan leve side om side på et organisasjonsfelt. KRY bør fokusere på å bygge opp sin organisasjon som en felles plattform, der de forskjellige profesjonene kommuniserer med hverandre, har respekt for hverandre og ønsker å lære av hverandre. Dette er viktig for å beholde dyktige leger i organisasjonen. Det er selvsagt også viktig at legene respekterer at det må tas økonomiske hensyn i en privat bedrift.

Det kan drøftes om KRYs fokus på måling og evaluering av leger går på bekostning av fokus på faglighet. KRY-legen fremhevet at han fokuserte på å gi en faglig god vurdering av de selekterte pasientene han hadde. Jeg fant ingen indikasjoner på at legene i KRY skulle være mindre opptatte av faglighet enn legene på det etablerte feltet. De må derimot leve med et større søkelys på seg i og med at ledelsen kan følge deres bevegelser fra dag til dag. En fare med målingen og evalueringen kan være at legene blir mer «maskingjort» ved at de må jobbe med konstant press på seg for å jobbe ressurseffektivt. Dette kan også føre til at pasientene «kun» får hjelp for akkurat det de søkte hjelp for, og ikke noe mer. Tidspress kan gjøre at legen vil ikke ha tid eller motivasjon til å se andre behov enn akkurat det pasienten uttrykker eksplisitt. En slik tjeneste vil kunne ha lavere kvalitet enn en tjeneste der legen setter av tid til samtale med pasienten samt å kartlegge omstendigheter.

5.2.5 Digitalisering

Begge felt var enige om at det kommer til å bli en økt grad av digitalisering av samfunnet i tiden fremover. *Hvordan* feltene definerte digitalisering skilte seg imidlertid markant fra hverandre. Det kom klart frem at digitalisering for aktører på etablerte feltet betød forbedringer i arbeidsflyt, effektivisering og overgang fra papir til data, men *innenfor samme organisasjonsmodell og struktur* som nå. For aktører på det fremvoksende feltet betød digitalisering en *helt ny organisasjonsmodell* og en omstrukturering av helsetjenesten. Fastlegene fokuserte nesten utelukkende på digitale verktøy som IT-journal, e-konsultasjoner, e-resept i spørsmål om digitalisering. Disse verktøyene ses på som nyttige og nødvendige, men gir i tillegg legene merarbeid, siden det er «en ekstra greie» legene må følge opp. I KRY anses denne tolkningen av digitalisering som en sinke av den digitale utviklingen. Som tidligere nevnt er det som skiller en institusjonell entreprenør fra en entreprenør er at det skapes en organisasjonsmodell som skiller seg fra den institusjonelle malen (Battilana, Leca og Boxenbaum 2009). På det etablerte helsefeltet er malen at en først undersøker pasienten fysisk, mens på det fremvoksende feltet begynner man digitalt. Dette, i tillegg til tracking og bruk av data, er det KRY kaller for digitalisering. Tracking og bruk av data som i utgangspunktet blir gjort i kontrolløyemed kan i neste omgang brukes for å forbedre og utvikle tjenesten.

Det at feltene har så forskjellige virkelighetsbilder, vanskeliggjør KRYs grensearbeid. De forskjellige virkelighetsbildene gjør for eksempel at en på det etablerte feltet forsøker å problemløse saker som fastlegekrisen på tradisjonell måte, noe som KRY mener ikke lar seg gjøre, jmfør kapittel 5.3. Det kan også være problematisk at KRY «løper» så langt foran det etablerte feltet at en ikke greier å henge med. Det er derfor viktig at KRY fortsetter å fokusere på god kommunikasjon med det etablerte feltet, slik at de får formidlet sitt syn på digitalisering, og på de mulighetene som finnes der for å løse de ressursutfordringene som finnes, se kapittel 5.2.

5.3 KRYs institusjonelle arbeid

5.3.1 Grensearbeid

For KRY er det å få etablert et samarbeid med det offentlige helsevesenet sett på som et av deres aller viktigste mål. For å få til et slikt samarbeid er god kommunikasjon mellom feltene helt essensielt (Zietsma og Lawrence 2010). For en aktør på utsiden kan det være avgjørende at en har en aktør på innsiden som «taler ens sak». Dette er noe KRY arbeider aktivt med ved å delta på møter i Helsedirektoratet, E-helsedirektoratet, Arendalsuka, de har møter med politikere og de deler bevisst ut sin kunnskap og erfaringer i en ressursgruppe for fremtidige helsetjenester (MAO). KRY har også ansatt en lege som har et stort nettverk i både politiske miljø og i Legeforeningen. Den nå pensjonerte fastlegen var engasjert i utforming av fastlegeordningen, og har derfor stor legitimitet knyttet til seg på det etablerte feltet. Både det formelle og uformelle arbeidet KRY gjør er å regne som «grensearbeid», arbeid som er med å bryte grensen mellom det etablerte og det fremvoksende feltet.

5.3.2 Praksisarbeid

KRY er en ny aktør – en «start-up» i rask vekst i et felt som stadig er i endring, noe som Maguire, Hardy og Lawrence (2004) beskriver som utfordrende, men noe som også gir ekstra muligheter. I et fremvoksende felt er ikke normer nødvendigvis etablerte, noe som gjør at en lett kan gjøre feil som skader organisasjonen. Et eksempel på dette er KRYs bruk av ‘influencers’ (påvirkere) i sin markedsføringskampanje i 2018, jamfør kapittel 4.4.3. Selv om kampanjen førte til at tjenesten ble mer kjent, førte Legeforeningens negative reaksjon til at KRY straks gikk bort i fra den typen markedsføring. Dette er et eksempel på det Maguire, Hardy og Lawrence (2004) antar, nemlig at normer på et fremvoksende felt blir skapt gjennom institusjonaliseringsfasen ved at aktøren justerer handlingene (practices) sine etter interessenters forskjellige verdier.

Garud, Hardy og Maguire (2007) påpeker at det er måten institusjonelle entreprenører kobler sitt endringsprosjekt til andres interesser på feltet, er det som avgjør om arbeidet lykkes eller ikke. Det var tydelig at bruk av influencers for å promotere helsetjenester var noe som ble ansett som upassende på det etablerte helsefeltet og skapte derfor reaksjoner.

Det er mulig dette er en norm som vil endre seg i fremtiden, men med tanke på at KRY er i startfase hvor de skal vinne legitimitet var det å endre strategi antakeligvis en klok avgjørelse å ta.

5.4 Hva sier dette om hva som kan skje i primærhelsetjenesten i fremtiden?

Hvordan fremtidens helsevesen vil se ut vil selvsagt være avhengig av hvordan både det etablerte og det fremvoksende feltet utvikler seg, - noe begge gjør, om enn i forskjellig fart. Begge felt er enige om at fastlegeordningen er viktig og uerstattelig i det norske helsevesenet, men har ulike perspektiver på hvordan de tror utviklingen vil skje; det etablerte feltet mener løsningen finnes *innenfor* etablert struktur, mens det fremvoksende feltet mener løsningen finnes *utenfor* denne strukturen.

Det etablerte feltet mener at primærhelsetjenestens fremtid avhenger av økt rekruttering til allmennmedisin. Dersom ikke frafallet snur vil fastlegeordningen trolig svekkes ytterligere i årene fremover, og på et eller annet tidspunkt kollapse. Økt rekruttering forutsetter at en rekke forhold må på plass, og det må på plass fort;

- Fastlegenes arbeidstid går ned fra dagens 49,5-timersuke (lege KRY) til 37-40-timersuke slik at en får tid til et liv utenom jobben
- Fastlegene får ansvar for passe mengde arbeidsoppgaver i forhold til en normal arbeidsuke, blant annet skal antall pasienter på listen synke
- Fastlegene får økonomisk godtgjørelse for all jobb de gjør
- Fastlegepraksisen er noe som stiger i verdi og gjør at unge leger tør å investere ved å kjøpe en fastlegeliste
- Det utdannes flere fastleger per år enn nå
- Tilgjengeligheten i fastlegeordningen økes ved at pasientene helst får time på dagen

I KRYs perspektiv er det ikke nok med justeringer innenfor eksisterende struktur for å skape et bærekraftig helsevesen, med følgende begrunnelse;

- Fastleger vil ikke klare å fortsette i små, isolerte enheter samtidig som en ivaretar alle lovkrav, samt krav og forventninger fra egne listepasienter.
- Det er trolig ikke nok å utdanne flere leger, da Norge allerede er det landet i Norden som har høyest legedekning (Statistisk sentralbyrå 2011).
- Det etablerte helsevesenet bør ta i bruk den innovasjonskraften som allerede finnes i det private helsefeltet ved å inngå samarbeid med dem, for eksempel avtale mellom kommunene og KRY om digital legevakt.
- Fastlegeordningen trenger en helt ny organisering for å kunne bestå i fremtiden, hvor ressursene som finnes blir brukt på en mer bærekraftig måte. Dersom en alltid tar en digital konsultasjon før en går videre til fysisk konsultasjon, kan store summer spares. Digitaliseringen gir muligheter til løsninger som gjør at leger i hele landet kan hjelpe hverandre å ta unna pasientkøen, ved at leger med ledig kapasitet hjelper leger som har lang ventetid.

Fremtidens helsevesen avhenger som sagt av hva som skjer fremover på begge helsefelt. Dersom fastlegekrisen løses i den forstand at det raskt blir god legedekning over hele landet og kort eller ingen ventetid for pasienter å få time, kan dette føre til at behov for digitale helsetjenester synker. Dette forutsetter antakeligvis at fastlegekrisen løses raskt, før KRY og lignende aktører har slått mer rot. Når digitale tjenester blir en del av hva borgere forventer av helsetjenesten, kan utviklingen være vanskelig å stoppe, jamfør Scotts kognitive og normative søyler (Scott 1995). Så kan det diskuteres hvorvidt digitale tjenester allerede begynner å bli tatt for gitt, iallfall i deler av befolkningen. Dersom problemene i fastlegeordningen derimot fortsetter, vil dette trolig bare øke behovet for digitale helsetjenester. I så fall er det viktig at KRY i fremtiden utvikler tjenesten så den også omfatter kroniske problemstillinger, slik at fastlegene virkelig avlastes. Det er også viktig at KRY blir tilknyttet det offentlige finansieringssystemet. Forsetter KRY i fremtiden med *kun* å tilby rask hjelp for enkle problemstillinger som ikke trenger fysisk undersøkelse, samt at de forblir en privat aktør uten samarbeid med det offentlige kan dette få flere uheldige samfunnsmessige konsekvenser;

- Fastlegene kan miste enkle, morsomme problemstillinger som genererer gode penger, og de blir sittende igjen med de tyngste pasientene. Dette vil ikke bidra til å

øke rekrutteringen til allmennpraksis, men tvert om være demotiverende for faget og gjøre at enda flere søker seg til andre spesialiteter.

- Helsevesenet blir todelt i den forstand at de som har råd til det kan få rask legehjelp ved å kjøpe private tjenester, mens de som ikke har råd til det må vente lenge på time hos fastlegen. Det er også å anta at det er de pasientene som trenger mest hjelp som må vente lengst, for eksempel eldre og kroniske pasienter. Dette kan føre til økt ulikhet i befolkningen.

5.5 Generelle endringstendenser

Hva sier fremveksten av digitale helsetjenester om generelle endringstendenser i vårt samfunn? Tendenser i tiden viser at vi i fremtiden går mot et mer brukerfokusert samfunn. Dette vil også kunne gjøre at vi får se endringer i maktbalanser. Der hvor vi tidligere så at enkelte profesjoner var tilknyttet stor makt og stort sett kunne 'gjøre som en ville', vil vi i fremtiden se at disse også må tilpasse seg det økte brukerfokuset for å beholde sin legitimitet. Det er å anta at det store brukerfokuset på flere ulike arenaer vil føre til at borgerrollen i forhold til staten også vil endre seg. Borgeren i fremtiden får mer påvirkningskraft og valgfrihet i saker som angår dem; de blir mer myndiggjorte. Denne myndiggjøringen må nødvendigvis også føre til at borgeren blir mer ansvarlig for de valgene en tar. Det er å anta at det er de mest ressurssterke - de som er orienterte om hvilke tilbud som finnes, hvilke goder man har rett på og så videre, som vil være de som benytter seg av valgfriheten. Når staten svekkes og enkeltindividet styrkes kan det tenkes at ulikhetene i befolkningen vil øke. Derfor kan det konkluderes med at om institusjonell endring er ønskelig og nødvendig, kan den også kan ha sine «unintended consequences», jamfør Garud, Hardy og Maguire (2007).

6.0 Avslutning

6.1 Avgrensning og oppsummering

Målet med denne oppgaven var å få en bredere forståelse hvordan institusjonell endring skjer, og hvilken betydning konflikter har for endringsprosesser. Det må imidlertid

presiseres at denne studien konsentrerer seg om én fase - konfliktfasen – i en institusjonell endringsprosess. Denne prosessen skjer her og nå, og det er derfor ikke mulig å slå fast hva som konkret kommer ut av denne endringsprosessen.

Problemstillingen min var «Hvordan kan de institusjonelle konfliktene vi ser i primærhelsetjenesten i dag fungere som en pådriver for endring?» Siden forskningsspørsmålet er forholdsvis vidt, delte jeg opp spørsmålet i tre. I første del spurte jeg hvilke logikker og praksiser jeg finner på helsefeltene. I andre del så jeg nærmere på hvordan KRY aktivt og bevisst arbeider for å oppnå institusjonell endring. I siste del spør jeg begge felt hvordan de ser for seg fremtidens helsevesen vil se ut. For å finne svar på problemstillingen valgte jeg å bruke både primær- og sekundærdata; syv semistrukturerte intervjuer og ti avisartikler.

Etter gjennomgang av empirien var det klart at de to feltene hadde ulike virkelighetsbilder (logikker) i en rekke forskjellige saker. Jeg gjentar de viktigste her;

- Digitaliseringens muligheter; Mens det etablerte helsefeltet sidestilte digitalisering med digitale verktøy, fremhevet det etablerte feltet mulighetene som finnes ved tracking og bruk av pasientdata. I tillegg åpner digitaliseringen for en helt ny organisasjonsmodell, der man alltid starter med en digital konsultasjon, før man eventuelt går videre med fysisk konsultasjon.
- Tilgang til tjenester; Mens det etablerte feltet ønsket at pasientene skal ha en «viss terskel» for å oppsøke hjelp, mener det fremvoksende feltet at det bør være opp til pasienten å avgjøre hva som er viktig for dem å søke hjelp om.
- Kontinuitet; Begge felt var enige om at kontinuitet var viktig, og at det derfor er viktig å ha en fastlegeordning som sørger for dette. Det etablerte feltet mente at alle konsultasjoner burde tas igjennom fastlegen, slik at legen til enhver tid har fullstendig oversikt. Det fremvoksende feltet mente at denne kontinuiteten like godt kunne bli ivaretatt gjennom én felles journal som følger pasienten, og ikke legen. På den måten kan både digitale og fysiske leger kunne slå opp i journalen og se historikken.

Denne oppgaven har i hovedsak fokusert på konfliktene mellom de to organisasjonsfeltene, noe som gjorde det naturlig å vie mest oppmerksomhet til logikkene. Det er nettopp de ulike logikkene forklarer *hvorfor* det er friksjon og konflikt mellom organisasjonsfeltene. Feltene er preget av to forskjellige ordener, noe som gjør det vanskelig å snakke samme språk. Denne friksjonen kan være med å forme fremtidens helsevesen. KRYs arbeider aktivt og bevisst for å bli en del av det offentlige helsevesenet, til tross for at de møter motstand i NFA. Åpnes ikke grensen mellom de to systemene kan vi i fremtiden få to primærhelsesystemer; ett offentlig system med fastleger og ett privat, digitalt system med videoleger. Dette kan få uheldige konsekvenser både for pasientene og legene. For pasientene kan det føre til økt ulikhet ved at vi får en todeling av pasientgruppen; de som er «minst syke», og som har råd til å kjøpe raske tjenester fra det private markedet, og de kronisk syke, og de som ikke har råd må vente lenger på offentlig helsehjelp. For legene kan konsekvensene bli at de digitale legene tiltrekker seg de enkle pasientene, mens fastlegene sitter igjen med kronikerne.

6.2 Teoretiske implikasjoner

I denne studien brukte jeg Zietsma og Lawrences modell som beskrev den institusjonelle endringsprosessen som en syklus med fire faser; stabilitet – konflikt – innovasjon – (re-)stabilitet (2010). I følge modellen i kapittel 2.6.3 kan fasen en er i per i dag si noe om hva som skjer i fremtiden. Det kan sies at den teoretiske modellen gir et veldig forenklet bilde på virkeligheten. For det første skapes ikke nødvendigvis innovasjonen etter konfliktfasen. Det er jo nettopp på grunn av at man forsøker å implementere innovative løsninger i helsevesenet at konflikt oppstår. Som tidligere nevnt trenger en ikke en å få implementert endring for å bli ansett som en institusjonell entreprenør, jamfør Battilana, Leca og Boxenbaum (2009). Jeg argumenterer derfor for at konflikt og innovasjon kan skje i samme fase. Selve implementeringen av innovasjoner er antakeligvis lettere å lykkes med etter den verste konfliktfasen er over, når en har fått bygget opp tillit hos interessenter og har fått et nettverk av kontakter på andre siden av «grensen». Det kan også diskuteres om fasene med stabilitet virkelig er stabile, eller om stadig inkrementell innovasjon gjør at man alltid er på vei mot neste institusjonelle endringsfase. Det er ikke sikkert at en opplever institusjonell stabilitet selv om det etablerte og det fremvoksende helsefeltet i fremtiden får etablert et samarbeid. Hvordan samarbeidet bør foregå; om det skal være et offentlig-privat-samarbeid eller om det offentlige bør kjøpe opp den private tjenesten så vi

får ett felles helsevesen, vil mest sannsynlig bli gjenstand for heftig debatt. Jeg argumenterer derfor for at den teoretiske modellen er mer en «idealtipe» som virkeligheten kan måles opp i mot, enn en beskrivelse av hvordan endringer av institusjoner virkelig skjer.

6.3 Forslag til videre forskning

Som ellers i samfunnsvitenskapen kan også i denne studien forholdet mellom struktur og aktør drøftes. Som tidligere nevnt har KRY bygd opp en helt ny organisasjonsmodell hvor tjenesten er bygd rundt pasientbehovet og ikke helsepersonellet, for eksempel ved å være tilgjengelig på kveldstid. I dag ser vi sterke tendenser til at man på flere områder går mot et 24/7- samfunn, noe som tyder på at etterspørsel etter døgnåpne helsetjenester bare vil øke i fremtiden (Arnstad 2019). Kritikere av KRY mener at økt tilgjengelighet både kan føre til økt bruk og overforbruk av tjenester. Det kan drøftes i hvilken grad aktører som KRY fører til endringer i borgerens forventning til helsetjenesten (som følge av pasient- og brukerfokuset de har), eller om det er endringer i samfunnet generelt som fører til at behovet for slike tjenester øker. Eller er det systemproblemer som dårlig tilgjengelighet hos fastlegene som fører til økt behov for digitale helsetjenester? Dette er temaer som det kan forskes videre på i fremtiden.

Referanseliste

- Arnstad, Mali. 2019. "Pasienter som bruker helseapper er ofte på legevakta.". 9. mai. 2019.
Lest 9.mai 2019. <https://forskning.no/diabetes-nasjonalt-senter-for-e-helse-forskning-partner/pasienter-som-bruker-helseapper-er-ofte-pa-legevakta/1332870>
- Auchard, Eric. 2018. "Swedish doctor-patient video app Kry to expand into France."
Reuters:2. 9. juli 2018. Lest 8. januar 2019.
<https://mobilemarketingmagazine.com/swedish-digital-health-app-kry-expands-into-france-livi-telemedicine>
- Battilana, Julie og Silvia Dorado. 2010. "Building sustainable hybrid organizations: The case of commercial microfinance organizations." *Academy of management Journal* 53 (6):1419-1440.
- Battilana, Julie, Bernard Leca og Eva Boxenbaum. 2009. "2 how actors change institutions: towards a theory of institutional entrepreneurship." *Academy of Management annals* 3 (1):65-107.
- Berg Johansen, Christina og Susanne Boch Waldorff. 2017. "What are Institutional Logics- and Where is the Perspective Taking Us?" In *New Themes in Institutional Analysis*, 51-76. Edward Elgar Publishing, Incorporated.
- Blix, Mårten og Johanna Jeansson. 2018. "Natlekare i primærvården - lindring eller lidande?"
National ekonomi:13
- Bu, Fanny og Fossum Cathrine. 2018. "Raser mot at bloggere fremmer privat helsehjelp på mobil: bryter potensielt med loven." *Tv2.no* . 29.10.2018, Lest 10.01.2019.
<https://www.tv2.no/a/10176555/>
- Clegg, Stewart, Martin Kornberger og Tyrone Pitsis. 2011. "*Managing & Organizations- an introduction to theory & practice*". Sage Publications Ltd.
- Corbin, Juliet, Anselm Strauss og Anselm L Strauss. 2014. *Basics of qualitative research*: Sage Publications Ltd.

- Dahlum, Sirianne. 2018. "Validitet". *Store norske leksikon*. 20. februar 2018. Lest 15. mai 2019. <https://snl.no/validitet>
- DiMaggio, P. (1988). Interest and agency in institutional theory. *Institutional patterns and organizations culture and environment*, 3-21.
- E-helsedirektoratet. 2019. "Hva er En innbygger - en journal?" 3. mai 2019. Lest 3. mai 2019. <https://ehelse.no/strategi/n-innbygger-n-journal/hva-er-n-innbygger-n-journal>
- Farbrot, Audun. 2010. "Profesjonsmakt hindrer nyvinninger." *Handelshøyskolen BI*. 26. august 2010. Lest 3. april 2019. <https://forskning.no/handelshoyskolen-bi-medisin-partner/profesjonsmakt-hindrer-nyvinninger/830437>.
- Fastlegen.no. 2018. "NAV og KRY uenige om sykemeldinger". 7. desember 2018. Lest 15. januar 2019. <https://fastlegen.no/artikkel/nav-og-kry-uenige-om-sykemeldinger>
- Friedland, Roger og Robert R. Alford. 1991. Bringing society back in: Symbols, practices, and institutional contradictions. *University of Chicago Press*. 232-263.
- Garud, Raghu og P. Karnøe. 2003. Bricolage versus breakthrough: distributed and embedded agency in technology entrepreneurship. *Research policy*, 32(2), 277-300.
- Garud, Raghu, Cynthia Hardy og Steve Maguire. 2007. Institutional entrepreneurship as embedded agency: An introduction to the special issue. Sage Publications Sage UK: London, England.
- Grønmo, Sigmund. 2016. *Samfunnsvitenskapelige metoder*. 2. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.
- Grønseth, Ina Marthe. 2018. "Hva betyr videolegetjenester for primærhelsetjenesten?" *Dagens medisin*. 9. november 2018. Lest 3. februar 2019. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/11/09/hva-betyr-videolegetjenester-for-primarhelsetjenesten/>
- Hafstad, Anne og Målfrid Bordvik. 2018. "Legeleder frykter overforbruk". 20. november 2018. Lest 1. februar 2019. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/11/20/legeleder-frykter-overforbruk/>
- Hansen, Tore. 2018. "New Public Management". *Store norske leksikon*. 17. september 2018. Lest 15. mai 2019. https://snl.no/New_Public_Management
- Hardy, Cynthia og Steve Maguire. 2008. "Institutional entrepreneurship." *The Sage handbook of organizational institutionalism* 1:198-217.
- Hjelmeseth, Camilla. 2018. "Den nye fastlegen kommer enten hjem til deg, eller videochatter med deg". *Dagens medisin*. Lest 5. mars 2018. <https://www.vi.no/helse/den-nye-fastlegen-kommer-enten-hjem-til-deg-eller-videochatter-med-deg/70372225>

- Isaksen, Arne. (2014, 5. juni). Næringsklynge. *Store norske leksikon*. 5. mai 2014. Lest 15. mai 2019. <https://snl.no/n%C3%A6ringsklynge>
- Jansen, Thorleif. 2018. "Pasientenes behov må være styrende". 7. april 2018. Lest 4. mars 2019. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/04/07/pasientenes-behov-ma-vare-styrende/>
- Jansen, Thorleif. 2018. "Fremtidens digitale revolusjon". *Dagens medisin*. 27. oktober 2018. Lest 4. februar 2019. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/10/27/digitale-helsetjenester-vil-revolusjonere-norsk-helsevesen/>
- Jansen, Thorleif. 2018. "Lær av engangslegene og forny fastlegeordningen." *Dagsavisen*. 11. november 2018. Lest 7 februar 2019. <https://www.dagsavisen.no/nyemeninger/1%C3%A6r-av-engangslegene-og-forny-fastlegeordningen-1.1229817>
- Linnestad, Lina. 2018. "På ville veier med markedsstyrt helsehjelp". *Dagens medisin*. 27. februar 2018. Lest 2. februar 2019. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/02/27/pa-ville-veier-med-markedsstyrt-helsehjelp/>
- Maguire, Steve, Cynthia Hardy og Thomas B Lawrence. 2004. "Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIV/AIDS treatment advocacy in Canada." *Academy of management journal* 47 (5):657-679.
- Merton, Robert K. 1973. *The sociology of science: Theoretical and empirical investigations*. University of Chicago press.
- Mjølstad, Bente Prytz, Andreas Pahle og Petter Brelin. 2018. "Behov for ansvarlige aktører." *Dagens medisin*:3. 31.oktober 2018. Lest 7. februar 2019. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/10/31/behov-for-ansvarlige-aktorer/>
- Moe, Markus. 2018. "Fastlegekrisen." *Dagens medisin*. 31. oktober 2018. Lest 7. februar 2019. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/08/16/fastlegekrisen/>
- Mykleset, Solveig Margrethe. 2019. "Farvel - allmennpraksis!" *Dagens medisin*. 24. april 2019. Lest 24.april 2019. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/04/24/farvel--allmennpraksis/>
- Nieland, Arjan. 2008. "Det gode liv i allmennpraksis - hvor ble det av?" *Utposten* (8). Lest 8. mars 2019. <https://www.utposten.no/asset/2008/2008-08-11-14.pdf>
- Pache, Anne-Claire og Filipe Santos. 2013. "Inside the hybrid organization: Selective coupling as a response to competing institutional logics." *Academy of Management Journal*. 56 (4). 972-1001.

- Reay, Trish og C Robert Hinings. 2009. "Managing the rivalry of competing institutional logics." *Organization studies* 30 (6):629-652.
- Schei, Edvin. 2003. "Makt i lege-pasient forholdet." *Makt og medisin–Makt og demokratiutredningens rapportserie*.
<https://www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapporter/rapp2003/rapport57/index-MAKT-4.html>
- Scott, W Richard. 1995. "Institutions and organizations. Foundations for organizational science." *London: A Sage Publication Series*.
- Skirbekk, Sigurd. 2015. "Institusjon". *Store norske leksikon*. 20. februar 2015. Lest 14. mai 2019. <https://snl.no/institusjon>
- Skogly, Ann Hege. 2017. "Fastlegene svikter i å gi time raskt nok". 2. august 2017. Lest 15. mai 2019. <https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/fastlegene-svikter-i-a-gi-time-raskt-nok/>
- Statistisk sentralbyrå. 2011/02. "Antall innbyggere per leger". 2. mai 2011. Lest dato 5. mai 2019. <https://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/201102/09/tab-2011-05-02-02.html>
- Statistisk sentralbyrå. 2019. "Barnehager". 13. mars 2019. Lest 14. mai 2019
<https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/barnehager>
- Store Medisinske leksikon. s. v. "Fastlegeordning". 10. juni 2014. Lest 14. mai 2019.
<https://sml.snl.no/fastlegeordning>
- Syvertsen, Jan Otto. 2018. "Det beste må ikke bli det nest bestes fiende." *Dagens medisin*. 7 november 2018. 3. mars 2019.
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/11/07/det-beste-ma-ikke-bli-det-nest-bestes-fiende/>
- Sæther, Anne Stine og Amalie Frøystad Nærø. 2017. "Kampen om fastlegene." *VG spesial*, 11. november 2018. Lest 2. januar 2019. <https://www.vg.no/spesial/2017/fastleger/>.
- Thornton, Patricia H og William Ocasio. 2008. *Institutional logics*. The Sage handbook of organizational institutionalism. 840. 99-128.
- Thornton, Patricia H, William Ocasio og Michael Lounsbury. 2012. *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process*: Oxford University Press on Demand.
- Tjora, Aksel. 2012. "Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 2. utgave." *Oslo: Gyldendal norsk forlag AS*.

- Tracey, Paul, Nelson Phillips og Owen Jarvis. 2011. "Bridging institutional entrepreneurship and the creation of new organizational forms: A multilevel model." *Organization science* 22 (1):60-80.
- Zietsma, Charlene og Thomas B Lawrence. 2010. "Institutional work in the transformation of an organizational field: The interplay of boundary work and practice work". *Administrative science quarterly* 55 (2).189-221.
- Ørstavik, Finn. 2019. "Entreprenør - innovasjon". *Store norske leksikon*. 14. april 2019.
Lest 14. mai 2019. https://snl.no/entrepren%C3%B8r_-_innovasjon
- Aarseth, Turid, Kari Bachmann, Ingunn Gjerde, and Guri Skrove. 2015. "Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform." *Nordiske Organisasjonsstudier* 17 (3):109-133.

Vedlegg 1

Intervjuguide til KRY Norge

Informasjon om intervjuobjekt/informant

- 1) Hvilken bakgrunn har du? Utdannelse, yrkeserfaring
- 2) Hva er din nåværende stilling? Hva er ditt arbeidsområde?
- 3) Hvor lenge har du jobbet for KRY?

Mål og visjoner

- 4) Hva er KRYs mål og visjon? (Både kortsiktige og langsiktige mål)
- 5) Hvor ser du for deg KRY Norge om 10 år?

Praksiser/logikker og verdier/normer

- 6) Hva vil du si er det største forskjellen i KRYs praksiser, i forhold til en fastleges?
- 7) Hva er din opplevelse med digitalisering av helsetjenesten. Få med både fordeler og ulemper
- 8) Hva opplever du som den største utfordringen i forhold KRY sin misjon/visjon? (Hvordan opplever du det selv?)
- 9) Tenker du at andre i KRY opplever andre utfordringer? (Yrkesgruppene)
- 10) Hvilke verdier vil du si er de viktigste for KRY? Kan du rangere disse verdiene, der 1 er den viktigste etc.

Grunnleggende antakelser nåtid og fremtid

- 11) Hvilket forhold har KRY til omgivelsene sine? Eksempler er stat, pasienter, konkurrenter og marked.

- 12) Hva gjør KRY for å trenge inn på markedet (har du et eksempel på noen barrierer som dere opplever? Eksempler på muligheter som dere har vært gode til å gripe/skape?)
- 13) Hvordan ser du for deg at utviklingen i fastlegeordningen kommer til å skje de neste 10 år? (Er det noe du synes er bra eller dårlig?) (Hva trenger vi mer kunnskap om?)

Vedlegg 2

Intervjuguide til tre leger

Informasjon om intervjuobjekt/informant

- 1) Hvilken bakgrunn har du? Utdannelse, yrkeserfaring
- 2) Hva er din nåværende stilling? Hva er ditt arbeidsområde?
- 3) Hvor lenge har du jobbet i denne stillingen?

Mål og visjoner

- 4) Hva er kommunelegens/fastlegens rolle?
- 5) Hva er kommunelegens/fastlegens mål og visjon? Både kortsiktige og langsiktige mål.

Praksiser/logikker og verdier/normer

- 6) Hva vil du si er det største forskjellen i en fastleges/allmennleges praksis, i forhold til en KRY-lege?
- 7) Hva er din opplevelse med digitalisering av helsetjenesten. Få med både fordeler og ulemper
- 8) Hvilke verdier vil du si er de viktigste for en fastlege/allmennlege? Kan du rangere disse verdiene, der 1 er den viktigste etc.

Grunnleggende antakelser nåtid og fremtid

- 9) Hvordan ser du for deg at utviklingen i fastlegeordningen kommer til å skje de neste 10 år? (Er det noe du synes er bra eller dårlig?) (Hva trenger vi mer kunnskap om?)

Vedlegg 3

Vil du delta i forskningsprosjektet:

Institusjonelt entreprenørskap i primærhelsetjenesten i Norge – hvordan kan entreprenører som den digitale helsetjenesten KRY endre den institusjonelle stabiliteten på organisasjonsfeltet?

1.0 Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på institusjonelt entreprenørskap i primærhelsetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

2.0 Formål

Dette prosjektet er en del av min mastergrad i Samfunnsendring, organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Molde. Jeg ønsker å se nærmere på en aktør som jeg anser som en «institusjonell entreprenør» - den digitale legetjenesten KRY. Jeg er interessert i hva denne aktøren gjør som er nytt og annerledes, og således kanskje bryter med eksisterende normer som finnes på helsefeltet. Omfanget på oppgaven er 50-70 sider totalt.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Molde er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Mitt utdrag er strategisk trukket ut. Grunnen til at jeg ønsker å intervju deg er at interessert i din mening og ditt ståsted i forhold til problemstillingen.

3.0 Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden jeg ønsker å bruke er personlig, semistrukturert intervju. Jeg regner med intervjuet kommer til å ta 30-45 minutter. Jeg kommer til å spørre deg om din utdannelse og bakgrunn, samt spørsmål knyttet til verdier, praksiser samt grunnleggende antakelser i forhold til problemstillingen. Jeg ønsker å ta opp lyd under intervjuene. Disse lydfilene slettes når prosjektet er ferdig. Dine svar fra intervjuet blir transkribert og lagret på pc.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Jeg som masterstudent og min veileder, Christina Berg Johansen vil ha tilgang til opplysningene ved Høgskolen i Molde
- I stedet for å bruke ditt navn vil jeg bruke generelle titler som «Leder 1, leder 2, Lege 1, Lege 2 etc.

Jeg velger å ikke anonymisere organisasjonen jeg ser nærmere på.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 24. mai 2019. Dersom jeg ikke rekker å levere oppgaven inn til denne fristen, leverer jeg den 15. november 2019. Etter prosjektet er ferdig, kommer jeg til å slette alle lydfile.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Molde har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Masterstudent

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Institusjonelt entreprenørskap i primærhelsetjenesten*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i personlig intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 24.05.19.
(Ved eventuell utsettelse er fristen 15.11.19)

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

